



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de
Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Intervenção de Enfermagem ao casal com filhos, com disfunção
sexual, na transição para a parentalidade”

Luís Miguel Cardoso Dionísio n.º 5190204

Leiria, novembro de 2022

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de
Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Intervenção de Enfermagem ao casal com filhos, com disfunção
sexual, na transição para a parentalidade”

Luís Miguel Cardoso Dionísio,

nº5190204

Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Leiria para obtenção do grau de Mestre e Especialista em
Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar,
sob a orientação científica da Professora Doutora Célia Jordão Simões

Leiria, novembro de 2022

Agradecimentos

Às mulheres que me incentivaram a iniciar esta aventura e que nunca me deixaram, nem quando a vida nos separou.

Aos meus filhos pelas horas que abdicaram da minha presença, da minha atenção e do meu foco.

Obrigado por estarem sempre comigo!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

5^a – Quinta

6^a - Sexta

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS LVT – Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECL – Equipa Coordenadora Local

et al. – *et alli*, e outros

GLC PPCIRA – Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência Antibiótica

GRT – Gestão Regime Terapêutico

IDG – Índice de Desempenho Global

IPPF- *International Planned Parenthood Federation*

MESH - *Medical Subject Headings*

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PICO – População, Intervenção, Comparador e *Outcome*

PNV – Programa Nacional de Vacinação

pp. – páginas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSP – Unidade Local de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Vol. – Volume

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE QUADROS.....	VII
RESUMO.....	VIII
SUMMARY.....	IX
INTRODUÇÃO.....	10
1. CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	11
1.1.CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE.....	12
1.1.1. Caraterização da unidade de saúde familiar do Bombarral.....	13
1.1.2. Estrutura Orgânica e Funcional.....	15
1.1.3. Caraterização dos Utentes da USF Bombarral.....	16
1.2.CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA USF BOMBARRAL (ENFERMEIRA MARIA CONCEIÇÃO NOBRE).....	17
1.3.INDICADORES DE SAÚDE DA USF BOMBARRAL	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.1.PARENTALIDADE E TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	23
2.2.PAPÉIS PARENTAIS: PAI E MÃE.....	26
2.3.DA PARENTALIDADE À CONJUGALIDADE: INTIMIDADE; SEXUALIDADE; DISFUNÇÃO SEXUAL.....	29
2.4.INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR AO CASAL NA PREVENÇÃO DA DISFUNCIONALIDADE SEXUAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	33
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	36
3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS.....	36
3.1.1. Domínio da Responsabilidade ética e deontológica.....	36
3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade.....	38
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados.....	39
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	40
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	43
4.1.INTRODUÇÃO.....	43
4.2.METODOLOGIA.....	44
4.3.APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	46
4.4.CONCLUSÃO.....	55
4.5.IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	56
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICES

APÊNDICE I – Relatório de Estágio I

APÊNDICE II - Relatório de Estágio II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

APÊNDICE III - Mapa Concetual

APÊNDICE IV - Mnemónica PICO

APÊNDICE V – Critérios de Inclusão e Exclusão

APÊNDICE VI - Limitadores de Pesquisa

APÊNDICE VII – Resultados Obtidos: nº de Artigos por Base de Dados

APÊNDICE VIII - Processo de identificação e inclusão dos estudos – *Prisma Diagram Flow*

APÊNDICE IX - Síntese dos artigos selecionados

APÊNDICE X - Processo de categorização dos resultados *à posteriori*

ANEXOS

ANEXO I – Lista de Inscritos por moradas

ANEXO II – Indicadores USF Bombarral fevereiro 2021

ANEXO III – Indicadores Enfermeira Conceição Nobre fevereiro 2021

ANEXO IV – Artigos selecionados para Revisão Sistemática da Literatura

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área Geográfica do ACES Oeste Norte.....	12
Figura 2 – Organograma do ACES Oeste Norte.....	13
Figura 3 – Serviços existentes no Centro de Saúde do Bombarral.....	14
Figura 4 – Centro de Saúde de Bombarral.....	14
Figura 5 – Logótipo USF de Bombarral.....	15
Figura 6 – Concelho de Bombarral.....	16
Figura 7 – Distribuição dos utentes inscritos na USF de Bombarral.....	17
Figura 8 – Pirâmide etária do ficheiro do enfermeiro de família.....	18
Figura 9: Indicadores na plataforma de BI-CSP.....	22

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores dos vários programas de saúde descritos no relatório de Estágio I..	21
Quadro 2 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da responsabilidade ética e deontológica.....	36
Quadro 3 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da melhoria da qualidade.....	38
Quadro 4 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da gestão dos cuidados.....	39
Quadro 5 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
Quadro 6 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.....	41
Quadro 7 – Categorias e subcategorias resultantes do processo de categorização à <i>posteriori</i>	46

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar no Bombarral.

Objetivo: Descrever e refletir sobre o percurso desenvolvido no contexto da prática clínica na aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde familiar. Assim como, apresentar uma revisão sistemática de literatura com o título "Intervenção ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade" desenvolvida em contexto de estágio. Com os objetivos gerais: 1) compreender qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual na transição para a parentalidade; 2) aprofundar competências e conhecimento técnico, científico e humano acerca da temática da sexualidade e disfuncionalidade sexual, através da RSL com recurso à mnemónica PICO.

Metodologia: Revisão sistemática de literatura com metodologia: PICO para dar resposta à questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade? Como critérios de inclusão foram definidos estudos de natureza qualitativa ou quantitativa, num horizonte temporal de 5 anos (2017-2022), em língua inglesa ou portuguesa e de outras áreas de conhecimento que não Enfermagem que consigam dar resposta à questão PICO. Os motores de busca consultados foram: EBSCO *Host* (CINAHL Complete; *Medline Complete*; *Nursing&Allied Health Collection- comprehensive*; *MedicLatina*) *Pubmed* e *B-On*.

A pesquisa foi efetuada no dia 22 de janeiro de 2022, tendo sido encontrados 158 artigos. Os artigos foram analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e de acordo com o diagrama PRISMA *Diagram Flow*. (Apêndice VIII)

Resultados: Após seleção foram incluídos três artigos específicos para responder à problemática identificada.

SUMMARY

Framing: This report is related to the professional internship developed in the Family Health Unit in Bombarral.

Objetives: Describe and reflect on the path developed in the context of clinical practice in the acquisition of specific competencies in family health nursing. Therefore, it is aimed to present a literature systematic review entitled “Nursing Intervention to the couple with children, with sexual dysfunctions, in the transition to parenthood” developed in internship context. The general objectives are: 1) Understand the intervention of the nurse specialized in family health nursing to the couple with children, with sexual dysfunctions, in the transition to parenthood; 2) Deepen skills and technical, scientific and human knowledge on the theme of sexuality and sexual dysfunction through the Literature Systematic Review, using PICO mnemónica.

Methodology: Literature Systematic Review with PICO methodology to answer the question: What are the interventions of the nurse specialized in Family Health Nursing to the couple with children, with sexual dysfunction, in the transition to parenthood?

As inclusion criteria, qualitative or quantitative studies were defined in a 5 year time horizon (2017-2022), in English or Portuguese language and using knowledge areas, other than nursing, that can be able to answer PICO question.

The search gates consulted were: EBSCO Host (CINAHL Complete; Medline Complete; Nursing&Allied Health Collection- comprehensive; MedicLatina) Pubmed e B-On.. The research was carried out on January 22, 2022, and 158 articles were found. The articles were analyzed according to the inclusion and exclusion criteria established and according to the PRISMA Diagram Flow. (Appendix VIII)

Results: After the selection, three specific articles were included to respond to the problem identified.

INTRODUÇÃO

O conceito de família tem vindo a redefinir-se ao longo dos anos nas diferentes sociedades, assim, uma melhor compreensão e adaptação da prestação de cuidados de enfermagem nos seus diferentes domínios de intervenção é fundamental para um cuidado holístico, focado na família como uma unidade de cuidados. Assim, a intervenção especializada do enfermeiro no âmbito da saúde comunitária, focada na enfermagem de família, proporciona uma intervenção focada nas necessidades familiares, assumindo que a alteração de um elemento, provoca alteração em todo o sistema familiar.

Nesta sequência surgem claros desafios à enfermagem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através da compreensão do seu contributo para a prevenção, promoção, manutenção e restabelecimento da saúde da família. (Regulamento nº 367/2015, 2015)

No contexto da Unidade Curricular do Estágio III, integrado no Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, da terceira turma, do 2º ano, 3º semestre, surge a necessidade de elaborar um relatório crítico e reflexivo acerca dos cuidados específicos de enfermagem de saúde familiar que foram desenvolvidos em contexto clínico, procurando evidenciar a importância da prática especializada na obtenção de ganhos em saúde familiar e individual. Assim, considera-se que o presente relatório é crucial na avaliação da aprendizagem e na aquisição e desenvolvimento de competências específicas, possibilitando assim, a reflexão e crítica das atividades desenvolvidas em contexto clínico.

Neste âmbito, o presente relatório engloba quatro capítulos: o primeiro com a contextualização local e comunitária onde decorreu a prática clínica; secundariamente desenvolve-se uma abordagem teórica da temática e integração dos modelos de enfermagem fundamentais para a compreensão e reflexão sobre a mesma; em terceiro lugar desenvolve-se o quadro de aquisição de competências e finalizando, desenvolve-se a revisão sistemática da literatura (RSL) cujo título se assume “A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade.”

1- CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Em 2005 ocorreu uma importante reforma dos CSP, com a reorganização dos centros de saúde e a criação das USF, constituídas por equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia técnica e funcional, que se assumem como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007), com a finalidade de aumentar a acessibilidade, garantir melhores cuidados de saúde aos cidadãos, numa maior proximidade e qualidade e conseqüentemente maior satisfação dos utilizadores e profissionais. Existem três modelos de desenvolvimento (A, B ou C), de acordo com a autonomia organizacional, regime de incentivos aos profissionais de saúde, modelo de financiamento e estatuto jurídico. As USF contratualizam uma carteira básica de serviços e são avaliadas por um conjunto de indicadores de desempenho.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são criados em 2008, de forma a incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir (Decreto – Lei nº 28/2008, 2008). Os ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e são constituídos por várias unidades funcionais, que se agrupam em um ou mais centros de saúde. A reorganização dos CSP veio reforçar a intervenção local e em rede, dando ênfase às USF, como responsáveis pela prestação de cuidados centrados na família, nas diferentes etapas do ciclo vital, garantindo ao enfermeiro o papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar (Decreto-lei nº 118/2014, 2014).

Contextualizando a aquisição de competências específicas no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária, incidindo no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, esta decorreu em CSP. Assim, os Ensinos Clínicos I, II (Apêndices I e II) e III decorreram na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Bombarral.

1.1. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte é um dos 15 agrupamentos integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), com uma extensão geográfica significativa correspondente a 1.056,7 km² que preenche o sul do distrito de Leiria. (Figura 1)



Figura 1: Área geográfica do ACES Oeste Norte ¹

O ACES Oeste Norte tem autonomia administrativa da ARSLVT e integra os concelhos de Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral.

Segundo o Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte (2016), o agrupamento tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de abrangência geográfica; para tal, este assume como atribuições: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença.

O ACES Oeste Norte no âmbito da sua intervenção, integra atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas, participação na formação dos diversos grupos profissionais e promoção de boas práticas clínicas. Assim, objetiva na sua atuação, a promoção e melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade através da gestão eficaz dos seus recursos, assumindo como valores: a corresponsabilidade; acessibilidade; satisfação; qualidade e criatividade / Inovação. (Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte, 2016)

Do ponto de vista estrutural e hierárquico o ACES conta com: o Diretor Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade. Neste contexto,

¹ Fonte: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2899/Manual_de_Acolhimento_-_2016__1_.pdf

funciona na dependência do Diretor Executivo, a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão. (Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte, 2016)

Segundo o mesmo Manual, o ACES Oeste Norte é constituído por várias unidades funcionais: 10 Unidades de Saúde Familiares; 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 3 Unidades de Cuidados à Comunidade; 1 Unidade de Saúde Pública; 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 1 Equipa de Coordenação Local (ECL) e um Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GLC PPCIRA). (Figura 2)

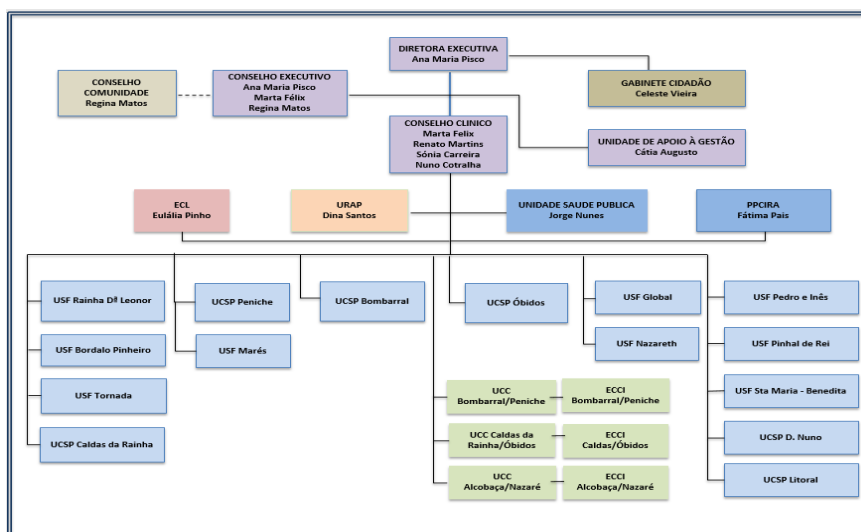


Figura 2: Organograma do ACES Oeste Norte²

1.1.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar do Bombarral

A USF Bombarral é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES Oeste Norte, do qual é parte integrante. (Diário da República n.º 34/2006, 2006)

A USF Bombarral teve início a 02 de julho de 2019, com cerimónia oficial de inauguração no dia 16 de julho, tendo sido a centésima Unidade de Saúde Familiar inaugurada, dando cumprimento à meta fixada pelo programa governamental atual.

A USF Bombarral situa-se no segundo andar do edifício do Centro de Saúde do Bombarral, ocupando a sua ala este, sendo constituída por uma secretaria com três postos de atendimento

² Organograma-Portal-SNS-ACES-Oeste-Norte.jpg (3000x2250) (min-saude.pt)

ao público e *backoffice*, duas salas de espera, gabinetes médicos e de Enfermagem, numerados de um a quinze. Os gabinetes de Enfermagem correspondem à sala de vacinação, saúde infantil, planeamento familiar, sala de diabetes e hipertensão arterial, duas salas de tratamentos, gabinete da enfermeira com funções de coordenação e gabinete da consulta de Enfermagem da pessoa com diabetes e com pé em situação de risco. A USF dispõe ainda de uma sala de reuniões munida de projetor, de duas casas de banho destinadas ao uso dos profissionais de saúde e uma sala de refeições que é comum a todos os profissionais do Centro de Saúde.

O Centro de Saúde do Bombarral, inaugurado em novembro de 2002, situa-se na vila do Bombarral, ocupando uma área útil de três mil metros quadrados, distribuídos em dois pisos, sendo constituído para além da USF Bombarral pela UCC de Bombarral/Peniche, a Unidade Local de Saúde Pública (ULSP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Consulta do Viajante e a Vacinação Internacional. (Figura 3)

No piso superior funcionam as unidades funcionais do ACES Oeste Norte, sendo a acessibilidade arquitetónica para o cidadão com mobilidade reduzida, assegurada com uma rampa de acesso. No piso inferior localiza-se a sala de reuniões e formação do ACES Oeste Norte, a sala do armazenamento do material contaminado, lavandaria, salas de armazenamento dos medicamentos e material de consumo clínico e garagem da viatura elétrica que serve a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Bombarral/Peniche. O espaço exterior consiste em área verde e parque de estacionamento. (Figura 4)



Figura 3: Serviços existentes no CS de Bombarral



Figura 4: Centro de Saúde de Bombarral

A USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e sua continuidade, promovendo a sua atividade de acordo com os valores de: conciliação, cooperação, globalidade, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa. (Decreto-Lei 298/2007, 2007)

Esta USF pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às especificidades da sua comunidade, num contexto de proximidade aos seus utentes e respetivas famílias, através de espírito de equipa empreendedor, sustentável e eficiente. Assim, a sua insígnia enuncia “Juntos para uma saúde melhor!” (Regulamento Interno USF Bombarral, 2019). (Apendice I)



Figura 5: Logótipo da USF de Bombarral
Fonte: Regulamento interno da USF Bombarral, 2019

1.1.2. Estrutura Orgânica e Funcional

O modelo organizacional da USF Bombarral é o modelo A, que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, constituindo um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Neste modelo não existe modelo retributivo e de incentivos aos profissionais desta unidade (Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, 2020)).

Constituem a estrutura orgânica da USF Bombarral o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral, o Conselho Técnico e os órgãos de apoio, como o interlocutor de Enfermagem e o interlocutor administrativo (Decreto-lei nº 298/2007, 2007).

A equipa multiprofissional é constituída por sete médicos, dois internos, sete enfermeiros e cinco secretários clínicos. A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (ou microequipa), a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes. Esta equipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos. Cada microequipa monitoriza a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

A equipa de Enfermagem exerce a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em colaboração com os outros elementos da Equipa, progredindo preferencialmente para a prática de Enfermagem de Família, reconhecendo a contribuição do enfermeiro de família na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e o seu papel de

referência como gestor de cuidados de Enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar. (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014)

Esta metodologia de trabalho possibilita acompanhar as famílias em todas as fases do ciclo vital, de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança, com a finalidade de garantir cuidados de Enfermagem de qualidade, em parceria colaborativa com a família, promovendo a capacitação da família e dos seus membros através do desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros, estabelecimento da família e seus membros individualmente, como foco dos cuidados e como um todo, prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família e avaliação e promoção das intervenções mais adequadas a fim de promover e a facilitar as dinâmicas familiares em parceria com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Na USF de Bombarral a adaptação à metodologia de trabalho por enfermeiro de família foi difícil, dado que, até aqui a organização de trabalho era por programas. No entanto a equipa de Enfermagem sente-se satisfeita por poder acompanhar as suas famílias, poder dar resposta em todas as áreas de intervenção e monitorizar a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

1.1.3. Caraterização dos Utentes da USF Bombarral

A USF Bombarral serve a população inscrita na USF residente maioritariamente no Concelho de Bombarral. (Anexo I)

O concelho do Bombarral pertence ao distrito de Leiria e está integrado em termos europeus na Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT) III, Região de Lisboa e Vale do Tejo. É um concelho que se situa na região Oeste do País, de natureza rural, e é limitado a Norte pelo concelho de Óbidos, a Noroeste, a Oeste e Sudoeste pelo concelho da Lourinhã, a Este e Sudeste pelo concelho de Cadaval, e a Nordeste pelo concelho de Caldas da Rainha. Apresenta uma área total de 91,28 km² e encontra-se dividido em quatro freguesias, nomeadamente: Bombarral e Vale Covo, Carvalhal, Pó e Roliça.



Figura 6: Concelho de Bombarral³

³ https://geneall.net/images/maps/map_155.gif 7 março de 2020

Segundo os dados da Rede Nacional de Utentes referentes a fevereiro de 2021, estão inscritos na USF Bombarral 11621 utentes, todos com médico de família atribuído.

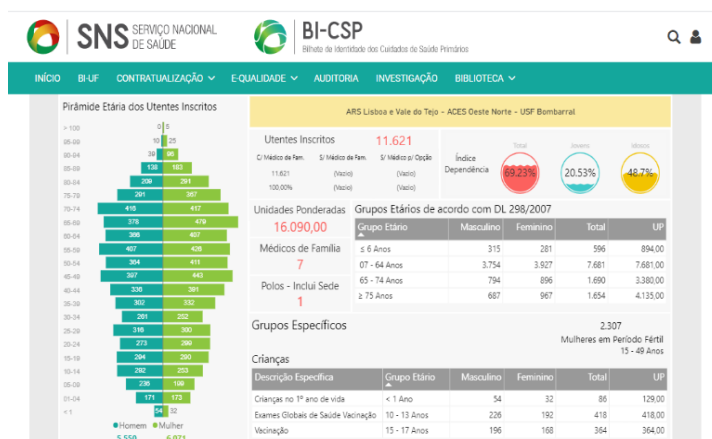


Figura 7: Distribuição de utentes inscritos na USF Bombarral, em fevereiro de 2021
Fonte: Print screen do BI-CSP: USF Bombarral- quem servimos.

A população inscrita caracteriza-se por ser uma população envelhecida (48,7% de idosos) e com um índice de dependência total de 69,23%. O grupo etário predominante consiste nas mulheres entre os 65 e os 69 anos (479 mulheres).

De acordo com os dados do MIM@UF, relativos a fevereiro de 2021, dos utentes inscritos na USF Bombarral, 1216 utentes têm diabetes, 3767 têm hipertensão, 4071 são elegíveis para rastreio oncológico colo retal (50-75 anos), 86 mulheres vigiadas na consulta de saúde materna. Encontram-se em idade fértil cerca de 2307 mulheres, podendo frequentar as consultas de Planeamento familiar. Estão abrangidas pelo Programa de rastreio do Colo do Útero (entre os 25 e 60 anos) cerca de 2535 mulheres (Anexo II)

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA USF BOMBARRAL (ENFERMEIRA MARIA CONCEIÇÃO NOBRE)

O Enfermeiro de Família assume um papel de referência em Cuidados de Saúde Primários (CSP), na medida em que organiza e rentabiliza os recursos adequando-os à pessoa e sua família, contribuindo assim, na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva. Assim, neste sentido, cada Enfermeiro de Família deverá ter, em média, 350 famílias (entre 300-400 famílias) de uma determinada área geodemográfica, embora o número de utentes por Enfermeiro de Família possa ser variável dependendo da complexidade dos

cuidados e grau de dependência dos utentes ou famílias. A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) indica como limite máximo o número de 1.550 utentes de forma que se garanta a segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços, de forma que cada família tenha o seu enfermeiro. [Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020); Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007]

O ficheiro de família no qual ocorreu integração no decorrer do ensino clínico (enfermeira Maria Conceição Nobre e doutor André Salgueiro) é constituído, segundo dados constantes da plataforma MIM@UF (02/2021), por 1603 utentes.

Verifica-se que o Enfermeiro de Família em estudo presta cuidados a uma população bastante envelhecida (Figura 8), alguns com dificuldades de transporte para a USF, não permitindo acompanhar o horário da sua Enfermeira de Família, bem como a existência de utentes de múltiplas nacionalidades, aparentemente não residindo atualmente no concelho, dificultando o cumprimento de metas a nível de vacinação. Verificou-se em contexto de sala de tratamentos uma elevada prevalência de úlceras crónicas de perna de etiologia venosa, de difícil cicatrização.

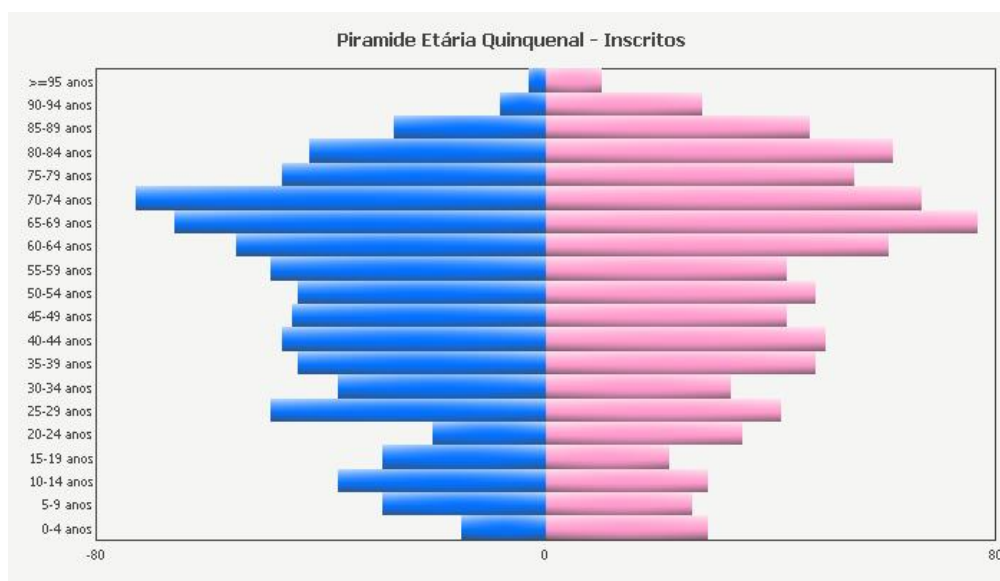


Figura 8: Pirâmide Etária do Ficheiro do Enfermeiro de Família
Fonte: Print screen do BI-CSP: USF Bombarral- quem servimos

No ficheiro do Enfermeiro de Família verificam-se 164 utentes com Diabetes, 534 utentes diagnosticados com Hipertensão Arterial. Encontram-se em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) cerca de 271 mulheres. Estão abrangidas pelo Programa de rastreio do Colo do Útero (entre os 25 e 60 anos) cerca de 301 mulheres. Estão abrangidas pelo Programa de rastreio do

cancro do cólon e do reto 570 utentes. Seguidas na Consulta de Saúde Materna cerca de 12 grávidas. (Anexo III)

1.3. INDICADORES DE SAÚDE DA USF BOMBARRAL

De acordo com ACSS (2018) o Plano de Ação das Unidades de Saúde é o instrumento de trabalho que reflete as atividades a desenvolver pela equipa multiprofissional. Engloba atividades clínicas, de melhoria contínua, formativas e outras não assistenciais. A atividade médica, de enfermagem e de secretariado clínico está organizada em função das previsões das necessidades dos utentes, de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) e da lista de serviços resultante da carteira básica de serviços que a Unidade de Saúde assegura.

A negociação da contratualização interna das Unidades de Saúde é baseada na discussão do Plano de Ação e é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do Plano de Ação disponível para o efeito no Portal do Bilhete Identidade dos Cuidados Saúde Primários (BI CSP).

A matriz multidimensional das USF e UCSP tem cinco áreas: Desempenho Assistencial, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica. Cada uma destas áreas é operacionalizada através da definição das suas diferentes subáreas, dimensões e respetivos indicadores e/ou métricas. O foco é colocado na identificação das características de cada área ou subárea, no que deve acontecer, identificando os resultados esperados, orientados por processos de qualidade (ACSS, 2018).

Assim, o processo de negociação da contratualização incide na discussão das medidas e atividades decorrentes das necessidades em saúde identificadas, das prioridades definidas, e de acordo com os recursos disponíveis. Representa assim um compromisso de resultados, processos e recursos.

O Plano de Ação elaborado pressupõe o cumprimento de uma Carteira Básica de Serviços avaliados através de indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nos vários programas de saúde que se propõem a atingir. Desta forma, tem como programas de saúde as consultas de vigilância e promoção de saúde no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Puerpério), consulta de hipertensão e diabetes, visitação domiciliária, atendimento em situações agudas (consulta aberta), entre outros.

A avaliação do desempenho das unidades funcionais é operacionalizada pelo Índice de Desempenho Global (IDG) e pelos diferentes Índices de Desempenho Setoriais, cujas métricas e regras estarão descritas na metodologia de operacionalização da contratualização nos CSP. O resultado de cada indicador é lido de acordo com a seguinte métrica: resultado dentro do intervalo esperado (conjunto de resultados que traduz uma boa prática) corresponde a um *score* de 2, resultado dentro da variação aceitável (conjunto de resultados que traduz uma prática aceitável) corresponde a *score* de 1. O não cumprimento não obtém pontuação (ACSS, 2017).

Torna-se útil a comparação entre os valores de IDG atingidos antes e após a formação da USF Bombarral, permitindo perceber a evolução da Unidade com a mudança de organização e metodologia de trabalho. E apesar de considerar que a análise efetuada fica enviesada pelo contexto pandémico vivido durante o ano de 2020, poderão ser verificadas melhorias significativas nos indicadores da USF Bombarral. Dada a formação da USF Bombarral em julho de 2019, serão comparados os valores atingidos pela UCSP Bombarral em 2018 e a USF Bombarral em 2020.

Em 2018, a UCSP do Bombarral apresentava um IDG de 39,4, inferior à mediana do IDG das UCSP do país, que se cifrava em 48,85. Justificava-se este valor pela escassez de recursos humanos (reforma de médicos e mobilização de enfermeiros e assistentes técnicos para outras unidades). (BI – CSP, 2017)

Em 2020 a USF Bombarral contratualizou 35 indicadores a serem avaliados (figura 9), atingindo um IDG de 54, inferior à mediana das USF Modelo A do país (57,7), superior à mediana das USF modelo A da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (53,05) e atingindo o melhor resultado dentro do ACES Oeste Norte, num registo claramente superior ao atingido pela UCSP Bombarral em 2018, não sendo mais elevado pela diminuição da atividade assistencial derivada dos confinamentos efetuados no contexto pandémico.

Efetuando-se uma breve comparação, entre alguns indicadores dos vários programas de Saúde descritos no relatório do estágio I, referentes à UCSP do Bombarral em dezembro de 2018 e os dados obtidos em dezembro de 2020 referentes à USF do Bombarral, verifica-se uma melhoria significativa na percentagem do cumprimento dos indicadores e na respetiva ponderação, com exceção dos indicadores referentes ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nas crianças e jovens, cujos valores são semelhantes, embora com diferente ponderação, por alteração da escala de avaliação. Esta diferente pontuação é exemplificada no indicador da

proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução, já que em 2018 uma percentagem de 97,297% atingiu um score 1 e em 2020 uma percentagem inferior de 96,808% atingiu score 2. (Quadro 1) (Apêndice I)

Quadro 1: Indicadores dos vários programas de Saúde descritos no relatório do estágio I

Programa de Saúde	Indicador	Ponderações 2020	UCSP 2018	USF 2020
Saúde da mulher e planeamento familiar	Proporção de mulheres entre 25 e 60 anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	<47% - 0 47%-52% -1 >52% - 2	34,396% Score 0	45,216% Score 0
Saúde infantil e juvenil	Proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância até 28 dias	<85% -0 85%-95% -1 >95% -2	56,79% Score 0	98,795% Score 2
Saúde infantil e juvenil	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução	<95% -0 95-100% - 2	97,297% Score 1	96,808% Score 2
Saúde infantil e juvenil	Proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução	<95% -0 95-100% -2	98,529% Score 2	97,802% Score 2
Saúde infantil e juvenil	Proporção de crianças com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução	<95% -0 95-100% -2	98,701% Score 2	97,857% Score 2
Saúde materna	Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério	< 70% - 0 70-75% -1 >75% -2	25% Score 0	39,334% Score 0
Saúde do adulto/ idoso	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	< 85% - 0 85-92% - 1 >92% - 2	83,966% Score 0	87,86% Score 1
Saúde do adulto/ idoso	Proporção de utentes com diabetes, doença respiratória ou cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	<40% - 0 40-50%- 1 >50% - 2	31,793% Score 0	46,659% Score 1
Vigilância de Hipertensão	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	<50% - 0 50 -67% -1 > 67% - 2	19,971% Score 0	23,146% Score 0
Vigilância de Diabetes	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c inferior ou igual a 8,0%	<50% - 0 50-60% - 1 >60% -2	38,541% Score 0	49,268% Score 0
Vigilância de Diabetes	Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano	<80% - 0 80-85% - 1 >85% - 2	21,428% Score 0	51,869% Score 0

Este incremento de resultados não será alheio ao aumento do número de elementos como numa melhoria na organização e estabilidade da equipa de saúde, decorrentes da constituição da USF. Contudo, os resultados de alguns indicadores ainda se encontram um pouco aquém do esperado, e procurando algumas razões para tal fato para além do contexto pandémico presente, e centrando-me na equipa de Enfermagem, pode-se referir a inexperiência da equipa no trabalho por enfermeiro de família, dado que até aqui a organização de trabalho era por programas. Como tal os elementos não tinham muito presente o cumprimento de alguns objetivos e a forma correta de os atingir. Um exemplo demonstrativo será um indicador não descrito anteriormente por não se encontrar contratualizado, mas que poderá ser no futuro, denominado “Proporção de utentes DM com registo de GRT (Gestão de Regime Terapêutico)”, cujo mínimo aceitável seria de 75% e o mínimo esperado seria de 85%. Apesar da intervenção ser efetuada nas consultas de Enfermagem, não era corretamente registada, pelo que o valor atingido foi apenas de

5,772%, pelo que se verifica a importância do registo clínico de forma sistemática, dando visibilidade à sua intervenção.

Ajuda Exclução Indicadores N S

Cálculo IDG Unidade ?

Nº Indicadores: **35**

Nº Dimensões: **14**

Valor IDG: **54,00**

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.002.01 FL	2 - Taxa de utilização global de consultas médicas	FL		N	202012	65,00	70,00	85,00	90,00	65,712	1,00
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202012	30,00	42,00	75,00	80,00	27,158	0,00
2013.010.01 FL	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	FL		N	202012	35,00	45,00	55,00	65,00	30,672	0,00
2013.014.01 FL	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	FL		N	202012	85,00	95,00	100,00	100,00	98,795	2,00
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL		N	202012	30,00	50,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2013.016.01 FL	16 - Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	FL		N	202012	65,00	70,00	100,00	100,00	68,181	1,00
2013.017.01 FL	17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	FL		N	202012	65,00	70,00	100,00	100,00	67,441	1,00
2013.019.01 FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FL		N	202012	65,00	75,00	100,00	100,00	20,461	0,00
2013.031.01 FL	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7]A	FL		N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	67,032	0,00
2013.032.01 FL	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14]A	FL		N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	25,694	0,00
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	FL		N	202012	80,00	85,00	100,00	100,00	51,869	0,00
2013.038.01 FL	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	FL		N	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	46,082	0,00
2013.057.01 FL	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	FL		N	202012	90,00	95,00	100,00	100,00	93,975	1,00
2013.059.01 FL	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	FL		N	202012	90,00	95,00	100,00	100,00	91,489	1,00
2013.019.01 FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FL		N	202012	65,00	75,00	100,00	100,00	20,461	0,00
2013.031.01 FL	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7]A	FL		N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	67,032	0,00
2013.032.01 FL	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14]A	FL		N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	25,694	0,00
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	FL		N	202012	80,00	85,00	100,00	100,00	51,869	0,00
2013.038.01 FL	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	FL		N	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	46,082	0,00
2013.057.01 FL	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	FL		N	202012	90,00	95,00	100,00	100,00	93,975	1,00
2013.059.01 FL	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	FL		N	202012	90,00	95,00	100,00	100,00	91,489	1,00
2013.091.01 FL	91 - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	FL		N	202012	25,00	30,00	55,00	70,00	13,005	0,00
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	96,808	2,00
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	97,802	2,00
2013.097.01 FL	97 - Proporção DM c/ microalbum. último ano	FL		N	202012	75,00	80,00	100,00	100,00	58,617	0,00
2013.100.01 FL	100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	FL		N	202012	86,00	91,00	97,00	100,00	82,551	0,00
2013.277.01 FL	277 - Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	FL		N	202012	18,00	25,00	100,00	100,00	16,356	0,00
2013.278.01 FL	278 - Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	FL		N	202012	50,00	60,00	80,00	90,00	64,857	2,00
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202012	20,00	35,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2015.307.01 FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		N	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	78,160	2,00
2015.309.01 FL	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	FL		N	202012	40,00	45,00	100,00	100,00	64,367	2,00
2015.316.01 FL	316 - Proporção hipert. [18; 65]A, com PA < 140/90	FL		N	202012	30,00	40,00	100,00	100,00	15,371	0,00
2017.365.01 FL	365 - Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	FL	5	N		0,00	0,00	800,00	900,00		0,00
2017.379.01 FL	379 - Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	FL	13	N	202012		0,00	0,60	1,00	0,106	2,00
2017.389.01 FL	389 - Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	FL	7	N							0,00
2017.390.01 FL	390 - Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	FL	7	N							0,00
2017.391.01 FL	391 - Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	FL	7	N							0,00
2017.392.01 FL	392 - IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	FL	7	N							0,00
2017.393.01 FL	393 - Score dimensão "formação equipa multiprofis."	FL	7	N							0,00
2017.394.01 FL	394 - Score dimensão "formação internos e alunos"	FL	7	N							0,00
2018.405.01 FL	405 - Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	FL		N	202012	0,00	0,00	1,00	2,00	0,581	2,00
2018.412.01 FL	412 - [(Cons. dia UF inscr.) / ((cons. dia) + [urgênc.])]	FL		N	202012	60,00	67,50	85,00	85,00	63,250	1,00

Figura 9: Indicadores na plataforma de BI-CSP
Fonte: Print Screen de plataforma de BI-CSP, dezembro 2020

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar surge o cuidar da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, focando - se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Regulamento 428/2018, 2018). Desta forma, na sua intervenção, deve avaliar a capacidade da família para se manter unida, agilizando processos de mudança e apoiar todos os membros na sua interação com o meio ambiente; identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida e mobilizar conhecimentos tanto de Enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, procurando orientação a fim de melhorar a sua prática em Enfermagem de Saúde Familiar.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar deve prevenir complicações para a saúde da família, através da identificação de problemas potenciais, considerando a reciprocidade entre os fatores de stresse, que implicam transições familiares e a interpretação colaborativa dos dados objetivos e subjetivos resultantes da avaliação familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Assim, neste sentido, enquadra-se a transição para a parentalidade e as vivências no âmbito da intimidade, disfuncionalidade sexual e sexualidade do casal após o nascimento do filho como uma preocupação que requer um foco de atenção mais centrado, numa perspetiva de facilitação da transição, e que desta forma, esta decorra de forma integrativa e construtiva para o casal e família, permitindo que o casal mantenha um relacionamento conjugal satisfatório, não suprimindo as suas vivências emocionais, íntimas e sexuais após o nascimento do filho.

2.1. PARENTALIDADE E TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho marca uma fase de transição do ciclo vital da família, na medida em que implica uma reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais, bem como uma redefinição dos limites face ao exterior, procurando uma maior abertura às famílias de origem dos elementos do casal, bem como à comunidade. (Relvas, 1996)

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [*International Council of Nurses* (ICN), 2006], a parentalidade é tida como o ato de tomar conta assente em pressupostos específicos, nomeadamente: assunção da responsabilidade de ser mãe e/ou pai; adoção de comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar e comportamentos que otimizem o crescimento e desenvolvimento das crianças; e

interiorização das expectativas dos elementos familiares, família alargada, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

Relvas (1996) acrescenta que no processo emocional de transição é fundamental a aceitação no sistema familiar dos membros da nova geração, através de: ajustamento do subsistema conjugal; assunção dos papéis parentais; realinhamento das relações com as famílias de origem de forma a incluir os papéis parentais e dos avós. Neste sentido, na etapa de desenvolvimento familiar “família com filhos pequenos”, assume-se uma transição da função conjugal (conjugalidade) para a função parental (parentalidade), cujo foco previamente centrado na relação do casal é transferido para as relações Pai/Mãe – Filho/os, que por esta via da organização constroem o seu modelo parental (masculino e feminino).

Assim, Martins (2013) refere que a ênfase não se centra no processo de transmissão de saberes, crenças e tradições, mas no conjunto de ações físicas e emocionais capazes de promover a incorporação e desenvolvimento do novo membro da família. A prioridade é a criança e a família num enquadramento das crenças e valores da família. Os pais tornam-se os principais agentes da sua socialização, a nível comportamental, emocional e de desenvolvimento cognitivo; assim, a parentalidade implica o desempenho de funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar, dando nota da interdependência entre a estrutura, função e evolução da família e sua constante interação, bem como com o meio. (Alarcão, 2000; Relvas, 1996)

Neste sentido, a transição da conjugalidade para a parentalidade assenta em três aspetos fundamentais: a criança não é o elemento passivo, esta participa com as suas próprias competências e características na modelação da funcionalidade parental; relação com as famílias de origem /família alargada, e, as expectativas socioculturais e familiares que acompanham o nascimento da criança e do subsistema parental. (Relvas, 1996)

A transição para a parentalidade exige profundas transformações e adaptações na vida do casal, capazes de provocar desequilíbrio e vulnerabilidade, o que implica a complexificação do sistema familiar e redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida, assumindo-se desta forma, como uma das mais intensas transições que o sistema familiar enfrenta. Neste sentido, desencadeia-se uma situação de crise, na qual as respostas adaptativas podem não ser geridas da forma mais eficaz, constituindo um risco para a sua saúde e bem-estar familiar. (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017; Vilar & Rabinovich, 2014)

Neste contexto, torna-se relevante a transição encarada como o ato ou efeito de passar de uma condição ou lugar a outra como uma trajetória de vida, assume-se como um conceito fundamental para compreender esta temática. A transição assume-se como a experiência de descontinuidade e rutura ao longo do ciclo vital, abarcando a aquisição de novas competências e a adoção de respostas ajustadas para ultrapassar as exigências da transição, manifestando-se na reorganização de papéis, na reestruturação de competências pessoais e relacionais, bem como na gestão das emoções em contexto social. Neste sentido, a transição assume-se como um conceito positivo, na medida em que implica o alcance de um período de estabilidade após uma fase de rutura, que permite que o resultado do processo de transição seja positivo, através de fatores facilitadores e dificultadores (Allgood & Tomey, 2006; Martins, 2013; Meleis, 2012).

As transições são complexas e multidimensionais e podem assumir diferentes características, denominando-se: de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Estas ocorrem mediante um evento significativo que requer adaptação e resposta, de forma dinâmica num dado período, dependendo da natureza da transição e da forma como esta influencia a vida da pessoa ou família. (Meleis *et al.*,2000)

Assim, a consciencialização da mudança desencadeia um maior envolvimento no processo de transição, com base nos eventos críticos e significado que a mudança tem para a pessoa e o espaço temporal em que esta decorre. Desta forma, o compromisso para a mudança permite a procura de aquisição de competências com vista a retirar algum sentido e reorganização das circunstâncias causadoras do desequilíbrio. (Meleis *et al.*,2000)

Assumindo a transição para a parentalidade como uma transição de desenvolvimento, esta marca a passagem para uma nova fase do ciclo familiar, complexificando o mesmo. Assim, esta transição não é necessariamente marcada pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas, organizacionais e relacionais no papel parental. (Martins, 2013; Relvas, 1996)

A transição para parentalidade é assim associada a sentimentos de alegria, positividade e satisfação representando o alcance da realização pessoal, no entanto não deixa de ser um momento de crise face às alterações que lhe são inerentes. (Martins, 2013; Meleis, 2012)

2.2. PAPÉIS PARENTAIS: PAI E MÃE

O nascimento é simultaneamente um princípio e um fim, sendo uma tarefa árdua tanto para a mãe como para o bebé e persistirá no tempo, à medida que os pais vão aprendendo a cuidar do seu filho e este vai aprendendo a viver. (Papaia, Olds & Feldman, 2001)

O processo de se tornar mãe/pai é de intensa transformação existencial na vida da mulher e do homem e é nas primeiras semanas após o nascimento que estes enfrentam os maiores desafios, procurando alcançar a definição de papéis, valores e até guias de conduta (Leal, 2005).

Atualmente, a maternidade surge como um projeto de vida, é um investimento experiencial e formativo, no qual ainda prevalece uma cultura social e histórica que coloca a mãe como principal cuidadora da criança durante o seu primeiro ano de vida, sobre a qual recai a responsabilidade e se atribui o sucesso da sobrevivência e bem-estar infantil, bem como de toda a família. (Martins, 2013)

A perspetiva da maternidade como competência inata ou instintiva na transição para a parentalidade é deposta, na medida em que esta é um processo social e cognitivo complexo aprendido e não intuitivo; desta forma, as competências para uma transição positiva são alcançadas à medida da prática e da experiência. (Luís, 2016)

Assim, a representação da maternidade e a sua vivência depende de mulher para mulher, para algumas a maternidade é sinónimo de responsabilidade e dádiva; para outras, é uma continuidade pessoal, conjugal e familiar; ou uma experiência de intimidade física e psicológica incomparável. No entanto, pode-se também assistir a sentimentos de dúvida e ambivalência no discurso das mulheres contemporâneas, o sentimento de culpa por não sentirem ou não agirem de acordo com os modelos valorizados pela sociedade. (Martins, 2013)

As exigências de um filho fazem com que a mãe anule a sua própria personalidade, persistindo um sentimento de perda de identidade e de autoestima devido às alterações subjetivas de reduzida atratividade física ou incapacidade de sedução, induzidas pelas alterações corporais e emocionais que sucedem ao longo da gravidez e que se mantêm após o parto, persistindo nesta fase a ideia de que o retorno à imagem corporal antes da gestação é impossível. Assim, neste sentido, a pessoa e o corpo estão ligados, não podendo ser dissociados, pois o corpo da pessoa é a sua identidade profunda em todas as suas dimensões e é através dele que a pessoa constrói, vive e realiza a sua individualidade da vida. A perceção e significado do corpo evolui atendendo à especificidade das representações de cada pessoa adquiridas pela sua vivência, experiência e

pela relação entre o conhecimento do corpo que a pessoa tem dela própria e do corpo dos outros. (Santos, Silva e Barroso, 2014; Silva & Figueiredo, 2005)

Neste sentido, o conceito de imagem não deve vincular-se somente às noções de corpo, mas deve integrar as diversas construções subjetivas, pois a construção de uma imagem mental depende das experiências que cada pessoa vive. O corpo enquanto objeto de investimento emocional, pode provocar sentimentos de perda, associados a uma percepção negativa da imagem corporal, levando a situações de depressão, ansiedade, baixa autoestima e degradação dos relacionamentos. (Loiola, 2014; Scatolin, 2012)

A imagem corporal assume-se então como a percepção que integra o nível físico emocional mental e psicossociológico relacionando-se portanto com a vivência física da imagem corporal e as experiências emocionais vividas nos diferentes relacionamentos humanos e estrutura sociológica, neste sentido, a disfuncionalidade sexual ou incapacidade de expressar a sexualidade alteram a imagem corporal o autoconceito influenciam negativamente a autoestima da pessoa e a percepção de si próprio com sentimentos de angústia, vergonha, medo e impotência, visionando a sexualidade como algo perdido. (Cardoso, 2003)

A maternidade despoleta o início da autêntica maturidade na mãe, sendo o apoio do companheiro crucial para que a mulher se permita a momentos de fragilidade e lide com as exigências sem ultrapassar o limiar das suas capacidades. Assim, o papel do pai em todo o processo de gravidez e no pós-parto é fundamental para um maior envolvimento e aumento da participação do pai nos cuidados ao bebé, nas tarefas domésticas, e na preparação para o parto e nascimento, e adaptação à transição para a parentalidade. (Camarneiro, 1998; Martins, 2013)

No entanto, apenas após o nascimento o homem/pai toma consciência das mudanças que ocorrerão na sua vida procurando adaptar-se ao seu novo papel, com receios e dúvidas, levando-o a alterar as dinâmicas mais básicas da sua vida, as suas atitudes e valores. A paternidade deixou assim de se centrar no papel de provedor, para abarcar comportamentos e atitudes de maior envolvimento psicoafectivo com os filhos. (Camarneiro, 1998; Martins, 2013)

A adaptação paternal envolve o ajustamento a um novo papel, no qual do ponto de vista social, o nascimento e a chegada da criança a casa são o ponto de partida para ser pai, enfrentando inúmeros desafios tais como mudanças no estilo de vida, comunicação entre casal, menor liberdade para a vida pessoal individual, requerendo uma centralização na aquisição de competências de cuidado à criança que se mantém ao longo da vida. (Eskandaria *et al.*, 2017)

A transição para a parentalidade faz com que a mãe se sinta ignorada e isolada, sobrecarregada ante a maior complexidade das tarefas dos cuidados ao filho; por sua vez o pai, mantendo a sua atividade laboral num esforço de desempenhar o seu papel de pai, leva a que este interprete a aparente falta de interesse da mulher como uma rejeição, deixando de perceber o exaustivo trabalho que a mulher e mãe realizam, e nesta sequência, ambos percecionam que não há um reconhecimento de seu valor pelo outro. Logo, a comunicação do casal perde a fluidez, apresentando ruídos. A sexualidade, intimidade e a vida sexual do casal pode sofrer as consequências desta falta comunicação, entrando em crise. (Luís, 2016; Vilar & Rabinovich, 2014).

Segundo Silva e Carneiro (2014), assiste-se assim, a um processo de transição maternal descrito como fatigante e ambivalente, relatando dificuldades no padrão de sono, cansaço nos cuidados ao filho, numa ambivalência de felicidade e plenitude com períodos de choro, labilidade e tristeza; e o processo de transição paternal como observante e secundário, relatando sentimentos de exclusão, inveja e competição face à companheira em relação ao filho, preocupações financeiras, habitacionais e com a saúde da companheira e do filho, bem como isolamento devido à ansiedade relativamente ao seu novo papel.

A transição para a parentalidade assume-se em simultâneo como, um período de risco (pela insatisfação e desencontro conjugal) e de oportunidades (pela ascensão e complexidade relacional) a nível do relacional do casal. Assim, o nascimento de um filho pode fortalecer a relação conjugal ou constituir um obstáculo à mesma, verificando-se maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades ao nível do relacionamento sexual do casal no pós-parto. (Martins, 2013)

Figueiredo (2012) menciona que a facilitação da transição para a parentalidade inicia-se no processo de adaptação à gravidez, através de seis etapas, referindo-se a Jongenelen e Soares (1999): aceitar a gravidez, reconhecendo-a como uma realidade e as mudanças subjacentes; aceitar a realidade do feto enquanto entidade física e psicológica distinta; reavaliar a relação com os seus pais, procurando-se uma proximidade à família de origem que leva ao apoio dos avós no cuidado futuro ao bebé; reavaliação do relacionamento entre o casal, quanto à função parental e conjugal, bem como decisões relacionadas com a criança; aceitar o bebé como pessoa separada com necessidades próprias; e a integração da identidade parental, induzindo mudança das identidades pessoais e a transformação do relacionamento do casal. (Martins, 2013)

2.3. DA PARENTALIDADE À CONJUGALIDADE: INTIMIDADE; SEXUALIDADE; DISFUNÇÃO SEXUAL

A parentalidade não é, em si mesma, responsável pela degradação da relação conjugal e do amor entre os elementos do casal. A integração de um novo membro no núcleo familiar acarreta o surgimento de novas responsabilidades e tarefas para ambos os cônjuges com efeito na relação conjugal, a díade é alargada a uma tríade, ocorrendo uma avalanche afetiva dos futuros pais, onde ocorre uma redistribuição de papéis e funções. Assim, as alterações ocorrem a vários níveis, seja no seio do próprio par, nas relações entre os cônjuges, nas famílias de origem e nas relações com os contextos significativos. (Martins, 2013; Relvas, 1996; Sousa e Silva, 2016)

Assim, a transição para a parentalidade não é simplesmente a ligação dos adultos, como pais, aos filhos, mas também a potenciação do relacionamento íntimo e do efeito criativo da conjugalidade na idade adulta. Neste sentido, é fundamental compreender que cada casal vive a sua relação de diferente forma, e que parte do sucesso desta transição passa pelas características e tipo de relacionamento prévio, bem como pela resposta adaptativa a esta situação de crise. Surgem casais em que a deterioração do relacionamento é efetiva desencadeando rutura e por outro lado, casais em que a adaptação transicional incrementa a intimidade, a cumplicidade e um relacionamento amoroso sadio. (Sousa & Silva, 2016)

O relacionamento conjugal é influenciado por uma série de fatores, tais como fatores de género relacionados ao conceito psicossocial e cultural das diferenças sexuais biológicas; por outro lado a divisão/ partilha do trabalho doméstico segue padrão similar à conceção da primazia da maternidade no cuidado ao bebé socioculturalmente aceite. No entanto surgem indícios de que a descontinuidade entre a maternidade e a paternidade se começa a dissipar deixando de haver a polarização entre o género feminino e masculino durante e após a transição para a parentalidade. Por mais igualitária que seja a reorganização do casal após o nascimento de um filho, este diferencia os seus papéis no sentido de alcançarem identidades de género mais tradicionais. (Martins, 2013; Relvas, 1996)

Nesta sequência, quando ambos os pais são trabalhadores e partilham as responsabilidades de cuidar a criança verifica-se que o tempo dedicado aos filhos pelas mães ultrapassa o tempo dedicado pelos pais seguindo essa tendência nos períodos de descanso laboral. Portanto, a divisão de tarefas e dedicação de tempo assumem-se como fatores decisivos na satisfação conjugal das mulheres superior aos homens, logo a sobrecarga de trabalho doméstico influencia a qualidade da relação conjugal, denotando-se de forma mais evidente nas mulheres,

sentimentos de esgotamento e irritabilidade associado à desigualdade das tarefas partilhadas. Surge desta forma dificuldade familiar em reorganizar os papéis deixando antever dificuldades na manutenção da conjugalidade, intimidade do casal aquando da transição para a parentalidade. (Martins 2013)

Atendendo à sobrecarga sentida na transição para a parentalidade com o nascimento do filho os pais sentem-se assoberbados pelo conjunto de alterações emoções e adaptações a que são sujeitos neste período, assim acabam por sentir falta de tempo para poderem usufruir do tempo de qualidade juntos, sofrendo inevitavelmente influência a nível de vida sexual e das vivências da expressão da sua sexualidade, da mesma da mesma forma o conflito conjugal pode ser aumentado durante este ajuste parental uma vez que existe um ênfase reduzido nos papéis conjugais e mais acentuado nos papéis parentais. (Martins, 2013; Mendes, 2012)

A transição para a parentalidade tendencialmente poderá coincidir com o fim do romance entre os casais com necessidade de renegociação de padrões de interação mais próximos do anterior ao nascimento, existindo um decréscimo da satisfação conjugal associado a menor disponibilidade de ambos para uma maior intimidade do casal. Este declínio romanceiro pode ser compreendido como uma necessidade de maior companheirismo e compreensão por ambos os elementos do casal, levando em sentido oposto ao anterior, ocorrendo uma melhoria do seu relacionamento e satisfação conjugal. (Martins 2013)

Além das alterações centradas no casal e no nascimento da criança surge também influência da rede social e de apoio e de fatores contextuais relacionados com a transição para a parentalidade. Assim, o ambiente social é fundamental para um construto multidimensional que abarca o conforto, a assistência e informações permitindo um apoio instrumental, material, financeiro emocional ou informacional, facilitando o exercício da parentalidade e uma diminuição do *stress* associado à sobrecarga física e emocional experienciada pelos pais. (Martins 2013; Relvas 1996)

O meio pode desta forma funcionar como fator facilitador da parentalidade e conjugalidade na medida em que é fundamental para a manutenção da saúde mental ajudando a aliviar as preocupações e agindo como uma influência protetora que permite aos pais sentir maior eficácia e responderem mais prontamente às suas próprias necessidades e da criança. (Meleis, 2010; Meleis *et al.* 2000)

O apoio do cônjuge e da família alargada em casa enquadram-se como as fontes de apoio mais valorizadas, sendo o principal suporte esperado por parte da mulher e mãe, a do marido ou

companheiro seguidamente da sua própria mãe e depois de todas as outras pessoas da família alargada. (Martins, 2013)

Amor, intimidade e sexualidade são essenciais na produção da vida conjugal e familiar, uma trilogia que não pode ser ignorada, na medida em que marca a complexificação da vida do casal ao longo da sua história, pela duração da relação conjugal, o número de filhos e com as fases do ciclo vital da família nuclear do casal. (Mendes, 2012)

A conjugalidade e a sexualidade do casal podem também ser modificadas pelas influências masculinas, pois alguns homens podem sentir dificuldade visionar a sua companheira, como parceira sexual e como mãe do seu filho, ou pela assistência ao parto e observação das transformações genitais da mulher, fazendo com que as suas conceções de atração ou desejo possam diminuir. (Mendes, 2012)

A sexualidade entendida como uma parte integrante da personalidade e do desenvolvimento de todo ser humano, deveria ser compreendida como um aspeto positivo da vida individual e relacional. [*International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, 2009]. Neste sentido, a sexualidade é um domínio central da vida do ser humano e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Esta é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. A sexualidade é influenciada pela interação de múltiplos fatores e acompanha a pessoa durante o ciclo vital. Desta forma, a sexualidade individual é construída sobre a imagem corporal e autoconceito, sendo que a expressão da sexualidade e o envolvimento íntimo com outra pessoa é fundamental ao longo da vida. (World Health Organization (WHO), 2010, 2016)

A alteração à funcionalidade sexual, ou seja, a disfuncionalidade sexual ou a incapacidade para expressar a sexualidade, alteram a imagem corporal, o autoconceito e influenciam negativamente a autoestima da pessoa e a perceção de si próprio, com sentimentos, de angústia, vergonha, medo ou impotência. (Cardoso, 2003).

Dias *et al.* (2014) acrescentam que as atitudes dos profissionais de saúde não têm acompanhado a importância que a sexualidade tem vindo a assumir, perpetuando ainda crenças e mitos limitadores da qualidade dos cuidados de saúde, o que enfatiza a importância da intervenção do enfermeiro de família na transição do casal para uma parentalidade saudável, em vivência plena da sua sexualidade, intimidade e funcionalidade sexual.

A satisfação sexual, é entendida como o indicador da qualidade do casamento, no qual a forma como os elementos do casal se sentem na esfera sexual do relacionamento está ligada à forma como sentem todo o relacionamento. Assim, quanto maior a satisfação com o relacionamento maior será a satisfação sexual, relacionando-se esta com as relações íntimas e a qualidade das mesmas. (Henderson-King & Veroff, 1994)

Assim, satisfação sexual surge como o grau em que a atividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais, atendendo a experiências sexuais passadas, expectativas atuais, e aspirações futuras. É assim, uma resposta afetiva decorrente da avaliação de cada um relativamente ao seu relacionamento sexual, incluindo a perceção que cada um tem de que as suas necessidades sexuais estão a ser atendidas, bem como as expectativas do parceiro, englobando uma avaliação positiva da relação sexual na sua totalidade. Neste sentido, a satisfação sexual está intrinsecamente relacionada com a satisfação conjugal. (Ashdown, Hackathorn & Clark, 2011; Pechorro, Dinis & Vieira., 2009)

A satisfação engloba assim, uma componente pessoal e uma componente interpessoal, distinguindo duas dimensões: satisfação sexual geral (satisfação da mulher com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais) e satisfação com o seu companheiro, sendo que, em ambos os casos, dependeria dos desejos da pessoa por determinados tipos e frequências de atividades sexuais, e tipos e comportamentos de companheiros. (Pechorro *et al.*, 2009).

No entanto, existem diferenças de género: as mulheres com insatisfação sexual atribuem-na à qualidade emocional das interações sexuais: terem menos carinho, afeição e menos amor, assim, neste enquadramento, a satisfação sexual após o nascimento de um filho é vivenciada de maneira diferente por homens e mulheres. Na mulher pode surgir um declínio ao nível da satisfação sexual devido: a complicações derivadas da gravidez, do parto e da amamentação. Estudos revelam que queixas como: cansaço extremo, dores nas costas, hemorroidas, dor perineal, problemas intestinais e padrão de sono ineficaz assumem um elevado impacto na vivência da sexualidade da mulher. Ao nível físico, embora o homem não tenha a mesma experiência, este percebe a sua relação conjugal de acordo com a sua satisfação sexual, traduzindo assim, a sua insatisfação sexual com base na pouca duração do ato sexual e na frequência das relações sexuais. No entanto, o impacto negativo na sexualidade masculina pode dever-se também à insatisfação da mulher com o seu próprio corpo gerando um comportamento negativo relativamente ao relacionamento conjugal. Assim, qualquer perturbação nos fatores

desencadeantes da resposta sexual no homem podem gerar uma crise e afetar a sua satisfação sexual. (Menezes & Marques, 2010; Ribeiro, 2016)

Os mesmos autores acrescentam que o parceiro pode não se sentir tão à vontade diante do corpo da parceira agora tão modificado pelo parto e que ambos precisam de tempo para adaptarem e recuperarem a sensualidade e ultrapassarem o desconforto que esta nova etapa acarreta.

2.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR AO CASAL NA PREVENÇÃO DA DISFUNCIONALIDADE SEXUAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A sexualidade humana é integrante de cada pessoa e pode ocasionar os maiores deleites e as maiores angústias, a sua complexidade fisiológica, psicológica, emocional e social torna a temática em estudo como subjetiva, revelando uma necessidade de compreensão da intervenção do enfermeiro mais profunda, direcionando o cuidado para a promoção da sexualidade, intimidade e conjugalidade gratificante e saudável durante a transição para a parentalidade. (Mendes, 2012)

Os acontecimentos que desencadeiam a transição, desencadeiam fenómenos de mudança e adaptação que são responsáveis por esse processo de transição, que em saúde constituem momentos cruciais de intervenção para a enfermagem (Meleis, 2010)

Assim, o papel do enfermeiro tem como objetivo promover a saúde, facilitando a transição e apoiar a procura de soluções orientadas para as necessidades que possam surgir ainda durante o processo de gravidez e após o nascimento, não perdendo de vista experiências transicionais prévias. Assim, a procura de novos conhecimentos e formas de cuidar devem ser prioridade para a excelência dos cuidados de enfermagem atendendo às especificidades de cada casal e família. As características de intimidade e privacidade da temática requerem a valorização de uma relação interpessoal, baseada no respeito e empatia no processo de cuidar. (Canaval, 2009; Mendes, 2012)

A intervenção terapêutica em Enfermagem é fundamental na antecipação e consequências da transição, desenvolvendo o conhecimento relacionado com as diferentes dimensões de tempo, padrões e tipos de transição, e o tempo de intervenção a ser considerado (Allgood & Tomey, 2006; Meleis, 2012). O enfermeiro de família, dada a proximidade relacional com a família

nuclear, pode facilitar a retoma de um nível de satisfação com a sua sexualidade e intimidade e por conseguinte da sua atividade sexual.

Os cuidados de enfermagem, após o nascimento, devem proporcionar uma vivência saudável da maternidade e da paternidade, com promoção de estilos de vida saudáveis, manutenção do bem-estar sexual e conjugal e reestruturação das relações conjugais, familiares e sociais (Lowdermilk & Perry, 2008).

A abordagem da sexualidade e funcionalidade sexual não devem ter foco apenas na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e no planeamento familiar, mas alcançar as alterações do corpo, do prazer, das emoções e todos os aspetos que a sexualidade envolve. Os casais carecem de informação integral, acerca da sua saúde sexual e reprodutiva, passando pela vigilância pré-natal, pela assistência no parto e após o nascimento. A colheita de dados relativa a alterações prévias relativas à adolescência ou idade adulta, vigilância das doenças sexualmente transmissíveis, situações de cancro e assistência para conceção e contraceção. (Mendes, 2012)

Na intervenção direcionada à disfuncionalidade sexual, é importante que não seja dado apenas ênfase ao anormal e patológico, mas também de prazer, intimidade, satisfação sexual, reduzindo assim, a sexualidade ao ato sexual e à reprodução. (Mendes, 2012)

A educação para a saúde sobre a sexualidade é fundamental, descentralizando-a dos cuidados no recém-nascido e amplificando a intervenção ao casal e família como um todo, sendo o foco do cuidado a família e não apenas um elemento da mesma. (Mendes, 2012)

Neste sentido, os enfermeiros ajudam a prevenir, gerir e resolver problemas através do tratamento, educação, aconselhamento, advogando e assistindo, através da garantia do seu suporte, tendo como foco primário a família como unidade de cuidados, intervindo através da inclusão, holismo, suporte e empoderamento familiar. O enfermeiro surge como colaborador ou parceiro do seio da unidade familiar, sendo o indivíduo o recetor do cuidado e a família participante ativa no mesmo. (Denham *et al.*, 2016)

Os enfermeiros enquanto educadores para a saúde desenvolvem quatro etapas fundamentais: informar, ensinar, instruir, e treinar, atendendo ao grau de formação e compreensão da pessoa/casal para uma melhor adequação da estratégia de aprendizagem. [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2011]

A educação para a saúde surge assim, como uma área em expansão e evolução, sendo crucial para alcançar resultados adequados em saúde. Esta deve ser integrada em todas as intervenções de enfermagem, em todas as etapas do seu ciclo de vida e em todos os contextos, procurando uma maior responsabilização da pessoa pela sua própria saúde. (Oliveira, 2008).

Destacam-se algumas intervenções relacionadas com a atividade sexual do casal, que deveriam ser enfatizadas no decorrer das consultas de vigilância da gravidez e após o nascimento. Denotando-se assim a incidência da intervenção na comunicação sexual após o nascimento, na procura da valorização de outras atividades orgásmicas além da penetração, revelando a sexualidade como algo além do coito, reforçando a ideia de que sexualidade não é sinónimo de coito, sendo assim importante que o enfermeiro esclareça os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no ato sexual; mudanças decorrentes da gravidez, parto e amamentação, na medida em que cada mulher reage de forma única e individual, devendo cada casal ser informado sobre o risco de hemorragia e infeção até à 5^a - 6^a semana após o parto; reinício da relação coital, o retomar da atividade sexual após o nascimento só deve ocorrer quando os dois elementos do casal se sentirem preparados para o fazer, recomendando-se o diálogo conjugal, o uso de gel hidrossolúvel; manteiga de cacau, creme ou gel contraceutivo para facilitar a lubrificação; organização da vida familiar e cuidados ao bebé, logo que possível, o bebé deve dormir no seu próprio quarto, pois a sua presença pode influenciar a atividade sexual, pois o casal pode ver a sua resposta sexual interrompida pela falta de privacidade, deixando o casal frustrado e insatisfeito. Salienta-se assim a importância da partilha de tarefas parentais e domésticas, pois a quantidade de energia física e psicológica despendida pela mulher nos cuidados diários à criança podem desencadear cansaço extremo na mulher, pois o filho exige elevada atenção e tempo; contraceção segura, o casal deve receber informação sobre a contraceção de forma a poderem decidir o método mais adequado e esclarecer receios ou mitos, facilitando a transição para o reinício da vivência da sexualidade e para a transição para a maternidade-paternidade. (Mendes, 2012)

Assim, os serviços de saúde devem privilegiar a humanização e a qualidade dos cuidados prestados, direcionando assim, a sua intervenção para o casal e não apenas para a mulher. Desta forma considera-se que a qualidade, quantidade e características da atividade sexual depende da satisfação do casal, devendo ser foco de atenção terapêutica quando gera sentimentos de insatisfação, sofrimento e frustração antes, durante ou depois da atividade sexual. (Alves, 2008; Belentani, Marcon e Pelloso, 2011; Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2008 e Soares, 2010)

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

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

Os cuidados de Enfermagem, assumem elevada importância e exigência técnica e científica, nos quais a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange cada vez mais profissionais de saúde. (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O mesmo regulamento define enfermeiro especialista como aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade. Assim, as suas competências comuns envolvem as dimensões: educação, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de desenvolver investigação relevante e pertinente, que permita progredir e melhorar continuamente a prática da enfermagem. (Apêndice II)

3.1.1 – Domínio da Responsabilidade ética e deontológica

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), no âmbito deste domínio, inserem-se as competências: A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, atuando de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos, desta forma, assegura um conjunto de conhecimentos ético -deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas; A2: Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, através da análise, interpretação e gestão da especificidade dos cuidados especializados.

Quadro 2: Competência comum do enfermeiro especialista: Domínio da Responsabilidade ética e deontológica

A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a família; ➤ Basear a tomada de decisão no conhecimento e experiência. ➤ Colaborar com a equipa na tomada de decisão ➤ Desenvolver as respostas mais apropriadas e direcionadas a cada situação ➤ Orientar a tomada de decisão e promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaboração com a equipa na tomada de decisão, relacionada com os melhores cuidados e a procura a melhor evidência para a mesma adaptando a resposta à especificidade de cada situação; ➤ Prática especializada orientada pelo cumprimento deontológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborei na tomada de decisão acerca dos cuidados mais adequados em diversas situações da prática de cuidados; ➤ Obtive o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora, que sempre se mostrou disponível. ➤ Desenvolvi a minha prática especializada com base no respeito pelas regras deontológicas.

Quadro 2: Competência comum do enfermeiro especialista: Domínio da Responsabilidade ética e deontológica (continuação)

A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Recolher contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. ➢ Suscitar a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Promoção da reflexão e discussão das diferentes situações complexas, procurando fundamentar as tomadas de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Colaborei com a equipa na reflexão e discussão das diferentes situações que ocorreram durante o estágio; ➢ Considero que dada a minha condição de aprendizagem, não consegui alcançar um papel de liderança efetiva no âmbito da equipa no contexto de estágio.
A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Aferir os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. ➢ Fomentar a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Avaliação dos resultados da tomada de decisão e partilha dos mesmos em equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Orientei a minha prática para a tomada de decisão baseada em princípios éticos e deontológicos, procurando junto da orientadora e restante equipa a validação, e avaliação dos resultados da mesma nos diferentes momentos de prestação de cuidados.
A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais			
A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Assumir a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. ➢ Assegurar o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação, confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. ➢ Assegurar o respeito pelo direito do utente à privacidade, à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. ➢ Assegurar o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Promover uma prática orientada para o respeito pela vida humana, deontologia profissional, atendendo à especificidade de cada utente e suas famílias; ➢ Promover o sigilo profissional, garantido o direito à privacidade, informação e escolha informada, respeitando as especificidades de cada pessoa ou grupo. ➢ Promover condutas de prevenção e identificação de práticas de risco, procurando prevenir a ocorrência de incidentes de prática insegura. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Garanti no decorrer do meu estágio a privacidade, respeito pela dignidade e anonimato, no caso dos trabalhos desenvolvidos de forma académica, bem como na prática diária; ➢ Procurei intervir em conjunto com a equipa de forma a respeitar as especificidades de cada utente, família ou grupo. ➢ No decorrer do estágio e em contexto profissional, o risco de práticas menos seguras é real, apesar das múltiplas reflexões de como melhorar a prática e torná-la mais segura, de forma pontual podem surgir situações em que a prática seja menos segura quer para o utente quer para o profissional, no entanto, no decorrer do estágio II não me deparei com nenhuma situação de prática insegura. Ainda assim, reconheço a importância da reflexão sobre as situações de menor segurança, bem como os contextos, de forma a identificar, prevenir e eliminar o risco acrescido de insegurança para utente e família.
A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Analisar a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. ➢ Implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. ➢ Adotar conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. ➢ Acompanhar incidentes de prática insegura para prevenir recorrência. 		

3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), no domínio da melhoria contínua da qualidade inserem-se as seguintes competências: B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Quadro 3: Competência comum do enfermeiro especialista: Domínio da melhoria da qualidade

B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
B.1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar na definição de objetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. ➤ Desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. ➤ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. ➤ Colabora na realização de atividades na área da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvido no âmbito da melhoria contínua a formação acerca dos “Registos em S Clínico” tendo por base a integração da colheita de dados por via dos indicadores sensíveis à prática de enfermagem, procurando evidenciar a prática da enfermagem dando visibilidade à sua intervenção, bem como os ganhos em saúde obtidos, com base em dados objetivos e tratáveis do ponto de vista estatístico. (Apêndice II)
B.1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deter conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua; ➤ Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporada a experiência profissional e conhecimentos prévios de forma a incrementar a prática de registos na USF Bombarral, permitindo o aprofundamento de competências.
B.2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recorrer a evidência científica para avaliar a qualidade dos cuidados prestados; ➤ Utilizar os dados relativos a indicadores de forma a promover a melhoria das práticas desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. ➤ Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. ➤ Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. ➤ Aplica instrumentos de avaliação de resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborei com os elementos da equipa no sentido de efetuarem registos clínicos de forma sistemática, com vista à obtenção de uma intervenção mais planeada e estruturada, bem como obtenção da sua visibilidade, traduzida em dados observáveis.
B.2.2. Planeia programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar áreas específicas nas quais a intervenção melhora a prática e a sua visibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica oportunidades de melhoria. ➤ Estabelece prioridades de melhoria. ➤ Selecionar estratégias de melhoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procurei na minha intervenção respeitar as diferenças culturais e religiosas de cada pessoa e família, bem como da comunidade onde a unidade se insere;
B.2.3. Lidera programas de melhoria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com os diversos elementos da equipa no sentido de melhorar continuamente os processos de melhoria da qualidade onde possa participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. ➤ Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procurei alertar para princípios de ergonomia na prestação de cuidados de forma a prevenir danos ou acidentes, para os profissionais de saúde e utentes, nomeadamente: no computador, na execução de tratamentos.
B.3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar a consciência e o respeito pela identidade cultural e espiritual, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. ➤ Envolver a família assegurando a satisfação das necessidades culturais e espirituais. ➤ Assegurar a aplicação dos princípios de segurança na administração de substâncias terapêuticas; ➤ Assegurar a aplicação dos princípios da ergonomia. ➤ Incrementar a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promove o respeito pela transculturalidade da comunidade, família e indivíduo; ➤ Estimula a participação da família no respeito e aceitação da satisfação das necessidades emocionais, culturais e espirituais de cada elemento; ➤ Promove a segurança na administração terapêutica e ergonomia para utentes e profissionais; ➤ Desenvolve medidas de segurança na execução de registos de enfermagem como prática adequada de visibilidade de cuidados. 	

3.1.3 – Domínio da Gestão de cuidados

No âmbito do Domínio da Gestão de Cuidados, destacam-se duas competências comuns: C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Quadro 4: Competência comum do enfermeiro especialista: Domínio da Gestão de Cuidados

C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilizar assessoria aos enfermeiros e à equipa. ➤ Colaborar nas decisões da equipa de saúde. ➤ Melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. ➤ Reconhecer quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde. Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. ➤ Orientar a decisão relativa às tarefas a delegar. ➤ Criar guias orientadores das tarefas a delegar. ➤ Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar ➤ Avaliar a execução das tarefas delegadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibiliza assessoria e colabora com a equipa na tomada de decisões; ➤ Reconhece a necessidade de encaminhamento do utente e família para outros profissionais ou instituições e forma a obter a melhor resposta às necessidades de cada pessoa; ➤ Delega e avalia as tarefas delegadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No decorrer do estágio II e III disponibilizei-me para apoiar a equipa nos diferentes contextos e necessidades da mesma, no entanto, não reconheço neste contexto de aprendizagem que tenha delegado tarefas ou cuidados noutros elementos da equipa, pois tratando-se de um momento de aprendizagem, considero não ter ainda competências específicas que me permitam realizar; ➤ Reforcei a necessidade de encaminhar o utente ou família para outros profissionais ou instituições de forma que estes possam obter uma melhor resposta em saúde, para as suas necessidades, no entanto no decorrer dos meus estágios tal não ocorreu, apesar de me deparar com frequência com essa realidade no contexto profissional.
C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a equipa multidisciplinar ➤ Integrar a equipa de saúde, conhecendo as suas dinâmicas funcionais e organizativas ➤ Conhecer a atuação da equipa multidisciplinar nos programas nacionais. ➤ Promover a visibilidade da prática específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar junto da restante equipa interdisciplinar. ➤ Consultar enfermeiro orientador em caso de dúvidas ou incertezas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. ➤ Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. ➤ Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. ➤ Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A integração na equipa multidisciplinar foi relativamente fácil. A compreensão da forma organizativa do trabalho desenvolvido foi um pouco mais complexa, pois em contexto laboral similar existe uma dinâmica diferente. ➤ Obtive o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora, que sempre se mostrou disponível. ➤ Pela condicionante do horário no turno da tarde da Enfermeira Orientadora, o contacto com a restante equipa ficou limitado às características das dinâmicas funcionais do turno.

3.1.4 – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista revela capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua participação no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, em contexto singular, profissional e organizacional. Neste sentido, os processos de tomada de decisão e as intervenções têm por base um conhecimento sólido e facilitador nos processos de

aprendizagem, assumindo-se como um agente ativo na área de investigação. Assim desenvolve a competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (Regulamento 140/2019, 2019)

Quadro 5: Competência comum do enfermeiro especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Auto avaliar os limites profissionais e pessoais; ➢ Refletir acerca do desempenho enquanto futuro enfermeiro de família enquadrado numa equipa multidisciplinar; ➢ Compreender a influência que as características e vida pessoal podem assumir em contexto profissional; ➢ Colaborar com a equipa na Identificação da possibilidade de conflito antecipando a mesma situação; ➢ Colaborar com a equipa na gestão do conflito através da antecipação do mesmo, agindo como elemento facilitador da gestão do mesmo. ➢ Atuar sob pressão de forma eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Reconhece os seus limites e pessoais e profissionais; ➢ Reconhece que o desempenho na área da especificidade o enfermeiro de família requer os recursos pessoais, emocionais e técnicos específicos e adequados a cada grupo etário e contexto de vida e prestação de cuidados; ➢ Reconhece a influência de características pessoais no estabelecimento de relação terapêutica e interprofissional; ➢ Colabora com a equipa na identificação do conflito e gestão do mesmo; ➢ Atua sob pressão de forma clara, objetiva e individualizada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ No decorrer do estágio II e III tive oportunidade de refletir acerca do meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como na própria importância da especialização do cuidar; ➢ Reconheço limitações de ordem pessoal originados por alguma timidez no contacto com o utente em contexto de estágio, dada a pouca proximidade com os mesmos ou a pouca interação, não sendo reconhecido por eles como figura presente e habitual na prestação de cuidados, podendo gerar algum desconforto no utente; ➢ Colaborei sempre que necessário com os restantes elementos da equipa na identificação de situações potencialmente de conflito e tentei participar no contributo à sua resolução; ➢ Sempre que necessário intervim de forma eficaz sob pressão, mantendo o foco na prestação de cuidados segura e adequada a cada contexto. Facto este facilitado pela aprendizagem prévia nos contextos laborais prévios em serviço de urgência.
D2.1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, com base nas necessidades formativas identificadas; ➢ Contribuir para a melhoria das aprendizagens, intervenções e competências dos outros enfermeiros. ➢ Contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Realiza formação em contexto de estágio, atendendo às necessidades de formação identificadas pela equipa e pelo próprio, contribuindo para a melhoria da gestão dos cuidados por parte da equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Desenvolvido na perspetiva de formador, acerca dos “Registos em S Clínico” tendo por base a integração das necessidades e dificuldades sentidas e percebidas, de forma a evidenciar a prática da enfermagem, bem como os ganhos em saúde obtidos, com base em dados objetivos e tratáveis do ponto de vista estatístico. (Apendice II) ➢ Incorporei a experiência profissional e conhecimentos prévios de forma a incrementar a prática de registos na USF Bombaral, permitindo o aprofundamento de competências.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O enfermeiro de família assume-se como um profissional integrado na equipa interdisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias ao longo de todas as transições de vida, e nos diferentes contextos comunitários. Assim, o foco dos seus cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e funcionalidade. No âmbito das suas

competências ele observa, interpreta e orienta no relacionamento dos diferentes subsistemas familiares com o todo familiar e o seu meio envolvente, compreendendo de que forma se geram mudanças nos processos de desenvolvimento e transição familiar no meio. (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, 2010)

Assim, com base no regulamento referido, a sua intervenção baseia-se numa metodologia organizada, dinâmica e sistematizada com base num pensamento crítico sobre a saúde familiar.

Por conseguinte, as competências específicas do Enfermeiro Especialista 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 e lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. (Regulamento 428/2018, 2018). (Apêndice II)

Quadro 6: Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

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			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o histórico familiar, valores, crenças culturais e espirituais da família e sua influência na resposta a situações de saúde e doença complexas; ➤ Encorajar a família e seus elementos a partilhar a sua história de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. ➤ Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervenção junto das famílias, envolvendo estudo específico de uma família selecionada com orientação da Sra. Enfermeira Orientadora em contexto de estágio;
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreender junto da família o que esta entende como situação complexa, de forma personalizar o cuidado e a intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. ➤ Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O estudo familiar permitiu compreender melhor a família e seus subsistemas; ➤ Explorado o contexto social e ambiental, bem como os recursos disponíveis na família;
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer fatores ambientais, recursos familiares passíveis de influenciar a resposta familiar e dos seus membros; ➤ Intervir como elemento de capacitação da família de forma que ocorra tomada de decisão de forma informada e responsável ajustada à condição familiar; ➤ Promover a segurança, qualidade e confidencialidade dos cuidados prestados, com base em princípios éticos fundamentais. ➤ Interagir regularmente com a família quanto seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. ➤ Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, dando feedback sistemático centralizados nos pontos fortes. ➤ Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. ➤ Desenvolve e analisa com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar, promovendo a identificação dos recursos necessários à obtenção de oportunidades de crescimento e mudança; ➤ Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. ➤ Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio, e estratégias para melhorar a dinâmica familiar com vista aos objetivos de saúde, estimulando a mudança. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Após estudo, foi possível identificar situação de transição familiar com necessidade de intervenção e capacitação para o reajuste familiar; ➤ Família com filhos, com alteração da vivência da intimidade e conjugalidade por via do nascimento de terceiro filho. (Apêndice II) ➤ Realizada intervenção junto da família, procurando junto desta que seja possível a adaptação à transição.

Quadro 6: Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (continuação)

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			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma ➢ Criar um ambiente seguro, promotor da interação e partilha, estabelecendo uma relação de terapêutica; ➢ Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde, baseando a intervenção em conhecimentos ajustados às necessidades da mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; ➢ Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. ➢ Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. ➢ Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ➢ Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ A intervenção realizada foi desenvolvida num contexto físico selecionado pela família, que proporcionou uma atmosfera favorável à partilha da informação; ➢ A intervenção foi desenvolvida com base nas necessidades da família, promovendo o autoconhecimento e reflexão, levando à procura de sugestões e metas para a mesma. ➢ Reconheço as lacunas de conhecimento e de estruturação da intervenção na área da sexualidade, apesar da procura da melhor informação disponível.
Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Aprofundar e adquirir conhecimentos atuais, com base na pesquisa, observação, orientação e prática no decorrer do Estágio, a fim de melhorar a prática em enfermagem da saúde familiar e o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; ➢ Elaborar um Plano de Cuidados de Intervenção à família (Estudo de Caso). ➢ Prestar cuidados de enfermagem de saúde familiar ao utente e à família nos diferentes contextos de prestação de cuidados com a Enfermeira Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. ➢ Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. ➢ Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. ➢ Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. ➢ Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. ➢ Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Aprofundado conhecimento através da elaboração do Plano de Cuidados de intervenção à Família. ➢ Colaborei na prestação de cuidados a diversos subsistemas familiares em contexto de estágio, podendo melhorar as capacidades comunicacionais e de observação, avaliação e planeamento da intervenção; ➢ Reconhecimento da importância do foco dos cuidados na família através da intervenção direcionada em contexto prático para a família como um todo e não na exclusividade do subsistema, apesar de não ter sido possível em contexto de estágio, um acompanhamento familiar em todas as situações.
2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar			
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Colaborar com a equipa interdisciplinar nos diferentes domínios da intervenção; ➢ Participar no processo de orientação e referenciação da família para outros profissionais diferenciados; 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Referencia a família para outros profissionais de saúde. ➢ Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Participei junto da equipa multidisciplinar ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, através das atividades desenvolvidas na unidade; ➢ Recurso aos sistemas de informação como fundamentais na prática de enfermagem e na sua visibilidade.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Participar na gestão da continuidade de cuidados, planeamento, desenvolvimento de programas de saúde familiar, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, nos diversos níveis. ➢ Promover a acessibilidade no acesso aos cuidados e visibilidade dos mesmos, num âmbito de uma prática especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. ➢ Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde. ➢ Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar ➢ Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. ➢ Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar. 	

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

4.1. INTRODUÇÃO

No contexto do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi desenvolvida a presente revisão sistemática da literatura (RSL) e restante relatório, com a finalidade de obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar após discussão pública do mesmo.

Assim, da experiência em contexto de estágio e profissional existe a perceção da dificuldade de o casal recuperar a sua intimidade e retomar a sua atividade sexual após a parentalidade. Os casais vivenciam alterações na comunicação e interação, derivadas da assunção da responsabilidade parental, identificando-se desta forma, ao longo do percurso formativo e profissional, as múltiplas dificuldades vividas e sentidas pelo casal. Esta transição e todas as mudanças e adaptações que desencadeiam enunciam a importância do tema no âmbito do cuidado em enfermagem de família.

A elaboração do presente relatório com RSL integrada, pretende demonstrar uma análise crítica e reflexiva face às atividades desenvolvidas no âmbito mencionado, por forma a adquirir e compreender todo o processo de desenvolvimento de competências inerente à prática especializada. Neste sentido, foi desenvolvido um mapa conceitual com a identificação dos conceitos chave, que serviram de base à formulação da seguinte questão **PICO: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade?**

Por conseguinte, esta RSL surge na tentativa de encontrar respostas que orientem uma prática centrada na família e que responda às necessidades da mesma, permitindo a aprendizagem de métodos e técnicas que possibilitem tornar a prática profissional, ajustada às necessidades reais e percebidas pela família e enfermeiro de família.

Os objetivos gerais desta RSL são: (1) compreender qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual na transição para a parentalidade; (2) aprofundar competências e conhecimento técnico, científico e humano acerca da temática da sexualidade e disfuncionalidade sexual, através da RSL com recurso à mnemónica PICO.

Assumindo-se como objetivos específicos: (1) identificar a disfuncionalidade sexual vivenciadas pelo casal na transição para a parentalidade; (2) identificar e compreender o papel da sexualidade e funcionalidade sexual na vivência em pleno da saúde sexual e reprodutiva como um direito fundamental; (3) determinar os fatores que condicionam ou favorecem a sexualidade e funcionalidade sexual do casal; (4) refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar como elemento facilitador desta transição.

Concetualmente, decorre a necessidade de recurso a modelos teóricos de Enfermagem que fundamentem e reflitam a importância da sexualidade ao longo do ciclo vital; assim, a inclusão de teorias de Enfermagem que aproximam esta temática à intervenção do enfermeiro de família, enquadrando assim a Teoria de Transições de Meleis considerada a mais adequada pela especificidade do tema, para a compreensão da dimensão da sexualidade e sua inclusão na intervenção do enfermeiro de família.

Assim, o desenvolvimento da presente RSL surge como uma tentativa de encontrar evidências que orientem a prática da Enfermagem de Família procurando melhorar a prática dos cuidados especializados em âmbito comunitário.

4.2.METODOLOGIA

No âmbito das suas competências específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Assim, deve desenvolver a sua prática baseada na evidência científica, formalizando a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem, através da integração da investigação e da evidência clínica no planeamento dos cuidados. (Regulamento nº 428/2018, 2018)

Assim, a utilização das evidências científicas para orientar a prática assume-se como um dos principais objetivos para a realização da RSL, definindo-se como um método sistemático, explícito e reproduzível que possibilita a identificação, avaliação e sintetização de estudos previamente realizados. Esta metodologia parte de um tema de interesse e daí de uma questão formulada de forma clara, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos, permitindo colher e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão. (Rudnicka & Owen, 2012). A prática baseada na evidência é o elo entre a pesquisa científica e a prática clínica, através do uso de provas científicas existentes

e disponíveis em dado momento, que possuam validade e aplicabilidade prática especializada. (Atallah, 2004)

A elaboração de uma questão de investigação clara e precisa orienta o processo de revisão, quanto aos critérios de inclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos ou síntese da informação relevante para lhe dar resposta. (Apóstolo, 2017)

A RSL possibilita a integração de informações relevantes de estudos realizados separadamente, que se constituem como uma fonte primária, dependendo a qualidade desta, da qualidade dos estudos selecionados. Esta envolve pelo menos dois pesquisadores e a elaboração de um protocolo de pesquisa que permita a avaliação da qualidade metodológica de cada artigo selecionado, e a análise adequada dos mesmos atendendo ao tipo de estudo das fontes primárias. (Sampaio & Mancini, 2007)

Para elaboração da presente RSL, após a escolha da temática em estudo delineou-se um mapa conceitual que serviu de base à elaboração da mnemónica PICO: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade? (Apêndice III e IV)

Os objetivos da pesquisa incluem: (1) conhecer as alterações na vivência da intimidade e sexualidade pelo casal na transição para a parentalidade; (2) analisar o papel da sexualidade na vivência em pleno da saúde sexual e reprodutiva; (3) determinar os fatores que condicionam ou favorecem a sexualidade do casal; (4) identificar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar como facilitador desta transição, e, (5) refletir acerca da intervenção no âmbito da sexualidade como um direito fundamental individual e relacional.

Da questão elaborada através da mnemónica PICO definiram-se quatro palavras-chave: Enfermeiros; Parentalidade; Disfunções Sexuais; Nascimento. As quatro palavras-chave após validação na plataforma *MeshBrowser*, assumem-se como descritores sob a forma: *Nurses*; *Parents*; *Sexual Dysfunctions*; *Childbirth*. Estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão para os artigos resultantes da pesquisa. (Apêndices IV e V)

Assim, para a pesquisa, com base nas etapas do JBI, os descritores foram inseridos em bases de dados científicas individualmente, posteriormente combinados entre si, e finalmente os quatro descritores em conjunto, com a expressão de pesquisa *And*. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: *EBSCO Host (CINAHL Complete; Medline Complete; Nursing&Allied Health Collection- comprehensive; MedicLatina) Pubmed e B-On*. As bases de dados foram acedidas

através do *site* da Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Na pesquisa nas diferentes bases de dados, definiram-se limitadores de pesquisa, tendo esta decorrido em Caldas da Rainha no dia 22 de janeiro de 2022 (Apêndices VI e VII).

Após a pesquisa nas diferentes bases de dados, obtiveram-se no total 158 artigos, dos quais 36 estavam repetidos; após leitura do título dos restantes artigos, selecionaram-se 5 artigos; um dos quais foi excluído por não ter texto disponível, dos 4 restantes após leitura do resumo selecionaram-se 3 que, ao efetuar leitura integral, se consideraram para a RSL, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos (Apêndice VIII) Os artigos selecionados assumem por títulos: *Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Selfdisclosure in Women with Sexual Problems after ildbirth: A Randomized Trial* (Karimi, F. et al., 2021); *The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry* (Pardell-Dominguez, L. et al., 2021) e *Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey* (Khajehei e Doherty, 2018) Após a leitura dos artigos foram extraídos os resultados considerados mais significativos, através da sua organização em categorias, de forma a dar resposta à questão elaborada. (Anexo IV e Apêndice IX)

Na avaliação metodológica dos estudos verificou-se que os autores não têm conflitos de interesses e desenvolveram a presente RSL tentando procurar a melhor evidência acerca da temática em estudo, objetivando dar resposta à questão enunciada, considerando que os estudos incluídos se assumem como válidos e capazes de responder à questão PICO.

4.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de sistematizar e simplificar a organização e apresentação dos resultados, os dados obtidos da análise e síntese dos artigos, foram enquadrados em categorias, num processo de categorização *à posteriori*. (Quadro 7 e Apêndice X)

Quadro 7: Categorias e subcategorias resultantes do processo de categorização *à posteriori*

Categoria	Subcategorias
(1) Estratégias de abordagem educacional da disfunção Sexual na transição para a parentalidade	Comunicação eficaz
	Fatores facilitadores
	Fatores dificultadores
(2) Intervenção no processo de educação para a saúde	Profissionais de saúde
	Contexto da intervenção
(3) Domínios da intervenção	Domínio físico
	Domínio Psicossocial e emocional
	Cultural

Na sequência da categorização dos dados considerados mais relevantes, emerge a categoria (1) **Estratégias de abordagem educacional da disfunção Sexual na transição para a parentalidade**, surgem dados relevantes face à necessidade de uma comunicação eficaz entre os elementos do casal, bem como na relação enfermeiro – casal, assim surge a subcategoria (1.1) Comunicação eficaz, na medida em que existe a expectativa de aconselhamento especializado junto dos profissionais de saúde antes e após o nascimento do filho (Karimi *et al.*, 2021; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018)

No entanto, Levine *et al.* (2012), referem que apesar desta expectativa, os profissionais de saúde fornecem pouca informação ao casal, sendo na maioria das vezes em suporte escrito e não verbal, não promovendo uma comunicação ativa.

Assim, segundo os dados extraídos dos artigos selecionados, os profissionais de saúde devem assumir uma postura comunicacional ativa relativamente às questões relacionadas com a sexualidade e disfunção sexual desde a gravidez até após nascimento, esta comunicação deve ser centrada no casal/família e não exclusivamente na mulher. (Karimi *et al.*, 2021; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018)

Tais dados, vão de encontro ao enquadramento teórico realizado, na medida em que o foco do cuidado deve ser a família e não apenas do elemento do casal, sendo a educação para a saúde fundamental, descentralizando-a dos cuidados no recém-nascido e amplificando a intervenção ao casal e família como um todo. Assim, a intervenção do enfermeiro é baseada na inclusão, holismo, suporte e empoderamento familiar, sendo o enfermeiro visto como um parceiro do seio da unidade familiar, sendo o indivíduo o recetor do cuidado e a família participante ativa no mesmo (Denham *et al.*, 2016; Mendes, 2012)

Neste sentido, os enfermeiros ajudam a prevenir, gerir e resolver problemas através do tratamento, educação, aconselhamento, advogando e assistindo, através da garantia do seu suporte, tendo como foco primário a família como unidade de cuidados, intervindo através da inclusão, holismo, suporte e empoderamento familiar. O enfermeiro surge como colaborador ou parceiro do seio da unidade familiar, sendo o indivíduo o recetor do cuidado e a família participante ativa no mesmo. (Denham *et al.*, 2016)

Assim, a promoção da saúde sexual e reprodutiva assumem-se como fundamentais no âmbito familiar, pois o enfermeiro na sua centralidade do cuidar, deve atender às alterações relacionadas com a definição dos papéis parentais, procurando corresponder às expectativas do casal e características socioculturais e religiosas do mesmo, de forma a atuar como um agente

facilitador desta transição. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

Neste sentido, Hoeman (2011) acrescenta que uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito incrementa o aconselhamento, sendo que a linguagem utilizada deve ser entendida pelo casal; assim, o enfermeiro deve utilizar como estratégias que permitam a participação ativa dos elementos do casal.

Corroborando os dados obtidos, os enfermeiros enquanto educadores para a saúde devem: informar, ensinar, instruir, e treinar, atendendo ao grau de formação e compreensão do casal adequando a melhor estratégia para aprendizagem. (CIPE, 2011)

Neste sentido, existem fatores facilitadores e dificultadores que se assumem como fundamentais a atender durante o processo de prestação de cuidados/ educação para a saúde.

Relativamente aos (1.2) Fatores facilitadores, os artigos selecionados mencionam a importância de um ambiente tranquilo em atmosfera aberta, isenta de juízos de valor ou crítica; uma comunicação ativa; o sentimento de apoio, suporte e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde na tomada de decisão; a centralidade nos cuidados no casal antes, durante e após nascimento; as características da relação conjugal: comunicação aberta entre os elementos do casal e participação de ambos na definição dos papéis parentais; a integração do parceiro/pai como parte ativa e fundamental no contexto da disfuncionalidade sexual, e a relação com a família alargada e suporte familiar. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

Os dados encontrados enfatizam o papel do enfermeiro, assumindo como objetivo a promoção da saúde como agente facilitador da transição para a parentalidade, através da procura ativa e conjunta com o casal de soluções orientadas para as suas necessidades educacionais. Neste sentido, é crucial a valorização de uma relação interpessoal, baseada no respeito e empatia no processo de cuidar. (Canaval, 2009; Mendes, 2012)

Por outro lado, um ambiente não propício por via da falta de privacidade na relação enfermeiro – casal; as expectativas da mulher/casal que não correspondem à realidade de adaptação vivida; a perceção pela mulher de negligência por parte do profissional de saúde relacionada com a sexualidade e disfunção sexual, sendo um assunto por vezes não abordado de forma ativa pelos mesmos, surgem como (1.3) Fatores dificultadores, pois além destes aspetos também os fatores

culturais quer do casal quer do profissional de saúde podem influenciar esta relação terapêutica. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

No mesmo sentido, os mesmos autores mencionam que a indisponibilidade dos profissionais de saúde por via das suas limitações/dificuldades na abordagem da disfunção sexual e sexualidade, bem como a emissão de juízos de valor, gerando sentimentos de humilhação verbal são condicionantes que promovem o sentimento de desinteresse sentido pelo casal, bem como uma centralidade na saúde física materno-infantil.

Assim, a procura de novos conhecimentos e formas de cuidar pelos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro de família, devem ser prioridade para a excelência dos cuidados de enfermagem atendendo às especificidades do casal, através de uma intervenção terapêutica, que antecipe as consequências da transição para a parentalidade, agindo precocemente por forma a constituir-se como facilitador da mesma. Consequentemente, os cuidados de enfermagem, após o nascimento, devem proporcionar uma vivência saudável da maternidade e da paternidade, com promoção de estilos de vida saudáveis, manutenção do bem-estar sexual e conjugal e reestruturação das relações conjugais, familiares e sociais (Allgood e Tomey, 2006; Canaval, 2009; Lowdermilk e Perry 2008; Meleis, 2012; Mendes, 2012).

Assim, da experiência em contexto profissional e de estágio, denota-se a falta de conhecimentos e disponibilidade, por parte dos enfermeiros na abordagem da temática relativa à disfunção sexual e sexualidade, quer durante, quer após a gravidez. Desta subjetividade de experiência, carece de mencionar a dificuldade em enquadrar a temática como um assunto crucial e fundamental, que acarreta alterações na qualidade de vida individual e do casal. A alteração da funcionalidade sexual e alterações relacionadas com a gravidez e parto e sua influência na sexualidade, não são abordadas de forma eficaz, sendo deixadas no poder da mulher/homem, que carecem de apoio. Não existe a iniciativa da comunicação e ensino por parte do enfermeiro, mas da mesma forma não existe, uma intervenção estruturada e preparação dos profissionais para a mesma.

Pardell-Dominguez *et al.*, (2021) mencionam que existe a expressão de insatisfação por parte da mulher com os serviços de saúde e respetivos cuidados recebidos, na medida em que a sua saúde sexual foi negligenciada, necessitando assim de uma comunicação aberta e honesta por parte do profissional de saúde. Dias *et al.* (2014) mencionam que os profissionais de saúde tendem a desvalorizar a sexualidade ou disfunção sexual, por via das limitações na compreensão da importância da temática, ou por via de ausência de conhecimento de forma a desenvolver

uma prática fundamentada, ou ainda devido a valores e atitudes pessoais em relação à sexualidade.

Levine *et al.* (2012), OE (2015) e Serrano (2005), acrescentam que os profissionais de saúde sentem dificuldade na abordagem do casal, relacionada com o receio das reações dos mesmos; falta de iniciativa do casal; fatores pessoais, tais como embaraço, falta de conhecimento, bem como, a existência de tempo limitado para a intervenção, bem como locais institucionais pouco reservados, dificultando a privacidade e o sigilo profissional.

Neste sentido, ressalva-se a existência de vários intervenientes que se assumem como capitais no estabelecimento de relação terapêutica e conseqüente intervenção, assim, refere-se a categoria **(2) Intervenção no processo de educação para a saúde, destacando-se a intervenção dos (2.1) Profissionais de saúde; assim,** estes devem acompanhar o casal ao longo do seu ciclo de vida familiar, através da promoção aconselhamento antes, durante e após a gravidez, centralizando a sua intervenção no casal, através da promoção de sessões de educação para a saúde; iniciar e integrar na sua atividade a disfunção sexual e sexualidade como parte integrante e fundamental da vivência do casal; permitir espaço para que o casal possa expor as suas dúvidas de forma aberta; identificar o problema com o casal e dar oportunidade para a discussão e reflexão e procura da solução; proatividade na formação contínua e aperfeiçoamento de competências na área da saúde sexual e reprodutiva, em temas como a disfunção sexual; assumir uma abordagem psicoeducativa; basear a sua intervenção em *guidelines*, orientando a sua prática para uma sistematização da mesma, através de modelos de abordagem, tais como: BETTER ou PLISSIT; e evidenciar a sua prática especializada através da sistematização dos cuidados.

Neste sentido, é fundamental a existência de programas psicoeducacionais que promovam a aquisição de competências para incrementar a satisfação sexual e intimidade, sugerindo a existência de terapia de grupo, através da partilha de experiências com outras mulheres. (Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

O aconselhamento educacional face à saúde sexual, sexualidade e funcionalidade sexual melhora a qualidade de vida, através de sessões educacionais durante a gravidez e após o parto, de forma que os elementos do casal possam reconhecer a existência de mudanças da funcionalidade sexual, saúde mental e na qualidade da relação do casal, bem como, na adaptação aos novos papéis orientando para o desenvolvimento de estratégias de *coping*. (Khajehei & Doherty, 2018).

Os casais carecem de informação integral, acerca da sua saúde sexual e reprodutiva, passando pela vigilância pré-natal, pela assistência no parto e após o nascimento. A colheita de dados relativa a alterações prévias relativas à adolescência ou idade adulta, vigilância das doenças sexualmente transmissíveis, situações de cancro e assistência para conceção e contraceção. (Mendes, 2012)

Neste sentido, a intervenção do enfermeiro deve ser orientada por *guidelines* para uma abordagem comunicacional ativa e empática, escuta ativa, e identificação de problemas e estratégias de resolução, sugerindo o recurso a modelos de terapia sexual, que sistematizam a intervenção do enfermeiro de família, assim, sugerem o Modelo PLISSIT, que envolve as componentes de: *Permission, Limited Information, Specific Suggestions* e *Intensive Therapy*, no entanto a sua limitação sugere que o mesmo apenas pode ser utilizado pelo enfermeiro até ao segundo nível. (Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

Karimi *et al.* (2021) e Mick, Hughes e Cohen (2004) , sugerem por outro lado, o Modelo BETTER (*Bring up* (desencadear o assunto), *Explain* (a preocupação e sua interferência na qualidade de vida), *Tell* (comunicar ao casal que irão encontrar-se os recursos necessários à resolução das suas problemáticas), *Timing* (o momento pode não ser o mais satisfatório no entanto com o acesso à educação para a saúde qualquer momento servirá para dar resposta às necessidades), *Educate* (ensino acerca das consequências da disfunção sexual) e *Record* (registar adequadamente as avaliações e intervenções), sendo um modelo mais simples e com ênfase específico no diálogo e numa intervenção direcionada à pessoa. Assim, este modelo, enfatiza a criação de um ambiente favorável entre a pessoa e o profissional de saúde, permitindo que esta seja capaz de expressar melhor os seus problemas sexuais que possam afetar a transição no processo para a parentalidade, surgindo assim a quebra de tabus acerca da sexualidade e funcionalidade sexual, derrubando barreiras à comunicação sobre sexo entre os casais, podendo assumir repercussões na satisfação sexual. Pelas características deste modelo, este pode ser usado como uma base para uma intervenção estruturada por enfermeiros, envolvendo uma abordagem de aconselhamento, com facilidade de implementação, promovendo a visibilidade da prática especializada.

Assim, não só o modelo, como a intervenção que está na sua base de estruturação é crucial, também o contexto onde esta decorre influencia o sucesso da intervenção do enfermeiro de família com o casal com disfunção sexual na transição para a parentalidade. Desta forma, dos artigos selecionados, retém-se a subcategoria (2.1) Contexto da intervenção. Nesta categoria,

destacam-se os dados relativos ao contexto onde deve decorrer a intervenção, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, em ambiente tranquilo e privado, aproveitando o decorrer das consultas de vigilância para uma abordagem primária da problemática relativa à transição para a parentalidade. No entanto, os artigos sugerem ainda a opção por um ambiente mais intimista, nomeadamente o ambiente familiar, no domicílio do casal, através de visita peri e pós-natal, ressalvando que o ambiente comunitário é o mais adequado para contextualizar a prática, seja através de intervenção dirigida para o casal e a cada um dos seus elementos, seja através de sessões de grupo com outras mulheres/casais na mesma situação e outros mais experientes, na partilha de experiência de pares. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei e Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

Da experiência profissional e de estágio, refere-se que o contexto em consulta por vezes não preserva a privacidade necessária para a abordagem de temática da disfunção sexual, seja pela interrupção e ruído exterior, seja pela duração da mesma, ou pela falta de iniciativa de abordagem de ambas as partes. Por outra via, na maioria das consultas o ênfase é dado à saúde física quer da mulher durante a gestação e posteriormente, à mulher e ao recém-nascido. Outra dificuldade relativamente ao contexto, prende-se com a pouca participação de alguns pais no processo que envolve a transição para a parentalidade, ou seja, muitas das vezes as mulheres deslocam-se sozinhas ou com algum elemento da família alargada (mãe ou sogra). Por outra via, nem todas as equipas em contexto comunitário disponibilizam um acompanhamento domiciliário, o que ainda condiciona mais a intervenção.

Esta reflexão e os dados dos artigos selecionados vão de encontro a Martins (2013); Meleis (2010); Meleis *et al.* (2000); Relvas (1996) que mencionam que a par das alterações centradas no casal e no nascimento da criança surge também influência da rede social e de apoio e de fatores contextuais; desta forma, o ambiente social é fundamental para um construto multidimensional que abarca o conforto, a assistência e informações permitindo um apoio instrumental, material, financeiro emocional ou informacional. Nesta perspetiva, o meio pode ser um fator facilitador da parentalidade e conjugalidade agindo como uma influência protetora que permite aos pais sentir maior eficácia e responderem mais prontamente às suas próprias necessidades e da criança.

Colmatando a experiência e dos dados relevantes dos artigos obtidos, ressalta-se que o apoio do cônjuge e da família alargada, surgem como as fontes de apoio mais valorizadas, sendo o principal suporte esperado por parte da mulher e mãe, a do marido ou companheiro

seguidamente da sua própria mãe e posteriormente de todas os outros elementos da família alargada. (Martins, 2013)

Neste sentido, nos **(3) Domínios da intervenção**, o enfermeiro deve direccionar a sua intervenção para os diferentes domínios de cada elemento do casal, e para o casal como entidade única e foco do seu cuidado e atenção num âmbito familiar. Assim, dos artigos seleccionados, no âmbito do (3.1) Domínio físico, as alterações físicas estruturais relacionadas com a gravidez e o parto, associada à dor e desconforto na sequência do mesmo, requerem uma intervenção direccionada, bem como a abordagem da temática relacionada com a violência obstétrica e amamentação. A alteração na imagem corporal percebida pela mulher/casal bem como a fadiga e cansaço associados ao papel parental de mãe, pelos cuidados ao recém-nascido e de provedora dos cuidados ao mesmo e à casa, são áreas fundamentais na sua compreensão, de forma a direccionar a intervenção de acordo com as necessidades. (Karimi et al., 2021; Khajehei e Doherty, 2018 Pardell-Dominguez et al., 2021)

Assim, a disfuncionalidade sexual ou a incapacidade para expressar a sexualidade, alteram a imagem corporal, o autoconceito e influenciam negativamente a autoestima e a percepção de si próprio, com sentimentos, de angústia, vergonha, medo ou impotência. (Cardoso, 2003).

As múltiplas transformações do corpo feminino ao longo da gravidez e após o parto, podem ser fisicamente dificultadoras, associado ao cansaço pela primazia da centralidade do cuidado da criança na mãe, mas também pela imagem corporal percecionada, e o receio de incapacidade em retomar a forma física anterior. Assim, surge a necessidade de incentivar neste domínio a procura da valorização de outras atividades orgásmicas além da penetração, com o devido esclarecimento dos efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no ato sexual, e as mudanças decorrentes da gravidez, parto e amamentação, na medida em que cada mulher reage de forma única e individual. (Mendes, 2012)

No âmbito do (3.2) Domínio psicossocial e emocional, a alteração dos papéis dos elementos do casal, na transição para a parentalidade, associada a alterações de autoimagem da mulher e a depressão inerente à sobrecarga dos cuidados ao recém-nascido e adaptação ao papel parental de mãe, associado às alterações de domínio físico, geram o medo de retomar atividade sexual, pelo desconforto físico, mas também por receio de não corresponderem às expectativas do parceiro. Desta forma, poderão surgir sentimentos de culpa associados à sua disfuncionalidade, levando assim a uma diminuição da intimidade entre o casal e conseqüentemente da autoconfiança dos seus elementos, sendo reconhecida como fundamental a integração do

parceiro como elemento ativo na transição para a parentalidade e resolução da disfuncionalidade sexual. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021)

Camarneiro (1998) e Martins (2013) enfatizam o papel do pai em todo o processo que envolve a gravidez e o pós-parto, sendo este tido como fundamental para uma melhor adaptação à transição para a parentalidade, possibilitando que a mulher se permita a momentos de fragilidade e lide com as exigências sem ultrapassar o limiar das suas capacidades.

Da experiência profissional e estágio, as obrigações de assunção de papel maternal, com as responsabilidades inerentes a esta transição depositadas na mulher, geram dúvidas, medo, cansaço, que quando a colaboração do pai não é suficiente ou é nula levam a múltiplas alterações, como tristeza, insegurança, medo e cansaço extremo, gerando uma inibição da libido e conseqüentemente a disfuncionalidade sexual, por via da falta de interesse e reconhecimento da sua autoimagem. Múltiplas vezes, é necessário o contacto para que o pai compareça às consultas de vigilância a fim de poder intervir na facilitação desta transição. Do estágio, emerge as limitações à funcionalidade, pela falta de privacidade do casal, gerada pela presença do filho na partilha do mesmo quarto, sendo este um fator inibidor da funcionalidade sexual. Por conseguinte, esta transição torna-se passível de desencadear a crise, pela falta de intimidade e privacidade do casal, bem como pela perceção das alterações relacionadas à autoimagem e à definição de novos papéis na família. Pardel -Dominguez *et al.*, (2021) corroboram esta afirmação na medida em que a alteração da imagem corporal se assume como um fator que influencia diretamente o modo como a mulher percebe a sua saúde sexual bem como a sua satisfação no retomar da sexualidade após o parto.

Desta forma, a sexualidade é vivida de diferente forma em diferentes culturas por via das tradições, crenças, comportamentos, valores, atitudes, sentimentos e posicionamento na sociedade. Tal como menciona Denham (2003) que refere a importância das influências culturais nos rituais e rotinas familiares e a sua relação com a construção da saúde da família. Neste sentido, como experiência subjetiva, esta depende da pessoa e do seu parceiro no contexto físico, sentimental e emocional. (Pardel-Dominguez *et al.*, 2021). Assim, no (3.3) Domínio cultural, é crucial compreender que diferentes culturas entendem a sexualidade e atividade sexual de forma diferente, sendo que a especificidade cultura do casal, e os seus conceitos parentais poderão ser diferentes e condicionar a própria intervenção. A influência da família alargada no casal, pode atuar como elemento facilitador ou dificultador da própria transição,

sendo necessário este apoio, mas simultaneamente um elemento perturbador da procura da estabilidade do casal e da constituição da nova família. (Karimi *et al.*, 2021; Khajehei & Doherty, 2018; Pardell-Dominguez *et al.*, 2021;)

Desta forma, a sexualidade é vivida de diferente forma em diferentes culturas por via das tradições, crenças, comportamentos, valores, atitudes, sentimentos e posicionamento na sociedade. Tal como menciona Denham (2003) que refere a importância das influências culturais nos rituais e rotinas familiares e a sua relação com a construção da saúde da família. Neste sentido, como experiência subjetiva esta depende da pessoa e do seu parceiro no contexto físico, sentimental e emocional. (Pardel-Dominguez *et al.*, 2021)

Pardel-Dominguez *et al.* (2021) perspetivam que a sexualidade é a integração de experiências de vida que se manifestam como um fenómeno multidimensional, que inclui: o género, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, prazer e intimidade, e é influenciado por uma interação dinâmica destas variáveis e outras, tais como: biológicas, psicológicas, sociais, económicas, políticas, culturais, éticas, históricas, religiosas e espirituais.

Finalizando, a intervenção do enfermeiro deve ser estruturada e direcionada à individualidade da pessoa. Ao procurar este cuidar holístico e focado na família e nos seus elementos o enfermeiro de família deve atender às especificidades de cada família. (Denham, 2003)

A família deverá ser tida como unidade de cuidados de enfermagem, estes devem assumir uma abordagem próxima da saúde individual de cada membro da família, como da família como um todo. O cuidado deve ser centralizado na família e a pessoa deve ser vista como indivíduo que é, com as suas características, apesar de se ver como parte do grupo. Assim, o cuidar relativamente à saúde deve ser personalizado e visto como parte da unidade familiar. (Denham, 2003 & Kaakinen *et al.*, 2010)

4.4.CONCLUSÃO

Da elaboração da RSL, a intervenção do enfermeiro de família, foca a sua atenção no cuidado centrado na pessoa e na família, na promoção/facilitação de uma transição para a parentalidade saudável; permitindo uma vivência dos papéis parentais, mas também dos papéis conjugais de forma que a vivência da sexualidade, saúde sexual e intimidade do casal seja possível, promovendo a funcionalidade sexual.

Dos estudos selecionados emerge a importância desta centralidade do cuidar, aproximando da Enfermagem de Família desta intervenção, fundamental para o casal na promoção da qualidade de vida emocional, física e psicológica aquando da transição para a parentalidade.

Assim, da seleção realizada, a intervenção de Enfermagem de Família deve ser estruturada e sistematizada, garantindo a visibilidade dos cuidados especializados prestados, sugerindo-se assim, o recurso a modelos direcionados para a aplicabilidade desta intervenção.

No entanto, ao longo do desenvolvimento desta RSL, foram sentidas dificuldades relacionadas com a utilização das bases de dados, bem como a definição das palavras-chave. Os resultados obtidos, foram considerados úteis e relevantes, apesar de não responderem totalmente à questão PICO, uma vez que, dos artigos selecionados, emerge a centralidade da intervenção na mulher/mãe, não se obtendo resultados mais expressivos relativamente ao homem/pai. Por outro lado, na sequência desta limitação também não foi possível comparar a dinâmica de transição da parentalidade entre os dois elementos do casal.

Considera-se que os resultados obtidos demonstram a necessidade de incorporar a sexualidade, saúde e funcionalidade sexual na intervenção do enfermeiro de família, como um elemento próximo do casal e da família. Sugere-se assim a necessidade de mais investigação nesta área específica de forma a adequar a intervenção à realidade da enfermagem de família.

4.5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O reconhecimento da disfuncionalidade sexual na transição para a parentalidade, surge como fundamental para desenvolver uma abordagem especializada mais focada, permitindo que o tema seja central ao longo do ciclo de vida da mulher e do homem, e do ciclo de vida familiar ao longo das suas etapas, com foco na transição para a parentalidade.

O conhecimento procurado através desta RSL, mostrou-se crucial para uma maior atenção a esta problemática que por vezes impera entre os elementos do casal, causando diminuição da intimidade e disfunção sexual por via de múltiplos fatores.

Assim, através do incremento do conhecimento aliado à prática clínica estruturada promove-se a qualidade de vida do casal, bem como uma melhor adaptação à transição associada à parentalidade, que apesar de poder ser desejada, ainda desencadeia crise.

A intervenção em crise pelo enfermeiro de família, no âmbito da sua prática especializada, promove a antecipação, intervenção e resolução do problema, necessitando esta de uma estruturação, planeamento e registo, por via a melhorar a mesma, mas também à visibilidade da

prática de enfermagem, não perdendo a família como foco do cuidado, e, portanto, adaptando a sua intervenção respeitando os seus diferentes domínios e necessidades educacionais de saúde.

Assim, no âmbito da prática clínica, surge a necessidade de preparação dos profissionais, nomeadamente enfermeiros de família através da formação contínua, bem como a promoção de programas de ensino individual e em grupo que acompanham o casal desde a conceção até ao pós-parto e durante todo o seu percurso de vida, minimizando o impacto da disfunção sexual no decorrer do processo de parentalidade.

CONCLUSÃO

A procura constante da melhoria da prestação dos cuidados de saúde de enfermagem envolve a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas em cada âmbito de especialização do conhecimento. A compreensão da família como um todo e não apenas a soma dos seus elementos, possibilitou melhorar a prática profissional do dia a dia, compreendendo que a alteração de um elemento, de facto, altera toda a dinâmica do sistema familiar. É nesta compreensão que os cuidados de enfermagem centralizados na família são fundamentais, pois a mudança nesta visão, permitiu a aquisição de competências, mas também a sensibilização das equipas multidisciplinares em contexto profissional, para mudar o foco da prestação de cuidados, procurando que a família seja tida como um todo no âmbito dos ficheiros médicos/enfermagem. O conhecimento das comunidades locais, entidades locais e das famílias, permite não só uma maior integração dos cuidados de saúde primários, mas também uma proximidade da saúde às famílias, e, por conseguinte, ganhos em saúde familiar.

Considera-se que, relativamente ao contexto de aquisição de competências, este proporcionou a reflexão acerca da dimensão humana, profissional e organizacional do que representa ser enfermeiro especialista na área da saúde familiar, mas também, a oportunidade de prestar cuidados focados na família descrita no Relatório de Estágio II, que acendeu o rastilho da dúvida e da crítica pessoal, aos cuidados prestados quer em contexto profissional por mim, quer numa perspetiva mais globalizante relativamente à questão da funcionalidade sexual dos casais, entendendo e compreendendo de forma mais profunda, a importância da unicidade familiar, rotinas, transições e acima de tudo, o papel que enquanto profissional posso desenvolver através do processo de aprendizagem interior e de aquisição de competências técnicas que se foi desenvolvendo.

Assim, a RSL desenvolvida surgiu para dar continuidade ao rastilho desencadeado pela família em causa, procurando uma prática baseada na evidência científica, estruturada, adaptada e não exclusivamente empírica e baseada numa vertente intuitiva. Apesar da dificuldade no desenvolvimento da presente RSL, quer pelo contexto global em que decorreu, quer pela dificuldade em retomar a mesma, após tempos de grande exaustão laboral, reconheço a sua validade a título pessoal pelo enriquecimento e aquisição de conhecimentos, que decerto permitirão cuidar de uma forma mais fundamentada e orientada para a estabilidade do sistema familiar.

No entanto, foram várias as dificuldades deste processo, em primeira instância, a dificuldade em elaborar sequencialmente todo o processo de forma correta, por outra via, as pesquisas em bases de dados também foram desafiantes, nomeadamente até encontrar os descritores adequados ao que procurava esclarecer, no entanto a maior dificuldade foi chegar à estruturação da questão à qual gostaria de obter resposta. A interpretação dos estudos encontrados, e a sua importância para a mesma, permitiu conhecer outros métodos, modelos, que poderiam ser colocados em prática de forma eficaz, melhorando o desempenho profissional e acima de tudo a saúde individual e familiar em todos os seus domínios.

Decerto haverá ainda um longo caminho a percorrer ao nível da excelência dos cuidados, mas as aquisições e desenvolvimentos no decorrer de todo o processo foram fundamentais para uma melhoria dos cuidados prestados, mudando o foco de atenção do individual e particular, para uma visão integrativa, do particular para um todo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES ON (2019). Centro de Saúde do Bombarral. Regulamento interno USF Bombarral (2019)
- ACSS (2017). Contratualização CSP 2017 Cálculo do IDG 2016 – UCSP e USF. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CNCSP-IDG_2016_UCSP_USF-Guião_Ficha_Técnica-2017.04.12.pdf
- ACSS (2018). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Acedido em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>
- ACSS (2020). Modelos Organizacionais. Acedido em: www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/CSaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrimarios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra. Editora Quarteto.
- Allgood, M.; Tomey, M. (2006). Nursing theorists and their work. 6ª Edição. Philadelphia: Mosby Elsevier
- Alves, M. G. C. (2008). Fatores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto. Tese de Mestrado em Sexualidade Humana. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Disponível em: [Repositório da Universidade de Lisboa: Factores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto \(ul.pt\)](#)
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Ashdown, B., Hackathorn, J. e Clark, E. (2011). In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences*, 2 (Vol.1), pp.40-57.
- Atallah, A. N. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagn Tratamento*; 9 (Vol.1); pp. 27-28.
- Belentani, L. M.; Marcon, S. S.; Pelloso, S. M. (2011). Sexualidade de puérperas com bebês de risco. *Acta Paulista de Enfermagem* 24 (Vol.1), pp.107-13.
- BI-CSP (2017) Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>
- Camarneiro, A. P. F. (1998). A gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé: consequências da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebês (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal
- Canaval, G., et al. (2009) - *La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto*. Aquichan, Norte América, 7, jun. 2009. Disponível em: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/sabana/index.php/aquichan/article/view/94>.
- Cardoso, J. (2003). Reabilitação Sexual Pós-Deficiência Física: Um Modelo Multidimensional.
- CIPE versão β2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 978-92-95094-35-2
- Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 149, 5 de agosto de 2014. Disponível em: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2014/Agosto/DecLei_118_2014.pdf
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008) Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). *Diário da República*: I série, N.º 38. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 161 de 22 de agosto de 2007. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>
- Denham, S. et al. (2016). *Family-Focused Nursing Care*. Filadélfia, PA: FA Davis Publishers Retrieved form: https://books.google.pt/books?id=xcjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Denham, S. (2003). *Saúde da família: uma estrutura para enfermagem*. Filadélfia, PA: FA Davis Publishers.
- Dias, H; Cruz, O.; Santiago, C.; Carreira, T.; Amendoeira, J. (2014). As atitudes dos enfermeiros na abordagem da sexualidade. *Revista da UIIPS*, 5 (Vol.2), pp. 7 - 20.
- Eskandaria, N.; Simbarb, M.; Vedadhir, A.; Baghestanie, A. R. (2017) *Paternal adaptation in first-time fathers: a phenomenological study*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, , nº 1 vol. 35, pp. 53–64.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno Fetal - 3ª edição*. Lisboa: Lidel. 733p. ISBN 978-972-757- 325
- Henderson-King, D. e Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social & Personal Relationships*, 11(Vol.4), pp. 509- 534.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidata.
- Internacional Council Of Nurses, ICN (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Planned Parenthood Federation, IFFP (2009); *Direitos sexuais: uma declaração da IPPF*. Edição: BEMFAM, Rio de Janeiro.
- Karimi, F. et al. (2021). Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Self-disclosure in Women with Sexual Problems after Childbirth: A Randomized Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Publicação por: Wolters Kluwer – Medknow
- Khajehi, M. e Doherty, M. (2018). Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey. *British Journal of Midwifery*, May, nº5, Vol. 26
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Levine et al. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from American Heart Association. *American Heart Association* (125), pp. 1058 – 1072.
- Loiola, R.F. (2014). *Análise discursiva da autoimagem corporal de mulheres em diferentes idades espelho, espelho meu!*. Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Letras. Belo Horizonte.
- Lowdermilk, D., e Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7.ª edição. Loures: Lusodidata.
- Luís, M. E. F. (2016). *Stress Parental e suas implicações na dinâmica familiar: estudo em mães e pais às 6 semanas após o parto*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Martins, C.; Abreu, W. e Figueiredo, M. C. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem Investigação Qualitativa em Saúde*. Atas CIAIQ.Vol. 2.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development & progress*. 5ª Edição. Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced in Nursing Science*, 23(Vol.1), pp. 12-28.
- Mendes, T. M. A. P. (2012). *Vivências da Sexualidade nas Mulheres após o Nascimento do Primeiro Filho Fatores Condicionantes do Bem-estar Sexual*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Menezes, C. C. e Marques, A. M. (2010), *Parto e pós-parto: O impacto sobre a sexualidade do pai*. *Cadernos de Sexologia*, 3, pp.77-92.
- Mick, J.; Hughes, M.; Cohen, M. Z. (2004). *Using the BETTER model to assess sexuality*. *Clinical Journal of oncology nursing* nº 8 (Vol.1). pp. 84-86.

Oliveira, C.S. G. (2008) - (A) sexualidade(s) na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros. Dissertação de Mestrado em Educação-área de especialização em educação para a saúde. Universidade do Minho. Disponível em:
URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8172/2/Tese.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional em Enfermagem. Norprint- Artes Gráficas, S.A.

Ordem Dos Enfermeiros (2020). *Press Release* - Enfermeiro De Família Proposto Pela Ordem Dos Enfermeiros Aprovado Em Conselho De Ministros. Secção Regional Do Centro Da Ordem Dos Enfermeiros. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Papaia, D. E.; Olds, S. W.; e Feldman, R. D. (2001). O mundo da criança. McGraw Hill.

Pardell-Dominguez, L. et al. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. BMC Pregnancy and Childbirth. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>

Pechorro, P., Dinis, A., e Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, nº 1 (Vol. XXVII):99-108.

Regulamento n.º 367/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 124 de 29 de junho de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018 Acedido a 12 de novembro 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Regulamento n.º 140/2019 (2019), Do Ministério da Saúde. Diário da República. 2ª Série. Nº 26. Disponível em: [Regulamento n.º 140/2019 | DRE](http://dre.pt/application/conteudo/115698616)

Regulamento Nº 34/2006 (2006). Regulamento Para Lançamento E Implementação Das Unidades De Saúde Familiar. Diário da República série I-B. Disponível em: [Criacao-usf_DespachoNormativo_9_2006.pdf \(sns.gov.pt\)](http://sns.gov.pt/Criacao-usf_DespachoNormativo_9_2006.pdf)

Regulamento n.º 367/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. DR nº 124/2015 Série II de 29 de junho de 2015.

Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Biblioteca das Ciências do Homem. Edição Afrontamento.

Ribeiro, E. A. (2016). Satisfação sexual e qualidade de vida em homens e mulheres após o nascimento de um filho. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa

Rudnicka AR, Owen CG. (2012) An introduction to systematic reviews and meta-analyses in health care. *Ophthalmic Physiol Opt.* nº 32 (Vol.3). pp. 174-83.

Sampaio, R.F.e Mancini M.C. (2007) Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. os de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Fisioterapia* nº 11 (Vol. 1) pp. 83-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfi/v11n1/12.pdf>

Santos, C.; Silva, S.; Barroso, I. (2014). *Empowerment* da pessoa com imagem corporal alterada. *Revista da UIIPS*, nº 5 (Vol.2), pp. 185 – 198

Scatolin, H.G. (2012). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psicologia Revista*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. São Paulo; nº 1 (Vol. 21); pp. 115-120.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2, (XXIII). pp.137-150

Silva, A. I. e Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, nº 25 (Vol.3), pp. 253-264.

Silva, C. S. e Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, nº 3 (Vol. 4), pp. 17-26.

Soares, D. (2010) O impacto dos problemas do casal no processo de interação diádica: estudo exploratório. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

Sousa e Silva, A. I. G. (2016). Relacionamento conjugal na transição para a parentalidade: estudo com casais com o primeiro filho entre os 12-24 meses de idade. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/83762>

Vilar, J. O. V. e Rabinovich, E. P. (2014). Tipos de conjugalidade e sexualidade na transição para a parentalidade de mulheres de classe média de Salvador, Bahia. Estudos e pesquisas em psicologia, Rio de Janeiro, nº 1 (Vol. 14), pp. 29-46-

WHO (2010). Developing sexual health programmes- A framework for action: Developing sexual health programmes. Suíça.

WHO (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Dinamarca.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Relatório de Estágio I



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

1º Ano, 1º Semestre

Ano Letivo 2019/2020

Relatório de Estágio I

USF Bombarral

Luís Dionísio

Patrícia Costa

Leiria, março, 2020

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

1º Ano, 1º Semestre

Ano Letivo 2019/2020

Relatório de Estágio I

USF Bombarral

Luís Dionísio, nº 5190204

Patrícia Costa, nº 5190206

Unidade Curricular: Estágio I

Professor Responsável: João Frade

Equipa Pedagógica: João Frade, Célia Jordão, Teresa Kraus, Silvia Silva

Leiria, março, 2020

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

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

BI CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

et al. – *etalli*, e outros

GLC PPCIRA - Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HbA1C - Hemoglobina Glicada A1c

HTA - Hipertensão Arterial

IDG - Índice de Desempenho Global

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSP.- Unidade Local de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD - Visita Domiciliária

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE QUADROS.....	vi
INTRODUÇÃO	7
1. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	8
2. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE.....	9
2.1. MISSÃO, ATRIBUIÇÕES, VISÃO E VALORES	9
2.2. AREA GEOGRÁFICA DO ACES OESTE NORTE	9
3. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE BOMBARRAL.....	11
3.1. UCC BOMBARRAL/ PENICHE	12
3.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE PÚBLICA	13
3.3. CONSULTA DO VIAJANTE/ VACINAÇÃO INTERNACIONAL	13
3.4. A UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS.....	14
4. CARATERIZAÇÃO DA USF BOMBARRAL	1
4.1. MISSÃO,VISÃO E VALORES	14
4.2. AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL.....	15
4.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais.....	15
4.2.2. Estrutura Orgânica e Funcional	19
4.2.3. Acessibilidade e Circuito de Utentes.....	20
4.2.4. Caraterização dos Utentes da USF Bombarral	16
5. CONSULTA DE ENFERMAGEM	23
5.1. PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF BOMBARRAL.....	23
5.1.1. Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	26
5.1.2. Programa Saúde Infantil e Juvenil	27
5.1.3. Programa Saúde Materna	29

5.1.4. Programa de Saúde do Adulto/Idoso.....	30
5.1.5. Programa de Vigilância de Hipertensos.....	32
5.1.6. Programa de Vigilância da Diabetes	33
5.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO	35
5.2.1. Critérios para Consulta de Enfermagem ao Domicílio.....	35
5.3. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS E ACIDENTES	36
6. CARTEIRA ADICIONAL DE SERVIÇOS	37
7. VANTAGENS DA METODOLOGIA DE TRABALHO POR ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	39
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

ANEXOS:**ANEXO I- Regulamento da USF Bombarral****ANEXO II - Indicadores da UCSP de Bombarral, ano 2018****ANEXO III- Procedimento da Visitação Domiciliária da USF Bombarral**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Área geográfica do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte	9
Figura 2 - Organograma do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte.....	10
Figura 3 - Centro de Saúde de Bombarral.....	11
Figura 4 - Serviços existentes no Centro de Saúde de Bombarral	11
Figura 5 - Logótipo da Unidade de Saúde Familiar de Bombarral	15
Figura 6 - Salas de espera da Unidade de Saúde Familiar de Bombarral	16
Figura 7 - Área dos gabinetes médicos e de enfermagem	16
Figura 8 - Gabinete de enfermagem de Saúde Infantil	17
Figura 9 - Gabinete de Vacinação	17
Figura 10 - Gabinete da “Consulta da pessoa com diabetes e com pé em situação de risco”.....	18
Figura 11 - Concelho de Bombarral.....	21
Figura 12 - Utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar de Bombarral em janeiro de 2020	22

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz multidimensional das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Primários	25
Quadro 2 - Carteira de Serviços da Unidade de Saúde Familiar de Bombarral	27

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio I integrado no Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria da terceira turma, do 1º ano, 1º semestre foi-nos proposto o desenvolvimento deste trabalho, com a finalidade de conhecer a Unidade de Saúde Familiar de Bombarral, de forma a compreender a importância da enfermagem de saúde da família, para a obtenção de ganhos em saúde, junto das famílias abrangidas por esta unidade.

Este estágio, tem a duração de 54 horas de trabalho, com início a 22 de fevereiro e término a dia 13 de março de 2020. Também contempla uma visita de estudo à USF do Oriente no dia 2 de março, para observação e melhor compreensão das atividades de enfermagem desenvolvidas.

O estágio I tem como objectivos:

- Conhecer os diferentes modelos de organização/funcionamento das Unidades Saúde Familiares;
- Conhecer os requisitos estruturais, de acessibilidade, de adequação de cuidados, de efetividade ou resultados de saúde, de eficiência e qualidade;
- Conhecer os cuidados de enfermagem de família prestados e desenvolvidos pelo enfermeiro de família ao longo do ciclo vital na USF;
- Conhecer os principais indicadores de saúde sensíveis ao cuidado da enfermagem de família utilizados nas Unidades de Saúde Familiar;
- Identificar vantagens da metodologia de trabalho por enfermeiro de família.

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos, o trabalho constitui-se da seguinte forma: Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; Caracterização do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte; Caracterização do Centro de Saúde de Bombarral; Caracterização da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Bombarral; Consulta de enfermagem ; Carteira adicional de Serviços e Vantagens da Metodologia por Enfermeiro de Família. Por fim, pode ler-se a Conclusão.

Com a realização do relatório pretendeu-se transmitir a informação apreendida na USF de Bombarral e correlacionar os conhecimentos teóricos apreendidos e desenvolvidos ao longo do primeiro semestre com a prática clínica, em contexto institucional.

1. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A partir de 2005 iniciou-se a maior e mais importante reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a reorganização dos centros de saúde e a criação das Unidades de Saúde Familiares, equipas multiprofissionais, com autonomia técnica e funcional, que se assumem como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto), com a finalidade de garantir melhores cuidados de saúde aos cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade, qualidade e consequentemente maior satisfação dos utilizadores e profissionais.

Em 2007, foi criada a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com a missão de: coordenar as actividades do Ministério de Saúde no planeamento de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), administrar os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SNS. De acrescentar que, é da responsabilidade da ACSS, promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, assim como, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção. (Fernandes, 2014).

A organização do SNS é descentralizada, sendo responsável pelas cinco Regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, que dão forma às respectivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) que estabelecem a ligação entre o nível local e o Ministério de Saúde. As ARS têm a responsabilidade de definir o orçamento e as despesas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sobre a tutela, coordenação e poder de direcção das Regiões de Saúde, encontram-se os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007)

Os ACES são criados em 2008, que resultam do que se considera ser a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir (Decreto – Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). Os ACES oferecem Serviços Públicos de Saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas Unidades Funcionais fazem parte as seguintes: USF (Unidade de Saúde Familiar); UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados); UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade); USP (Unidade de Saúde Pública) e URAP (Unidade Recursos Assistenciais Partilhados).

2. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE

2.1. MISSÃO, ATRIBUIÇÕES, VISÃO E VALORES

De acordo com o Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte (2016), este agrupamento tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população abrangida pela sua área geográfica. Para cumprimento desta missão tem como atribuições: a promoção e a proteção da saúde; a prevenção da doença; e a prestação de cuidados na doença.

O ACES Oeste Norte desenvolve também atividades de: vigilância epidemiológica; investigação em saúde; controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas; participação na formação dos diversos grupos profissionais e promoção de boas práticas clínicas.

Tem como visão a promoção e melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade em todas as suas vertentes, através de uma mais cuidada gestão dos recursos disponíveis na procura da excelência.

Os valores do ACES Oeste Norte são : Corresponsabilidade; Acessibilidade; Satisfação; Qualidade; e Criatividade / Inovação.

2.2. AREA GEOGRÁFICA DO ACES OESTE NORTE

O ACES Oeste Norte é um dos 15 agrupamentos integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), com uma extensão geográfica significativa correspondente a 1.056,7 km² que preenche o sul do distrito de Leiria.



Figura 3: Área geográfica do ACES Oeste Norte ⁴

¹ https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2899/Manual_de_Acolhimento_-_2016__1_.pdf

O ACES Oeste Norte tem autonomia administrativa da ARSLVT e integra os concelhos de Alcobça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral.

2.3. MATRIZ ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL

Os órgãos que constituem este ACES são: o Diretor executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade. Neste ACES funcionam também na dependência do Director Executivo, a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão.

É constituído por várias unidades funcionais: 10 Unidades de Saúde Familiares; 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 3 Unidades de Cuidados à Comunidade; 1 Unidade de Saúde Pública; 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 1 Equipa de Coordenação Local (ECL) e um Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GLC PPCIRA).

De uma forma mais sistematizada, podemos ver no organograma que se segue a organização do ACES Oeste Norte. De ressaltar que onde se lê UCSP Bombarral, deveria ler-se USF Bombarral (atualização mais recente não contemplada neste organograma).

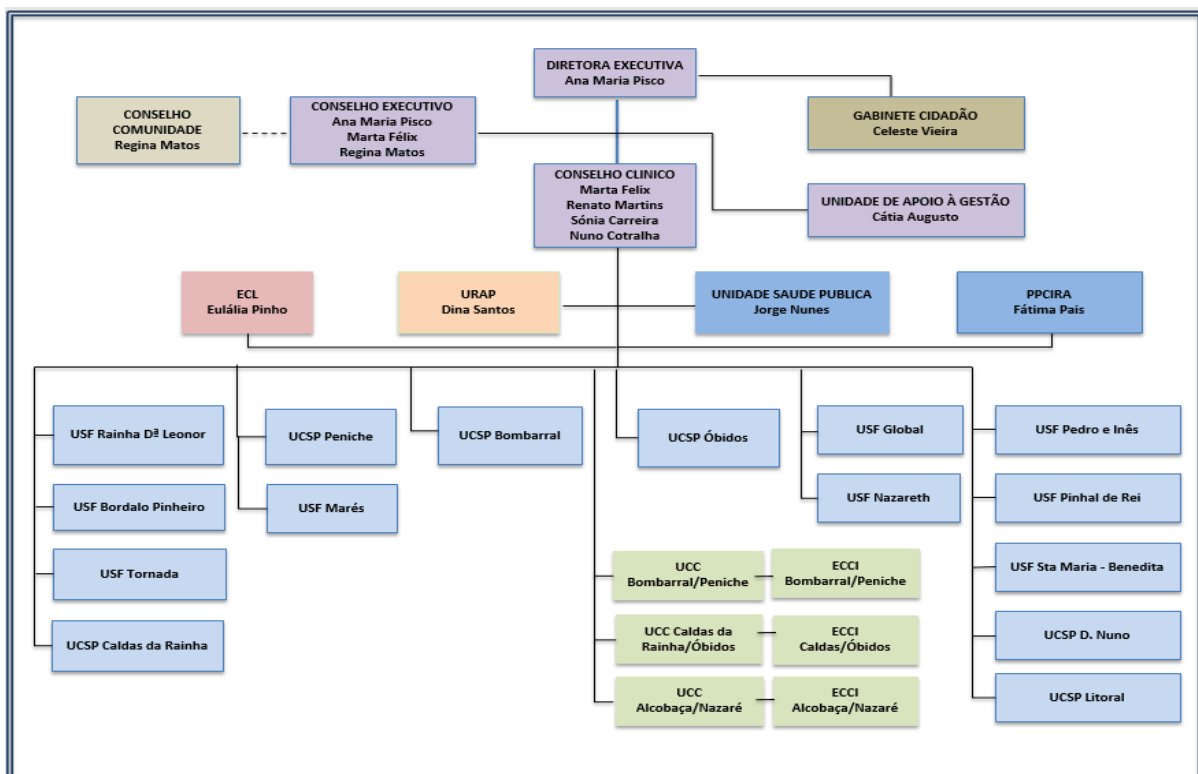


Figura 4: Organograma do ACES Oeste Norte ⁵

⁵ <https://bicsp.min-saude.pt/biufs/3/30001/Documents/Organograma-Portal-SNS-ACES-Oeste-Norte.jpg>

3. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE BOMBARRAL



Figura 5: Centro de Saúde de Bombarral

O Centro de Saúde (CS) do Bombarral localiza-se na rua Dr. Arlindo de Carvalho, 27, 2540-073, no Bombarral. O edifício do CS, foi inaugurado em Novembro de 2002, situa-se na vila do Bombarral e ocupa uma área útil de três mil metros quadrados, distribuídos em dois pisos. O piso superior é onde funcionam as unidades funcionais do ACES Oeste Norte, sendo a acessibilidade arquitetónica para o cidadão com mobilidade reduzida, assegurada com uma rampa de acesso, em alternativa a degraus. No piso inferior localiza-se a sala de reuniões e formação do ACES Oeste Norte, a sala do armazenamento do material contaminado, lavandaria, salas de armazenamento dos medicamentos e material de consumo clínico e garagem da viatura elétrica que serve a UCC Bombarral/Peniche. O espaço exterior consiste em área verde e parque de estacionamento.

O Centro de Saúde de Bombarral é constituído pela USF de Bombarral, a UCC de Bombarral/Peniche, a Unidade Local de Saúde Pública (ULSP) e a URAP. Neste Centro de Saúde também funciona a Consulta do Viajante e a Vacinação internacional.



Figura 6: Serviços existentes no CS de Bombarral

3.1. UCC BOMBARRAL/ PENICHE

A UCC Bombarral/Peniche tem por missão a prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, à população da sua área geográfica de intervenção (Concelho de Bombarral e Peniche), especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento de proximidade, atuando também na educação para a saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Esta UCC integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que se caracteriza por ser uma equipa multidisciplinar, da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros. Estes cuidados destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 Junho).

Esta UCC também presta cuidados em diferentes níveis de intervenção, quer no âmbito de projetos locais existentes do Concelho de Bombarral e Peniche, quer no âmbito de programas nacionais, designadamente: Conselho Local de Ação Social do Concelho e Rendimento Social de Inserção; Núcleo de Intervenção Local (Concelho de Bombarral) para a Área de Violência Doméstica; Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; Intervenção Precoce na Infância; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Cessaçãotabágica; Saúde Escolar; Saúde Mental e Comissão de Apoio aos Idosos de Peniche.

Esta UCC é constituída, atualmente por 6 enfermeiros (um dos quais coordena a unidade), dois secretários clínicos e uma assistente operacional.

O horário de funcionamento da UCC é de segunda-feira a sexta-feira das 9h às 17h, à exceção da ECCI, que funciona das 8h30 às 20h e sábado das 9h às 12h30. Encerra aos domingos e feriados.

3.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE PÚBLICA

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 Fevereiro).

Cada concelho do ACES Oeste Norte tem uma Unidade Local de Saúde Pública. A ULSP do Concelho do Bombarral está sediada no Centro de Saúde do Bombarral e tem por missão a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e contribuindo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES Oeste Norte.

A equipa é constituída por um médico de saúde pública, um técnico de saúde ambiental e um administrativo. O horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta feira, das 9h às 12h30 e das 14h às 17h.

3.3. CONSULTA DO VIAJANTE/ VACINAÇÃO INTERNACIONAL

De forma a garantir cuidados de proximidade aos utentes e contribuir para um maior conhecimento da necessidade de recorrer à Consulta do Viajante antes de efetuar uma deslocação para países onde possam contrair doenças evitáveis pela Vacinação Internacional, surgiu a necessidade de abrir esta consulta, que funciona no Centro de Saúde de Bombarral, mas que é destinada a todos os utentes do ACES Oeste Norte (concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche) e ACES Oeste Sul (Cadaval, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Mafra e Torres Vedras).

O Horário desta consulta é das 10h às 12h30 e das 14h30 às 17h, todas as segundas-feiras e quintas feiras, funcionando com pré marcação.

Quanto à vacinação Internacional, a sua finalidade é vacinar sobretudo contra a Febre Amarela e/ou Febre Tifóide, podendo ser administradas outras vacinas, consoante a necessidade. Destina-se a todos os viajantes, independentemente do ACES a que pertençam, desde que possuam prescrição médica. O Horário da vacinação internacional é das 9h00 às 12h30 e das 14h30 às 17h, todas as segundas feiras e quintas-feiras.

3.4. A UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS

A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais do ACES Oeste Norte e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 fevereiro).

É constituída por uma equipa de vários profissionais, com diversas competências (como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral, entre outros). Tal como as restantes unidades funcionais do ACES, a URAP também tem autonomia organizativa, funcional e técnica, em função dos objectivos e das metas assumidas pela coordenação do ACES.

No Centro de Saúde de Bombarral, funciona às quartas-feiras alternadas das 9h às 17h30 e todas as sextas-feiras das 9h às 13h a consulta de psicologia, cujas duas psicólogas têm ligação ao hospital. O atendimento pela assistente social ocorre todas as quartas-feiras das 9h às 13h e das 14h às 17h. Existe uma fisioterapeuta a tempo inteiro, que também dá apoio três vezes por semana à ECCL.

4. CARACTERIZAÇÃO DA USF BOMBARRAL

4.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES

A USF Bombarral é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES Oeste Norte, do qual é parte integrante. (Diário da República n.º 34/2006, Série I-B de 2006-02-16).

Esta USF teve início a 02 de Julho de 2019, sendo a cerimónia de inauguração no dia 16 de julho, presidida pelo Primeiro-ministro António Costa, fazendo-se acompanhar da Ministra da Saúde, Marta Temido, bem como, por representantes da Coordenação Nacional da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas governamentais e não-governamentais. Esta USF foi a centésima Unidade de Saúde Familiar aberta, o que significou o cumprimento da meta fixada pelo programa do atual Governo.



Figura 7: Logótipo da USF de Bombarral

Fonte: Regulamento interno da USF Bombarral, 2019

A USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4º).

A USF Bombarral pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente. Tem como lema “Juntos para uma saúde melhor!” (Regulamento Interno USF Bombarral, 2019).

A USF Bombarral promove a sua atividade de acordo com os valores definidos no Decreto Lei 298/2007, art.º 5º: Conciliação, Cooperação, Globalidade, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação.e Gestão Participativa.

4.2. AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL

4.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais

A USF Bombarral situa-se no segundo andar, nas instalações do Centro de Saúde de Bombarral, ocupando a sua ala este.

Quando se entra no Centro de Saúde do Bombarral, percorre-se um grande corredor até ao final, onde se encontra a USF Bombarral. No fim do corredor, do lado direito existe um fraldário e duas casas de banho, que se destinam ao uso dos utentes, ambas adaptadas para pessoas com deficiência .

O corredor termina em duas salas de espera, uma do lado direito, que se destina às crianças que vão à consulta de vigilância de Saúde infantil, às mulheres que vão à consulta de planeamento familiar e às grávidas. Esta sala dispõe de cadeiras, uma mesa com com cadeiras para crianças, brinquedos, um armário com livros e um cantinho da amamentação com dois sofás. A outra sala de espera é um espaço amplo, com cadeiras e móvel para material de leitura, que se destina aos restantes utentes e que dá acesso à secretaria.



Figura 8: Salas de espera da USF Bombarral

A secretaria dispõe de 3 postos de atendimento ao público equipados com uma secretária, computador, bloco de gavetas e impressora e dois armários que são comuns aos três postos. Por trás encontra-se uma zona de retaguarda, com quatro armários, três secretárias com computador, uma impressora e seis cacifos.

As salas de espera e a secretaria dão acesso à zona dos gabinetes de enfermagem e médicos, que se encontram numerados de um a quinze, separados por um corredor.



Figura 9: Área dos gabinetes médicos e de enfermagem

Existem 7 gabinetes médicos, todos eles equipados com lavatório, secretária, computador, impressora, três cadeiras, um armário, um cacifo, uma marquesa ginecológica, balança e mesa de apoio com material de consumo clínico.

Relativamente aos Gabinetes de enfermagem existem:

- Sala de Saúde Infantil, que dispõe de lavatório, secretária, computador, três cadeiras, dois cacifos, um armário, uma marquesa pediátrica, bancada de observação de Recém-Nascidos,

armário, mesa de apoio para material de consumo clínico, balança pediátrica, craveira pediátrica e balança com craveira.



Figura 10: Gabinete de enfermagem de Saúde Infantil

- Sala de vacinação, que é equipada com lavatório, secretária, computador, impressora, três cadeiras, marquesa pediátrica, marquesa para adultos, bancada de trabalho com armários e frigorífico de armazenamento de vacinas (com disco para registo de temperatura); de referir que é nesta sala que se encontra a mala de emergência.

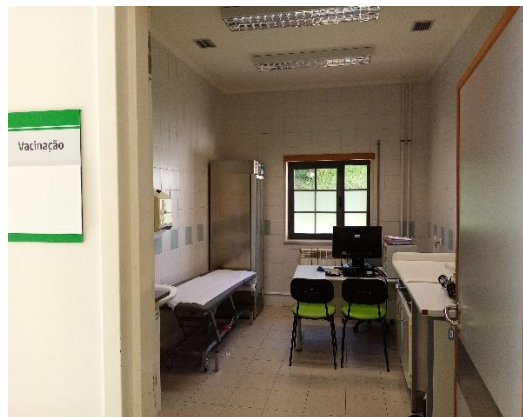


Figura 11: Gabinete de Vacinação

- Sala de Planeamento Familiar, este gabinete de enfermagem é constituído por lavatório, secretária, computador, três cadeiras, um banco, dois cacifos, dois armários (um dos quais para armazenamento dos métodos contraceptivos), uma marquesa, uma balança e mesa de apoio para material de consumo clínico;

- Sala de Diabetes e Hipertensão, que é composta por lavatório, secretária, computador, três cadeiras, um banco, dois cacifos, três armários, uma marquesa, uma balança e mesa de apoio para material de consumo clínico;

- Duas salas de tratamentos, com acesso entre elas através de uma porta de correr, ambas se encontram equipadas com lavatório, secretária, computador, duas cadeiras, um banco, um armário, uma marquesa e mesa de apoio para material de consumo clínico. O que distingue as duas salas é que a do lado esquerdo é maior, tem bancada de trabalho, com armários, mais uma mesa de apoio, uma balança com craveira e tem mais um armário onde se armazena a medicação;
- Gabinete de enfermagem da enfermeira com funções de coordenação em enfermagem, equipada com lavatório, secretária, computador, impressora, três cadeiras, mesa redonda, dois armários e um cacifo;
- Gabinete da “consulta de enfermagem da pessoa com diabetes e com pé em situação de risco”, que é composto por uma bancada, com lavatório e armários, uma cadeira adaptada para os utentes, um banco, uma mesa de apoio com o micromotor e restante material de apoio à consulta, um espelho com lupa, um armário e um cacifo.



Figura 12: Gabinete da “Consulta da pessoa com diabetes e com pé em situação de risco”

- Dois gabinetes polivalentes, um dos quais neste momento, se destina como sala de isolamento, para um eventual caso suspeito de infecção por Covid-19 e cujo mobiliário se restringe propositadamente a uma cadeira, marquesa e um lavatório. O outro gabinete funciona como sala de registos para a enfermeira que presta cuidados de enfermagem ao domicílio e é equipado por lavatório, secretária, computador, 3 cadeiras, marquesa ginecológica, balança e armário.

A USF dispõe ainda de uma sala de reuniões (com mesa, cadeiras, armário e projetor), de duas casas de banho destinadas ao uso dos profissionais de saúde e uma sala de refeições que é comum a todos os profissionais do Centro de Saúde. No piso inferior localizam-se os armazéns avançados, onde se armazena o material de consumo clínico e medicamentos.

4.2.2. Estrutura Orgânica e Funcional

O modelo organizacional da USF Bombarral é o modelo A, que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Neste modelo não existe modelo retributivo e de incentivos aos profissionais desta unidade (ACSS, 2020).

Constituem a estrutura orgânica da USF Bombarral o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral, o Conselho Técnico e os órgãos de apoio, como o interlocutor de enfermagem e o interlocutor administrativo (DL 298/2007, art.º 11º).

A equipa multiprofissional é constituída por sete médicos, sete enfermeiros e cinco secretários clínicos. A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (ou microequipa), a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes. Esta equipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos. Cada microequipa monitoriza a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

A equipa de enfermagem exerce a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em colaboração com os outros elementos da Equipa, progredindo preferencialmente para a prática de enfermagem de família. A sua área de atuação segundo o Regulamento Interno da USF de Bombarral (2019) (ANEXO I) consiste em:

- Identificação de necessidades de saúde individuais e familiares aos respetivos utentes pertencentes a uma lista atribuída a cada enfermeiro, bem como à globalidade dos utentes da USF, quando em intersubstituição;
- Prestação de cuidados diretos ao utente, quer na consulta aberta, consulta programada em todos os programas da Carteira de Serviços ou em visita domiciliária.
- Avaliação, planeamento e execução de atividades de âmbito curativo (Sala de Tratamentos);
- Vacinação e divulgação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), junto dos utentes e famílias aproveitando todas as oportunidades para vacinar;
- Gestão de ficheiro e dos programas de saúde em colaboração com a respetiva microequipa;
- Atendimento telefónico e contato por email;

- Atualização do conhecimento científico com participação em atividades de formação e investigação;
- Realização de reuniões clínicas para partilha de informação com a equipa, como forma de promoção do crescimento da mesma;
- Participação nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;
- Requisição e gestão de material e equipamento necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e médico na unidade (interlocutor de enfermagem);
- E articulação com outras Instituições de Saúde ou de Apoio Social.

4.2.3. Acessibilidade e Circuito de Utentes

O horário de funcionamento da USF Bombarral está compreendido entre as 8h00 e as 20h00, todos os dias úteis. O acesso dos utentes inscritos na USF Bombarral à carteira de serviços faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

- Consulta programada, que consiste numa consulta agendada previamente, para determinado dia e hora, que pode ser de iniciativa do utente, ou da equipa e que tem como objetivos a prevenção da doença e promoção da saúde, controlo de doença crónica e o acompanhamento de outras situações;
- Consulta aberta, uma consulta de iniciativa do utente que necessita de uma resposta rápida a uma situação de doença aguda. Existe possibilidade deste atendimento por médico e/ou enfermeiro durante todo o horário de atendimento da USF;
- Visita domiciliária (VD), é uma consulta efetuada no domicílio a utentes residentes no concelho de Bombarral com incapacidade temporária ou permanente de se deslocar à USF bem como noutras situações em que esta necessidade seja identificada pelos profissionais. A VD poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da USF.

O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do secretariado clínico, seja em presença física, telefone ou e-mail. O contacto por via eletrónica é dirigido para o e-mail da USF sendo reencaminhado pelo Coordenador ou pelo responsável deste circuito para o profissional a que se destina.

O secretariado clínico numa primeira abordagem com o utente deverá identificar qual a sua necessidade, se administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos com ou sem marcação prévia. O atendimento de utentes com necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, na USF ou no domicílio, obedece aos procedimentos definidos para os diferentes processos de prestação de cuidados.

Os utentes poderão agendar uma consulta presencialmente, por telefone, das 14 às 16h exceto à 5ªfeira (das 10 às 12h) ou pelo eAgenda (<https://servicos.min-saude.pt>).

A comunicação entre o utente e a USF Bombarral pode ser efetuada presencialmente ou por contacto telefónico, correio tradicional e eletrónico, portal da USF na internet (em construção), placards e panfletos. Existem na Unidade placards informativos interiores, que incluem informação com horários, cuidados oferecidos e regras de funcionamento da USF Bombarral, temas educacionais de saúde, orientação e circuito do utente bem como os seus direitos e deveres.

4.2.4. Caraterização dos Utentes da USF Bombarral

A USF Bombarral serve a população inscrita na USF residente no Concelho de Bombarral.

O concelho do Bombarral pertence ao distrito de Leiria e está integrado em termos europeus na Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT) III, Região de Lisboa e Vale do Tejo. É um concelho que se situa na região Oeste do País, de natureza rural, e é limitado a Norte pelo concelho de Óbidos, a Noroeste, a Oeste e Sudoeste pelo concelho da Lourinhã, a Este e Sudeste pelo concelho de Cadaval, e a Nordeste pelo concelho de Caldas da Rainha. Apresenta uma área total de 91,28 km² e encontra-se dividido em quatro freguesias, nomeadamente: Bombarral e Vale Covo, Carvalhal, Pó e Roliça



Figura 13: Concelho de Bombarra⁶

⁶ 3 https://geneall.net/images/maps/map_155.gif 7 março de 2020

Segundo os dados da Rede Nacional de utentes referentes a janeiro de 2020, estão inscritos na USF Bombarral 11618 utentes, todos com médico de família atribuído.

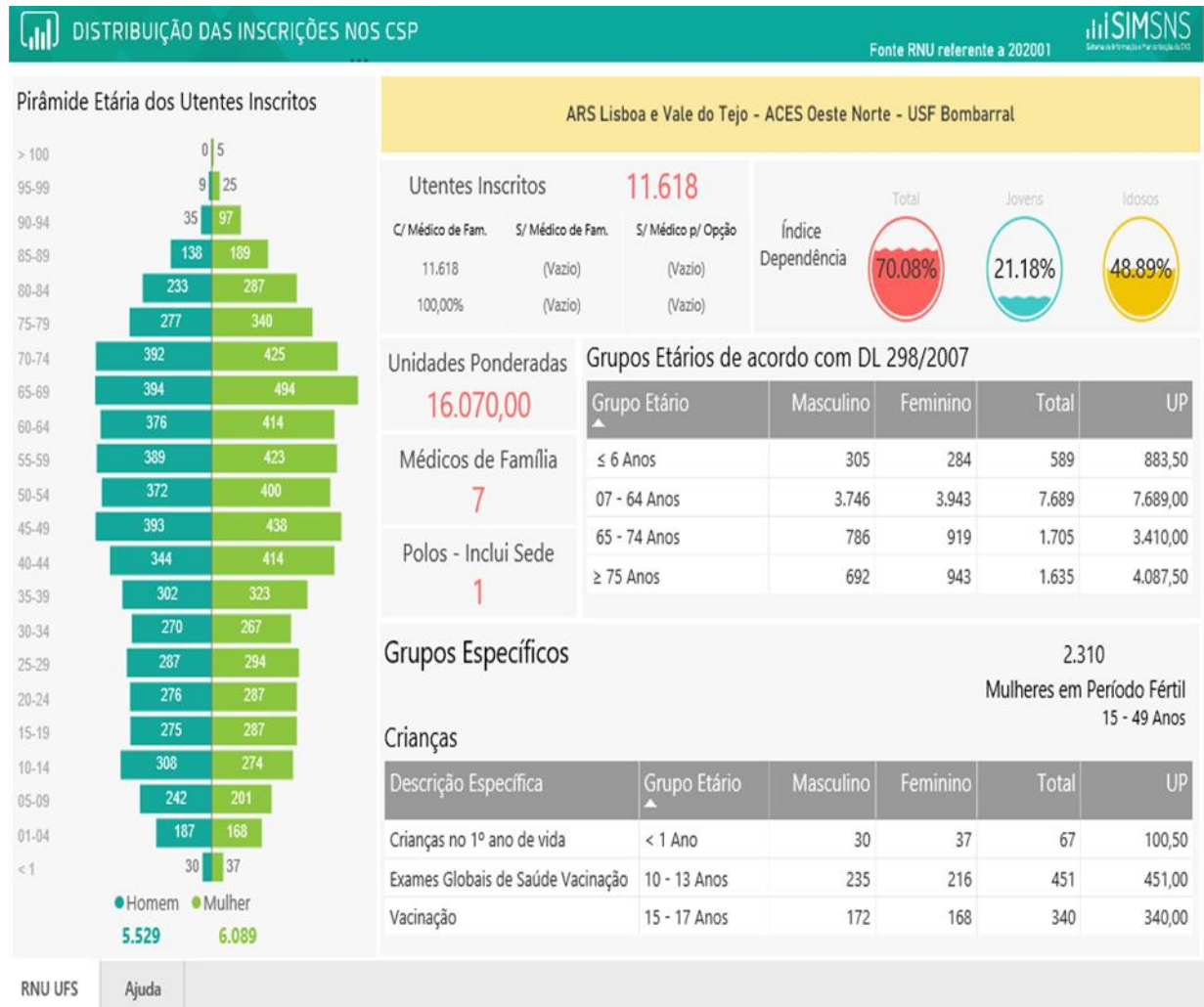


Figura 14: Distribuição de utentes inscritos na USF Bombarral, em janeiro de 2020

Fonte: Print screen do BI-CSP:USF Bombarral- quem servimos.

A população inscrita caracteriza-se por ser uma população envelhecida e com um índice de dependência de 70,08%.

De acordo com os dados do MIM@UF, relativos a janeiro de 2020, dos utentes inscritos naUSF Bombarral, 1242 utentes têm diabetes, 3758 têm hipertensão, 4431 são seguidos no rastreio oncológico, 2012 utentes são vigiados no programa de Planeamento Familiar, 140 mulheres vigiadas na consulta de saúde materna e 1774 utentes vigiados na consulta de saúde infantil.

5. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem consiste numa intervenção que visa a realização de uma avaliação, e/ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado (Portaria n.º 306-A/2011).

Assim, consiste na prestação de assistência realizada pelo enfermeiro, tanto para o indivíduo sadio, quanto para aquele que se encontra hospitalizado, esta tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A consulta de enfermagem dá respostas às complexidades do indivíduo e família. (Pereira et al, 2014).

Desta forma, é uma atividade autónoma baseada em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde, elaborar e realizar planos de cuidados, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem, possibilitando assim, o desenvolvimento do processo de enfermagem (Ministério da Saúde, 1999 citado por OE, 2013)

5.1. PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF BOMBARRAL

De acordo com ACSS (2018) o Plano de Ação das Unidades de Saúde é o instrumento de trabalho que reflete as atividades a desenvolver pela equipa multiprofissional. Engloba atividades clínicas, de melhoria contínua, formativas e outras não assistenciais. A atividade médica, de enfermagem e de secretariado clínico está organizada em função das previsões das necessidades dos utentes, de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) e da lista de serviços resultante da carteira básica de serviços que a Unidade de Saúde assegura.

A negociação da contratualização interna das Unidades de Saúde é baseada na discussão do Plano de Ação e é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do Plano de Ação disponível para o efeito no Portal do Bilhete Identidade dos Cuidados Saúde Primários (BI CSP).

A matriz multidimensional das USF e UCSP tem cinco áreas: Desempenho Assistencial, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica. Cada uma destas áreas é operacionalizada através da definição das suas diferentes subáreas, dimensões e respetivos indicadores e/ou métricas. O foco é colocado na identificação das características de cada área

ou subárea, no que deve acontecer, identificando os resultados esperados, orientados por processos de qualidade (ACSS,2018).

Quadro 1: Matriz multidimensional das USF e UCSP

Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura ou Utilização, Personalização, Atendimento Telefónico, Tempos Máximos de Resposta Garantidos, Consulta no Próprio Dia, Trajeto do Utente na Unidade Funcional, Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças Aparelho Respiratório, Multimorbilidade e Outros Tipos de Doença
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica, Prescrição de MCDT, Prescrição de Cuidados
	Satisfação de Utentes	
Serviços	Serviços de Caráter Assistencial	
	Serviços de Caráter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES, Outras Atividades não Assistenciais
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança dos Utentes, Segurança dos Profissionais, Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	
Formação Profissional	Interna	Formação da equipa Multiprofissional, Formação de Internos e Alunos
	Externa	Serviços de Formação Externa
Atividade Científica	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participações em Conferências	
	Trabalho de Investigação	

Fonte: (ACSS, 2018)

Assim, o processo de negociação da contratualização incide na discussão das medidas e atividades decorrentes das necessidades em saúde identificadas, das prioridades definidas, e de acordo com os recursos disponíveis. Representa assim um compromisso de resultados, processos e recursos.

A avaliação do desempenho das unidades funcionais é operacionalizada pelo Índice de Desempenho Global (IDG) e pelos diferentes Índices de Desempenho Setoriais, cujas métricas e regras estarão descritas na metodologia de operacionalização da contratualização nos CSP. O

resultado de cada indicador é lido de acordo com a seguinte métrica: resultado dentro do intervalo esperado (conjunto de resultados que traduz uma boa prática) corresponde a um *score* de 2, resultado dentro da variação aceitável (conjunto de resultados que traduz uma prática aceitável) corresponde a *score* de 1. O não cumprimento não obtém pontuação (ACSS, 2017).

No ano de 2019 não foi submetido o Plano de Ação uma vez que estava planeada, a formação da USF em Julho do corrente ano (como aliás veio a acontecer); neste sentido foi considerado pela Diretora Executiva do ACES, que não fazia sentido elaborar Plano de Acção. No ano 2020 o referido Plano ainda não foi contratualizado.

Como tal, iremos usar o Plano de Acção de 2018, da então UCSP de Bombarral, que foi extinta. De referir que os indicadores não correspondem ao desempenho da USF, mas que será útil perceber a evolução com a mudança de organização e metodologia de trabalho.

No âmbito do Plano de Ação de 2018, foram contratualizados 43 indicadores a serem avaliados (ANEXO II), com um IDG de 39,4, inferior à mediana do IDG das UCSP do país, que se cifra em 48,85, inferior à média da ARSLVT que se cifra em 44,5 e inferior à média do ACES que se cifra em 47. Tal facto poderá ser explicado pela escassez de recursos humanos, visto que alguns médicos reformaram-se, chegando a existir apenas 4 médicos, um dos quais com redução de horário; a nível de enfermeiros e secretários clínicos também houve mobilização para outras unidades (UCC e USP), pelo que foi um ano de grandes mudanças, que culminaram com a formação da USF em Julho do ano seguinte.

O Plano de Ação elaborado pressupõe o cumprimento de uma Carteira Básica de Serviços avaliados através de indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nos vários programas de saúde que se propõem a atingir. Desta forma, tem como programas de saúde as consultas de vigilância e promoção de saúde no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Puerpério), Consulta de hipertensão e diabetes, visitação domiciliária, atendimento em situações agudas (consulta aberta), entre outros.

Quadro 2: Carteira de Serviços Da USF Bombarral

Serviços	População Alvo	Profissionais que a executam
Consulta de Teste de Diagnóstico Precoce	Recém-nascido (3 ^a ao 6 ^o dia)	Enfermeiro
Consultas de Saúde Infantil e Juvenil	Utentes ≤ 18 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde do Adulto e do Idoso	Utentes ≥ 19 anos	Médico
Visita Domiciliária	Utentes cuja situação necessite intervenção no domicílio	Médico e Enfermeiro
Consulta Aberta	Utentes em situação de doença aguda	Médico e Enfermeiro
Consultas de Planeamento Familiar	Mulheres em idade reprodutiva, até aos 54 anos, respetivos parceiros e homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde Materna	Mulheres grávidas e seus companheiros	Médico e Enfermeiro
Saúde da Mulher- Rastreio Cancro Colo do Útero	Mulheres entre os 50 e os 64 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Diabetes	Utentes com diabetes	Médico e Enfermeiro
Consulta de Hipertensão	Utentes com hipertensão	Médico e Enfermeiro
Vacinação	Todos os utentes	Enfermeiro
Sala de tratamentos	Todos os utentes	Enfermeiro

Fonte: Regulamento Interno USF Bombarral, 2019

5.1.1. Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008a), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura podendo decidir quando e com que frequência desejam ter filhos. Desta forma, cada indivíduo tem o direito a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e ainda, a serviços de saúde adequados permitindo às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança.

As atividades de Planeamento Familiar na USF Bombarral são assim uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva. A consulta de Planeamento Familiar deve assegurar outras atividades de promoção da saúde (informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das Infecções de Transmissão Sexual, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas).

Tem como objetivos: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal, preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis, reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil, reduzir a

incidência das Infecções Transmissão Sexual e as suas consequências, designadamente a infertilidade, melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família. (DGS, 2008). Desta forma, é dirigido a mulheres e homens que têm como objetivo o controlo da fertilidade, fomentar a sexualidade responsável e relação saudável dos casais e planeamento da gravidez.

Na consulta de Planeamento Familiar, em conjunto com o médico de família, é realizada a colpocitologia, para rastreio do cancro do colo do útero Após a análise laboratorial (em laboratório externo à unidade) o resultado é registado no SClínico.

Esta atividade é avaliada através de indicador específico, da área de desempenho assistencial (proporção de mulheres entre 25 e 60 anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado), com o objetivo de melhorar a cobertura de mulheres com colpocitologia efetuada. Exprime a proporção entre as mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo entre 25 e 60 anos. Ações para atingir o objetivo poderão passar pela sensibilização das mulheres entre os 25-60 anos para a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero, realização oportunista de colpocitologia em consulta de saúde de adultos ou outras e convocatória de utentes com colpocitologia em atraso.

Este indicador tem como meta a obtenção de um mínimo aceitável de 47%, mínimo esperado de 52% e máximo esperado 100%. Como em dezembro de 2018 o resultado obtido foi de 34,396%, inferior ao mínimo aceitável, teve como avaliação a obtenção de um *score* de 0. A justificação pode ter haver com a não informatização dos registos das colpocitologias.

5.1.2. Programa Saúde Infantil e Juvenil

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil proposto pela DGS (2013a), na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde na população. Assim, pretende-se avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, estimular a opção por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a nutrição, prática regular de exercício físico, prevenção de consumos nocivos, adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

Pretende-se promover a imunização contra doenças transmissíveis, cumprindo o Plano Nacional de Vacinação (PNV), a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, dos acidentes e intoxicações, maus tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada e o aleitamento materno.

A consulta de Saúde Infantil e Juvenil permite detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas - doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional, bem como identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying e práticas tradicionais lesivas. Quando se justifique é efetuada a referenciação para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; Intervenção Precoce na Infância e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;

Esta consulta deve realizar-se nas seguintes idades: primeiros 7 dias de vida; 1º mês, 2 mês, 4 mês, 6 mês, 9 mês, 12 meses, 15 meses e 18 meses; 2 anos, 3 anos, 4 anos; 5 anos (exame de saúde pré-escolar); 6 ou 7 anos (final do 1º ano de escolaridade); 8 anos e 10 anos; entre os 12 e os 13 anos e entre os 15 e os 18 anos.

Na USF Bombarral, para além das consultas de enfermagem e médicas descritas, é realizado o rastreio das doenças metabólicas (Teste Guthrie) até ao 6º dia do nascimento do recém-nascido e efetuada consulta de enfermagem de vigilância todas as semanas até a criança completar um mês de vida, quinzenalmente no segundo mês de vida e aos 3, 5 e 7 meses.

Os indicadores contratualizados pela USF Bombarral que dizem respeito a este programa são indicadores da área de desempenho assistencial, subárea gestão da saúde: proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância até 28 dias vida e a proporção de crianças com 2, 7 e 14 anos, com PNV cumprido ou em execução.

Em relação à proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância até 28 dias vida, tem como objetivo monitorizar a vigilância precoce dos recém-nascidos. Apesar de ser um indicador que avalia consultas médicas efetuadas, a ação dos enfermeiros é importante no sentido de proporcionar condições para agendar a consulta médica do recém-nascido até aos 28 dias. Este indicador tem como meta a obtenção de um mínimo aceitável de 85%, mínimo esperado de 95% e máximo esperado 100%. Como em dezembro de 2018 o resultado obtido foi de 56,79%, inferior ao mínimo aceitável, teve como avaliação a obtenção de um *score* de 0.

Os indicadores referentes ao PNV têm como objetivo monitorizar o cumprimento do mesmo, nos utentes da coorte dos 2, 7 e 14 anos. Para cumprir estes indicadores referentes à vacinação infantil, os enfermeiros deverão verificar em todas as consultas o cumprimento do PNV, vacinar

de modo oportunista em todas as consultas e efetuar a marcação de consulta subsequente de todas as consultas de saúde infantil. Poderá convocar telefonicamente, por carta ou por mail as crianças com vacinas em atraso.

Estes indicadores têm como meta um mínimo aceitável de 95%, mínimo esperado de 98% e máximo esperado 100%. Em relação à coorte dos 2 anos, foi obtido um resultado de 97,297%, inferior ao mínimo esperado, pelo que foi obtido um *score* de 1. Na coorte dos 7 anos, foi obtido um valor de 98,529% , superior ao mínimo esperado, pelo que foi obtido um *score* de 2, tal como na coorte dos 14 anos, devido à obtenção de resultado superior ao mínimo esperado, no caso 98,701%.

5.1.3. Programa Saúde Materna

De acordo com a DGS (2015), conforme descrito no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, as consultas de Saúde Materna têm como objetivo definir o conjunto de recomendações e intervenções adequadas na pré-conceção, na gravidez e no puerpério.

Especificamente, tem como objetivos integrar os cuidados pré-natais numa perspetiva mais abrangente que inclua a preparação da gravidez (cuidados pré-concepcionais), a vigilância da gravidez e a consulta do puerpério assegurando a continuidade de cuidados; identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto; promover a saúde e a educação para a saúde ao longo da gravidez e apoiar na preparação para o parto e parentalidade.

Na USF Bombarral, a vigilância de uma gravidez, após realização da primeira consulta o mais precocemente possível (e antes das 12 semanas), a periodicidade das consultas é mensal até às 30 semanas e quinzenal até às 32 semanas. Posteriormente, as grávidas são encaminhadas para a consulta de Obstetrícia do Centro Hospitalar Oeste, para seguimento até à data do parto. É efetuada educação para a saúde adequada a cada trimestre, abordando temas como a alimentação, atividade física, saúde oral, sexualidade durante a gravidez, desconfortos e sinais de alerta, hábitos nocivos, prevenção rodoviária. Avaliam-se as expectativas sobre a paternidade, a vinculação, a ligação mãe-filho, promovendo o aleitamento materno.

A vigilância de uma gravidez termina com a consulta de revisão do puerpério, que deve ter lugar até às 6 semanas (42 dias) após o parto.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Materna é avaliada pelo indicador proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta

de revisão de puerpério. Exprime a proporção de puérperas que realizaram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a data da última menstruação e o 42º dia de puerpério. Tem como objetivo a monitorização do programa de vigilância em Saúde Materna, área de acesso às consultas de enfermagem de Saúde Materna, durante a gravidez e puerpério.

Trata-se de um indicador da área de desempenho assistencial, subárea da gestão da saúde, dimensão saúde da mulher. Para cumprir este indicador poderão tomar-se as seguintes medidas: sensibilização da mulher que pretende engravidar para contactar o enfermeiro/médico de família imediatamente após diagnóstico/suspeita de gravidez, marcação das consultas subsequentes em todas as consultas de saúde materna e sensibilização da grávida para a importância da vigilância em consulta de Saúde Materna, remarcação imediata de nova consulta por parte do enfermeiro/médico de família, à grávida que falta à consulta sem aviso prévio e marcação da consulta de revisão do puerpério no dia do teste do pezinho/ ou no primeiro contacto da puérpera após o nascimento do bebé com a USF.

Este indicador tem como meta a obtenção de um mínimo aceitável de 70%, um mínimo esperado de 75%, máximo esperado de 100%. O valor atingido foi de 25% pelo que foi obtido um *score* de 0. Este indicador é difícil atingir, já que se a grávida recorrer à USF numa fase mais evoluída da gravidez não haverá possibilidade de efetuar as 5 consultas de Enfermagem, bem como se o registo da consulta de puerpério for efetuado após o 42º dia, o indicador não será cumprido.

5.1.4. Programa de Saúde do Adulto/Idoso

Esta consulta destina-se a utentes com idade igual ou superior a 18 anos e visa identificar as necessidades de saúde individuais e/ou familiares e intervir de forma personalizada, no sentido de educar para a saúde nomeadamente, para as áreas relacionadas com a promoção e proteção da saúde nas diversas etapas do ciclo vital.

Segundo a DGS (2006) o Programa de Saúde do Idoso estabelece estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a ação.

No sentido de promover um envelhecimento ativo, é recomendado abordar as temáticas da prática de atividade física moderada e regular, a estimulação das funções cognitivas, gestão do ritmo de sono, hábitos alimentares, de hidratação e eliminação.

A vacinação, como medida de promoção e proteção da saúde individual e coletiva é fundamental no âmbito desta consulta. O cumprimento do PNV previne o aparecimento de doenças, tornando possível a sua erradicação, eliminação ou controle.

Para o cumprimento do PNV, a vacinação dos adultos e idosos é efetuada em consultas oportunistas ou agendadas, por iniciativa do utente, deslocando-se à unidade de saúde ou no caso de convocação, por telefone ou carta pelo Enfermeiro de família.

Referentes à vacinação de utentes adultos e idosos destacam-se os seguintes indicadores da área desempenho assistencial, subárea saúde adulto/idoso: proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada (com objetivo de monitorizar o cumprimento do PNV nos utentes com inscrição ativa no parâmetro "vacina antitetânica") e proporção de utentes com diabetes, com doença respiratória crónica, com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses (com objetivo de monitorização do programa de saúde de adultos: parâmetro "vacina da gripe").

Para melhorar os índices da administração da vacina antitetânica, enfatiza-se a administração da vacina de forma oportunista aos utentes que recorrem à USF, sem restrições de horário e convocação de utentes que não tenham a vacina atualizada. Este indicador tem como meta atingir um mínimo aceitável de 85%, um mínimo esperado de 92% e um máximo esperado de 100%. Ao obter uma percentagem de 83,966, foi atingido um *score* de 0, não sendo atingido.

Na USF Bombarral, numa perspetiva de manter e aumentar os níveis de saúde da sua população, procurou-se sensibilizar os utentes para a importância da vacinação com a vacina da gripe de acordo com as normas emitidas anualmente pela DGS, bem como a administração da vacina da gripe aos utentes dependentes no seu domicílio. No período de cobertura vacinal da gripe, contactou-se com os dirigentes dos centros de dia e Junta Freguesia, efetuou-se divulgação junto dos profissionais de saúde e população e articulou-se no sentido a que os utentes pudessem ser vacinados o mais perto possível da sua área de residência. A inscrição era efetuada na própria unidade ou nas instituições.

Este indicador tem como meta atingir um mínimo aceitável de 50%, um mínimo esperado de 55%, um máximo esperado de 100%. Apesar de todos os esforços, não se conseguiu atingir o

objetivo do indicador, pois o valor atingido de 31,793% conferiu um *score* de 0, possivelmente pela resistência demonstrada associada a mitos por parte dos utentes à vacina da gripe.

5.1.5. Programa de Vigilância de Hipertensos

De acordo com a DGS (2013b) as doenças cardiovasculares continuam a ser em Portugal, a principal causa de morte e responsáveis por 32% do total dos óbitos. A Hipertensão Arterial (HTA) é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e como tal o seu diagnóstico deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação. A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar. Um doente que esteja a receber tratamento farmacológico anti hipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais.

Assim, e tendo em conta as comorbidades que podem advir da hipertensão procura-se envolver a família de forma a intensificar as estratégias preventivas, corrigir fatores de risco reversíveis e fornecer aconselhamento sobre gestão da doença.

Em relação a este programa, está presente o indicador proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 milímetros de mercúrio, que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com o objetivo de monitorizar o acompanhamento dos utentes com hipertensão arterial: parâmetro "resultado da pressão arterial".

É um indicador da área de desempenho assistencial, subárea gestão da doença. Para cumprir este indicador é agendada consulta de vigilância de HTA a cada 6 meses e remarcada em caso de falta sem aviso prévio e são implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao controlo do doente com HTA. Tem como metas a obtenção de um mínimo aceitável de 50%, um mínimo esperado de 67% e um máximo esperado de 100%, pelo que o resultado obtido de 19,971% atingiu um *score* de 0, não sendo cumprido.

5.1.6. Programa de Vigilância da Diabetes

De acordo com DGS (2008b), o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes visa atingir os seguintes objetivos: gerir de forma integrada a diabetes, reduzir a sua prevalência, atrasar o início das complicações major e reduzir a sua incidência, reduzir a morbidade e mortalidade. Consideram-se como complicações major da diabetes a doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia.

Os critérios para diagnóstico de Diabetes são clarificados por norma emitida pela DGS (2011a) como sendo: glicemia em jejum igual ou superior a 126 miligramas por decilitro, sintomas clássicos e glicemia ocasional igual ou superior a 200 miligramas por decilitro, glicemia igual ou superior a 200 miligramas por decilitro às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral com 75 gramas de glicose; ou hemoglobina glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%.

Na Consulta de Diabetes são apenas vigiados os utentes com Diabetes tipo 2, a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente abdominal, a hipertensão arterial e a dislipidemia.

A diabetes tipo 1 resulta da destruição das células Beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. A pessoa com diabetes tipo 1, correspondente a 5-10% de todos os casos de diabetes, em regra mais comum na infância e adolescência, é seguida em consulta hospitalar..

Nesta consulta também se faz a avaliação do risco de úlcera diabética, cuja periodicidade é definida pela estratificação do risco (DGS, 2010):

- Baixo Risco: Ausência de fatores de risco, deve manter-se uma vigilância anual;
- Médio Risco: Presença de Neuropatia, deverá manter-se uma vigilância semestral;
- Alto Risco: Existência de isquémia e/ou neuropatia e/ou deformidades no pé, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia, deverá manter-se uma vigilância a cada 1 a 3 meses.

As lesões do pé diabético surgem da insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivomotora e/ou da isquemia provocada pelas lesões de aterosclerose no membro inferior. Ao ser atingida, de forma preferencial, uma destas duas estruturas, nervos ou vasos, irá condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé neuroisquémico. A distinção principal destes

dois tipos de pé diabético está na presença ou ausência, de pulsos periféricos. Por esta razão, na prática clínica, os parâmetros diagnósticos decisivos são os vasculares, enquanto os neurológicos apenas são confirmativos (DGS,2011b).

Segundo o *International Working Group On The Diabetic Foot* (2011) avaliação da perda de sensibilidade, relacionada com a neuropatia, deve ser sempre confirmada pela aplicação do monofilamento de 10 g de Semmes-Weinstein associado a pelo menos mais um teste de pesquisa de sensibilidade: sensibilidade vibratória (uso diapasão de 128 Hz), sensibilidade tátil (uso de algodão) ou a pesquisa de reflexos patelares e aquilianos.

Para detecção de isquémia é importante pesquisar a presença pulsos (pedioso dorsal e tibial posterior); avaliar cor e temperatura dos pés; verificar presença de claudicação intermitente ou dor dos gémeos em repouso e avaliação do Índice Tíbeo- Braqueal, para despiste de doença arterial grave. Sempre que se verifique a inexistência de pulsos, o utente deve ser encaminhado para outro nível de cuidados mais diferenciados, a fim de restabelecimento da circulação sanguínea.

Presentes neste programa existem os indicadores seguintes: Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c inferior ou igual a 8,0% (com o objetivo de monitorizar o programa de Diabetes, parâmetro "resultado da HbA1c") e proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano (exprimindo a proporção de utentes com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano), ambos indicadores da área de desempenho assistencial, subárea de gestão da doença.

Para cumprir estes indicadores é agendada consulta de vigilância de Diabetes a cada 6 meses e remarcada em caso de falta sem aviso prévio e são implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao controlo do doente com Diabetes. Em relação ao registo de HbA1c, as metas estabelecidas são atingir um mínimo aceitável de 50%, um mínimo esperado de 60% e um máximo esperado de 100%, pelo que o valor obtido de 38,541 atingiu um *score* de 0, não sendo cumprido.

O registo anual do risco de ulceração do pé tem como meta atingir um mínimo aceitável de 75%, um mínimo esperado de 80% e um máximo esperado de 100%, pelo que o valor obtido de 21,428% atingiu um *score* de 0, não sendo cumprido.

5.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

A consulta de enfermagem domiciliária é o instrumento através do qual o enfermeiro pode conhecer o meio em que vive a família, influenciando assim a saúde familiar de todos os membros da mesma. A visita domiciliária, assume-se assim, como uma necessidade sentida e vivida pela comunidade, pois esta pode dar resposta às dificuldades por esta sentidas, ao longo das diferentes fases do seu ciclo vital. Neste contexto, os profissionais de saúde devem prevenir, educar e aconselhar para garantir um ambiente de saúde familiar saudável (Martín, 1994).

Dado o envelhecimento da população inscrita na USF Bombarral, a consulta de enfermagem ao domicílio torna-se essencial para responder às suas necessidades.

Os Enfermeiros da USF Bombarral prestam cuidados de enfermagem no domicílio a utentes, residentes no concelho do Bombarral, impossibilitados de se deslocar às instalações da USF (utentes com elevado grau de dependência, e essencialmente dependentes). As consultas de enfermagem no domicílio para prestação de cuidados estão a ser realizados quatro vezes por semana (todos os dias no período da manhã, exceto à quarta feira, efetuadas por uma enfermeira acompanhada por assistente operacional). Se existir necessidade de cuidados de saúde mais complexos/diferenciados, o Enfermeiro de Família efetua a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

5.2.1. Critérios para Consulta de Enfermagem ao Domicílio

De acordo com o Procedimento da Visitação Domiciliária da USF Bombarral (ANEXO III), para que este serviço possa ser efetuado os utentes/familiares devem solicitar a visita domiciliária na USF, por contacto telefónico ou via e-mail. A equipa de saúde avalia a situação e informa o utente ou familiar/cuidador em 24 horas para agendamento da mesma. Este prazo poderá ser excedido se incluir dias de fim-de-semana ou feriados. Não existe a possibilidade de se efetuarem domicílios emergentes, ou seja, imediatamente a seguir à sua solicitação

.Os critérios de prioridade para a visita domiciliária são, por esta ordem, os seguintes:

- situações de doença aguda ou descompensação de doença crónica;
- doentes com dependência que os incapacite de se deslocarem, salvaguardando-se sempre a avaliação dessa mesma prioridade caso a caso, por critérios clínicos;
- utentes acamados ou com incapacidades diversas,

- e utentes que necessitem de continuação de cuidados após alta hospitalar, e que tenham algum dos critérios anteriores.

Havendo critérios, o enfermeiro deslocar-se-à ao domicílio. Não se torna possível cada enfermeiro de família efetuar a visitação domiciliária aos seus utentes, por constrangimentos de tempo e transporte. Havendo a possibilidade, são realizadas visitas domiciliárias de promoção.

Analisando o indicador referente à Consulta de Enfermagem no domicílio, este consiste na taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos, com o objetivo de monitorizar a produtividade das equipas de enfermagem, na realização de domicílios de enfermagem em pessoas idosas, na área de desempenho assistencial, subárea gestão da saúde.

O cumprimento deste indicador levanta alguns problemas, já que, devido à grande área de abrangência da USF Bombarral, o tempo despendido entre as consultas, além do tempo da consulta, dificulta a gestão do tempo e o controlo de custos. Há a necessidade de articulação com ACES para disponibilização de transporte, e o tempo disponibilizado por vezes não é suficiente para a realização de todas as consultas de enfermagem no domicílio. Apesar destas dificuldades, verifica-se que a percentagem obtida de 545,752‰ permite obter um *score* de 1, já se encontra no intervalo entre o mínimo aceitável e o mínimo esperado (mínimo aceitável de 500‰, mínimo esperado de 650‰ e máximo esperado de 1650‰).

5.3. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS E ACIDENTES

Sempre que o utente necessite de uma resposta rápida a uma situação de doença aguda a USF dispõe de consultas abertas para atendimento por médico e/ou enfermeiro durante todo o horário de atendimento da unidade. Fora do horário de funcionamento da USF Bombarral, os utentes podem recorrer:

-Sábados, domingos e feriados das 9h00 às 13h00 ao Serviço de Atendimento Complementar, que funciona nas instalações da USF;

-No restante horário de fim-de-semana e período noturno, devem recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Oeste, aberto 24 horas, sito na rua Diário de Notícias 2500-176 Caldas da Rainha;

-Ou para além destes, pode contactar a linha de atendimento SNS 24 (808 24 24 24) para triagem, aconselhamento e encaminhamento.

Se aparecer um caso emergente, são sempre prestados os cuidados imediatos e chamado o Instituto Nacional de Emergência Médica.

6. CARTEIRA ADICIONAL DE SERVIÇOS

Segundo Antunes (2015), o pé diabético é uma das complicações mais importantes da diabetes, senão mesmo a mais importante, pelo impacto altamente negativo na qualidade de vida do doente e sua família, pelos elevados custos económicos e sociais que o seu tratamento acarreta e ainda pelo elevado risco de conduzir a uma amputação dos membros inferiores. Ainda segundo este autor, o doente amputado major não só tem uma pior qualidade de vida como também tem uma expectativa de sobrevida, aos cinco anos, muito reduzida.

Esta consulta não deveria ser opcional, mas fazer parte de todas as carteiras de serviços oferecidas pela USF, na medida em que esta realidade poderia ser prevenida ou minorada, pois dois fatos são relevantes, o primeiro é que em cerca de 85% dos casos a amputação é precedida de uma úlcera que pode ser prevenida e o segundo é que o risco de uma úlcera conduzir a uma amputação pode ser reduzido com um tratamento adequado. (Antunes, 2015)

Considera-se pé em situação de risco o pé da pessoa com diabetes, que apresente fatores que predisponham a formação de úlcera no pé e passíveis de tratamento preventivo de nível I. São objetivos da equipa do pé diabético em cuidados de nível I (DGS, 2011b):

- A educação da pessoa com diabetes e familiares;
- A avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias;
- Os cuidados em lesões não ulcerativas;
- O tratamento de úlceras superficiais;
- E a monitorização da patologia ulcerativa em acompanhamento noutra nível de cuidados de saúde.

Como carteira adicional de serviços vai abrir a “consulta de enfermagem à pessoa com diabetes e com pé em situação de risco”; nesta consulta prestam-se cuidados de nível I a pessoas com Diabetes Mellitus, referenciadas por outros enfermeiros ou médicos de família e que por apresentarem pé em situação de risco tenham necessidade de tratamento preventivo. De referir, que a avaliação do risco de úlcera diabética e medidas preventivas é realizada na consulta de enfermagem de diabetes e o tratamento de úlceras diabéticas é realizado na sala de tratamentos.

Os objetivos desta consulta, são essencialmente:

- O tratamento de lesões não ulceradas;
- A capacitação do utente e família para cuidar dos pés e prevenir o aparecimento de lesões.

No âmbito do tratamento de patologia não ulcerada trata-se e monitoriza-se as hiperqueratoses, calos, infeções fúngicas, gretas, fissuras, verrugas plantares e patologia das unhas (onicomicoses, onicogrifoses e onicocriptoses). Para o tratamento destas patologias, na maioria das vezes, é necessário recorrer ao uso de micromotor, que permite usar um conjunto de brocas/instrumentos que se ajustam às necessidades individuais de cada utente. É possível também a execução de ortóteses em silicone para corrigir algumas deformidades do pé e/ou dedos, como dedos em garra, martelo, sobreposição ou outras

Sempre que se justifique, o utente deve ser encaminhado para aquisição de palmilhas e calçado personalizados.

O tratamento da patologia não ulcerada, permite a avaliação dos fatores desencadeantes, de forma a serem, sempre que possível evitados ou minorados e desta forma ajudar a prevenir lesões do pé precursoras de complicações graves, como amputações minor e major.

Relativamente à educação para a saúde, o objetivo é capacitar o utente/família para prevenir o aparecimento de úlceras nos pés, através da prestação de cuidados adequados aos pés.

7. VANTAGENS DA METODOLOGIA DE TRABALHO POR ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Em Portugal a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP tem um enquadramento internacional e conceptual nas políticas de saúde da Organização Mundial de Saúde — Região Europeia. Neste contexto, é reconhecido a contribuição do enfermeiro de família na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e o seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.(Decreto-Lei n.º 118/2014)

Com esta metodologia de trabalho é possível acompanhar as famílias em todas as fases do ciclo vital, de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança, com a finalidade de garantir cuidados de enfermagem de qualidade, em parceria colaborativa com a família.

Neste sentido, o enfermeiro de família enquanto recurso de proximidade, disponibiliza: cuidados de enfermagem em articulação com a restante equipa de saúde; a avaliação da situação de saúde, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária.

Assim, o enfermeiro de família promove a capacitação da família e dos seus membros através do: desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros; estabelecimento da família e seus membros individualmente, como foco dos cuidados e como um todo, prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família; avaliação e promoção das intervenções mais adequadas a fim de promover e a facilitar as dinâmicas familiares em parceria com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º 428/2018).

Na USF de Bombarral a adaptação à metodologia de trabalho por enfermeiro de família foi difícil, dado que, até aqui a organização de trabalho era por programas, no entanto a equipa de enfermagem sente-se satisfeita por poder acompanhar as suas famílias, poder dar resposta em todas as áreas de intervenção e monitorizar a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

CONCLUSÃO

A implementação das USF surgiu como fruto da reforma dos CSP, considerada como uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares nos cuidados de saúde, funciona como um espaço privilegiado, onde o enfermeiro de família pode desenvolver a sua prática.

Assim, no âmbito da sua intervenção, o enfermeiro de família, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes etapas do ciclo vital, do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. Deste modo, o enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde. (Decreto-Lei n.º 118/2014).

A articulação do enfermeiro de família com os outros profissionais de saúde também foi facilitada com a criação das demais unidades funcionais que constituem o ACES.

A USF de Bombarral encontra-se num período de aprendizagem, visto que foi formada recentemente, com a extinção da UCSP. Existiu alguma resistência dos profissionais com mais anos de serviço, designadamente os enfermeiros, que até então não trabalhavam pela metodologia de enfermeiro de família e cuja adaptação foi mais difícil. Apesar de várias mudanças a nível organizacional a equipa encontra-se muito empenhada e motivada para poderem transitar para o Modelo B, o que se reflete pelo aumento progressivo do IDG da Unidade.

Com a formação da USF de Bombarral verificou-se o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde e maior satisfação dos utentes, visto que até este momento, uma grande parte da população inscrita estava sem médico de família e os recursos humanos a nível dos diferentes grupos profissionais eram escassos. Atualmente é oferecida uma carteira de serviços mais abrangente.

A Consulta de enfermagem, nos diferentes programas, obedece aos procedimentos elaborados na Unidade, de acordo com o preconizado pela DGS e de forma a garantir cuidados de qualidade aos utentes. A metodologia de trabalho é por enfermeiro de família, o que permite acompanhar as famílias em todas as etapas do ciclo vital, construir uma relação de confiança e por sua vez aumentar a adesão das famílias aos cuidados, contribuindo para cumprir os indicadores contratualizados.

A nível de recursos materiais esta USF dispõe de boas instalações e de equipamentos mínimos necessários para a prestação dos cuidados de saúde à população inscrita.

As lacunas que dificultam o desempenho da prática do enfermeiro de família nesta unidade, sentem-se principalmente a nível dos registos informáticos, que ainda não contemplam a família na sua totalidade e a nível do tempo das consultas, que é limitado.

As dificuldades com que nos deparamos na elaboração deste relatório, foi a ausência de Plano de Ação, no ano de 2019, visto que a USF Bombarral formou-se a meados do ano. Para contornarmos este problema recorremos ao Plano de Ação de 2018, enquanto UCSP, que não reflete o trabalho desta unidade.

Com a elaboração deste trabalho foi-nos possível aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem de família prestados na USF Bombarral, perceber que os indicadores de saúde são sensíveis a estes cuidados de enfermagem (embora não contemplem as atividades desempenhadas com as famílias), designadamente a vacinação, o número de consultas de enfermagem nos diferentes programas e avaliação do risco de úlcera diabética, que nesta USF é efetuada exclusivamente pelos enfermeiros.

A realização deste relatório é sem dúvida uma mais valia para a integração ao estágio que se segue e aprofundamento dos conhecimentos lecionados no primeiro semestre escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2017). Contraturalização CSP 2017 Cálculo do IDG 2016 – UCSP e USF. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CNCSP-IDG_2016_UCSP_USF-Guião_Ficha_Técnica-2017.04.12.pdf
- ACSS (2017). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. Acedido em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- ACSS (2018). Termos de Referência para contraturalização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Acedido em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contraturalizacao-2019.pdf>
- ACSS (2020). Modelos Organizacionais. Acedido em: www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/CSaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrimarios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx
- Antunes, J.(2015) Tradução das Recomendações do International Working Group on the Diabetic Foot. Retrieved from http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/12/geped_recomendacoes.pdf.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da república, I série A, nº 109 de 6 de junho de 2006. Acedido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República, 1.ª série, N.º 161 de 22 de agosto de 2007. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>
- Decreto – Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª série, N.º 38 de 22 de fevereiro de 2008. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República, 1.ª série, N.º 149, 5 de agosto de 2014. Acedido em: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/legislacao2014/Agosto/DecLei_118_2014.pdf
- Despacho nº 9/2006 de 16 de Fevereiro. Diário da República nº 34/2006 - I Série B. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- DGS (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. ISBN: 972-675-155-1
- DGS (2008a). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde reprodutiva/Planeamento familiar. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-675-182-3.
- DGS (2008b). Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa. ISBN 978-972-675-180-9
- DGS.(2010). Pé diabético – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes: Circular Normativa nº05/PNPCD. Lisboa. Acedido em. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-05pnpcd-de-22032010-pdf.aspx>
- DGS (2011a). Norma: Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa. Acedido em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>
- DGS (2011b). Organização de cuidados, prevenção e tratamento do pé diabético: Orientação nº3/2011. Lisboa. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032011-de-21012011-jpg.aspx>
- DGS (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- DGS (2013b). Norma: Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
- DGS (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. ISBN 978-972-675-233-2

Fernandes, B. (2011). A Organização das Unidades de Cuidados na Comunidade. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado em Administração Pública e Gestão Pública.

International Working Group on the Diabetic Foot. (2011). Diretivas práticas sobre o tratamento e prevenção do pé diabético: Com base no Consenso Internacional sobre o pé diabético. Bayer HealthCare.

Martín, I. Lopez (1994). Atencion domiciliaria – diagnósticos de enfermeira. Mcgraw-Hill – interamericana de Espana. Madrid. ISBN: 84-486-0076-2

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2007). Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Lisboa

Ordem dos enfermeiros (2013). Parecer n.º 13 / 2013: Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica vs enfermeiro generalista na vigilância de saúde infantil. Mesa do colégio de especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Pereira, Raliane Talita Alberto et al (2014). A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. Revista UNIARA, v.17, n.1, julho 2014.

Pisco, Luís (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia. julho/setembro. Acedido em: www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf

Portaria n.º 306-A/2011 (2011) Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20.

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018

ANEXOS

ANEXO I- Regulamento da USF Bombarral

CAPITULO I - Disposições gerais

Artigo 1º - Definição

A USF Bombarral é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte, do qual é parte integrante.

Endereço e contactos: Rua Dr. Arlindo Carvalho, nº 27 2540-073 Bombarral

Telefone: 262600130

E-mail: usf.bombarral@arslvt.min-saude.pt

Portal: <https://sites.google.com/site/usfbombarral>

Logótipo:



Artigo 2º - Área Geográfica de Influência

A USF Bombarral serve a população inscrita na USF residente no Concelho de Bombarral, à excepção de alguns utentes com médico atribuído previamente a formação da USF. Também serve utentes esporádicos que não pertençam aos concelhos limítrofes do Bombarral.

Artigo 3º - Missão

A USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4º).

Artigo 4º - Visão

“Juntos para uma saúde melhor!”

A USF Bombarral pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente.

Artigo 5º - Valores

A USF Bombarral promove a sua atividade de acordo com os valores definidos no DL 298/2007, art.º 5º:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do Plano de Ação;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do ACES;
- f) Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação;
- g) Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao Conselho Técnico

CAPITULO II - Estrutura orgânica e funcionamento

Artigo 6º - Estrutura orgânica

Constituem a estrutura orgânica da USF Bombarral o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral (CG), o Conselho Técnico (CT) e os órgãos de apoio (DL 298/2007, art.º 11º). A constituição da equipa multiprofissional da USF Bombarral, bem como os titulares dos órgãos do número anterior, constam do Anexo I, relativo à organização interna da USF, o qual faz parte integrante do presente regulamento.

Artigo 7º - Coordenador da equipa

- 1- As funções de Coordenador são atualmente desempenhadas pela Dra. Érica Rocha – Assistente de Medicina Geral e Familiar. Na sua ausência, as funções de coordenação serão assumidas pela Dra. Diana Marques – Assistente de Medicina Geral e Familiar. O Coordenador da USF é eleito em sede de Conselho Geral por votação secreta e por maioria de, pelo menos dois terços dos seus membros. Em caso de empate, procede-se a uma segunda votação, apenas com os dois elementos mais votados. Caso o empate persista, o anterior Coordenador da USF terá voto de qualidade.
- 2- A função de Coordenador vigora por três anos, salvo por demissão do próprio ou pedido de nomeação de novo Coordenador por parte da maioria de dois terços dos elementos da equipa.
- 3- De acordo com o DL 298/2007, art.º 12º, compete ao Coordenador da equipa:
 - a) Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do Plano de Ação, a contratualização e os princípios orientadores da atividade da Bombarral;
 - b) Gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento;
 - c) Presidir ao Conselho Geral da USF Bombarral;
 - d) Assegurar a representação externa da USF Bombarral promovendo o bom nome da mesma;
 - e) Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o Plano de Ação e o Relatório de Atividades;
 - f) Autorizar comissões gratuitas de serviço no País;
 - g) Confirmar e validar, no âmbito da USF, os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento;
 - h) Assumir as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia do primeiro grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação;
 - i) Com exceção das previstas nas alíneas a) e c) do n.º 4 do presente artigo, o Coordenador da equipa pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro ou noutros elementos da equipa.
- 5- O Coordenador da equipa dispõe de três horas semanais para a gestão da coordenação da unidade, as quais vigoram no seu horário laboral.

Artigo 8º - Conselho Geral

- 1- O CG é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional da USF.
- 2- São competências do Conselho Geral:
 - a) Aprovar o Regulamento Interno, a Carta de Qualidade, o Plano de Ação, o Relatório de Atividades, Manual de Procedimentos e a aplicação dos incentivos institucionais;
 - b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
 - c) Zelar pelo cumprimento do Regulamento Interno, da Carta de Qualidade, do Plano de Ação e do Manual de Procedimentos;
 - d) Propor a nomeação do novo Coordenador;
 - e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
 - f) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.
- 3- As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria de dois terços da equipa multiprofissional.
- 4- O Conselho Geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:
 - a) Sempre que necessário substituir algum elemento da equipa devido a ausência superior a duas semanas;
 - b) Quando está em causa o alargamento da cobertura assistencial;
 - c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.
- 5- O Conselho Geral reúne com periodicidade trimestral ou mediante convocatória do Coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos (DL 298/2007, art.º 13º).
- 6- As convocatórias das reuniões do Conselho Geral devem mencionar a respetiva ordem de trabalhos e ser emitidas com uma antecedência mínima de quarenta e oito horas.
- 7- As deliberações que envolvam a apreciação de comportamentos ou das qualidades de qualquer elemento da equipa são tomadas por escrutínio secreto.

Artigo 9º - Conselho Técnico

- 1- O Conselho Técnico é constituído pela Dr.ª Carla Amorim, pela Enf.ª Patrícia Costa e pela assistente técnica Maria Rosário Mil Homens.
- 2- Os elementos do CT são eleitos pelos elementos do respetivo grupo profissional, por maioria de dois terços e por um período de três anos, devendo dar-se preferência aos detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários (DL 298/2007 art.º 14º).
- 3- Compete ao Conselho Técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.
- 4- Compete também ao Conselho Técnico:
 - a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
 - b) Elaborar e manter atualizado o Manual de Boas Práticas;
 - c) Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação

- 5- O Conselho Técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos (DL 298/2007, art.º 14º)
- 6- O CT dispõe de duas horas mensais para reunião, gestão e organização das atividades que lhe competem, as quais são geridas pelos seus elementos de acordo com o seu horário de trabalho.

Artigo 9º - Interlocutores das áreas profissionais

- 1- Os interlocutores das áreas profissionais são escolhidos a cada três anos pelos elementos do respetivo grupo profissional, por voto secreto e por maioria de dois terços dos seus membros.
- 2- Em caso de empate, procede-se a uma segunda votação, apenas com os dois elementos mais votados. Caso o empate persista, o Coordenador da USF Bombarral nomeia o interlocutor depois de consultados todos os elementos do respetivo grupo profissional.
- 3- A função de interlocutor vigora por três anos, salvo por demissão do próprio ou pedido de nomeação de novo interlocutor por parte da maioria de dois terços dos elementos da equipa.
- 4- A ratificação do respetivo interlocutor nomeado é feita em CG e após reunir a maioria dos votos de pelo menos dois terços dos seus elementos.
- 5- Constituem os órgãos de apoio à gestão da USF o interlocutor do sector de enfermagem e o interlocutor do sector administrativo.

Interlocutor de enfermagem

As funções de interlocutor de enfermagem (IE) são atualmente desempenhadas pela Enf.ª Maria da Conceição Coelho Crespo Nobre. Na sua ausência, o IE é substituído pela Enf.ª Patrícia Costa. São competências do interlocutor de enfermagem:

- a) Ter um papel determinante na elaboração do Plano de Ação, ou outros documentos necessários para o funcionamento da Unidade;
- b) Zelar pelo cumprimento do Plano de Ação, da Carta de Compromisso, e das normas de funcionamento da USF constantes no Regulamento Interno e na Carta da Qualidade;
- c) Definir com a equipa profissional, nos termos do presente Regulamento Interno, propostas de horários de acordo com o Plano de Ação e os objetivos definidos na Carta de Compromisso, a serem validadas pelo Coordenador;
- d) Planear com a equipa profissional respetiva, de acordo com a calendarização da USF, as férias, feriados, tolerâncias e intersubstituições sempre que necessárias, a serem validadas pelo Coordenador;
- e) Dar parecer sobre os pedidos comissões gratuitas de serviço para ações de formação;
- f) Determinar os recursos necessários ao bom funcionamento dos cuidados de enfermagem;
- g) Conhecer os custos dos recursos utilizados, garantido a sua correta utilização e controlar os gastos efetuados no âmbito dos cuidados de enfermagem, determinando a relação custo-benefício;
- h) Providenciar a manutenção e reparação de material de uso clínico;
- i) Verificar a assiduidade dos elementos de enfermagem;
- j) Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação em enfermagem na USF Bombarral;

Interlocutor administrativo

As funções de interlocutor administrativo (IA) são atualmente desempenhadas pela secretária clínica Paula Perdigão. Na sua ausência, o IA é substituído pela secretária clínica Ana Ferreira. São competências do IA:

- a) Colaborar na elaboração do Plano de Ação;
- b) Coordenar a atividade administrativa, garantindo a aplicação das orientações do Plano de Ação, Regulamento Interno e contratualização;
- c) Elaborar propostas de horários de trabalho e de planos de férias dos secretários clínicos, de acordo com os princípios expressos neste regulamento e submetê-las à aprovação pelo Coordenador da equipa;
- d) Coordenar a intersubstituição de elementos do grupo, nomeadamente nas situações de doença súbita, férias e formação;
- e) Verificar a assiduidade dos elementos administrativos;
- f) Zelar pela manutenção do património e do stock de material administrativo e de uso corrente;
- g) Elaborar os pedidos de material não clínico (consumível ou não), referente a necessidades devidamente fundamentadas, controlando a sua receção atempada;
- h) Manter atualizado o movimento contabilístico das Taxas Moderadoras;
- i) Receção de pedidos de reembolsos, cheque dentista ou outros;
- j) Receção, registo, expedição e distribuição de correio externo e interno;
- k) Protocolar documentação considerada relevante (clínica ou outra);
- l) Encaminhamento das Sugestões, Reclamações e Elogios;
- m) Dar parecer sobre os pedidos comissões gratuitas de serviço para ações de formação;
- n) Dar parecer fundamentado, para efeitos de avaliação, sobre o desempenho dos elementos do seu grupo profissional

Artigo 10º - Férias

1- As férias devem ser marcadas de acordo com os interesses dos elementos do grupo, sem prejuízo de se assegurar o regular funcionamento e compromisso assistencial da Unidade.

2- A USF Bombarral considera que as ausências em simultâneo para o gozo de férias não deverão ultrapassar um terço dos elementos de cada grupo profissional.

3- Cada profissional é responsável por apresentar a sua proposta de férias até 31 de março de cada ano.

4- O interlocutor de cada grupo profissional elabora o plano de férias, tendo em conta o exposto nos números anteriores, submetendo-o à aprovação do Coordenador da Unidade.

5- O mapa de férias só pode ser alterado por acordo entre o elemento interessado e o interlocutor do respetivo grupo profissional e mediante aprovação do Coordenador da Unidade.

Artigo 11º - Instrumentos da USF

São instrumentos da USF Bombarral o presente Regulamento Interno, a Carta da Qualidade, o Manual de Articulação com o ACES, o Manual de Procedimentos, o Plano de Ação, a Carta de Compromisso e a Plataforma de Ocorrências.

Esta última destina-se ao registo de acontecimentos/problemas identificados/ocorridos no decorrer das atividades, na relação com os utentes e entre os profissionais. O seu conteúdo deve fazer sempre parte da agenda de trabalhos de todas as reuniões multiprofissionais e reuniões de Conselho Geral.

Artigo 12º - Estrutura orgânica e princípios gerais da organização

1- Os princípios da organização da USF Bombarral estão centrados no utente.

2- A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (ou microequipa), a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes (anexo III). Esta equipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos.

3- Cada microequipa monitoriza a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

4- Todos os profissionais de cada microequipa assumem uma maior responsabilidade para com os seus utentes e garantem a prestação de cuidados de saúde gerais a todos os utentes da USF Bombarral.

5- Sempre que possível, os cuidados a prestar aos utentes devem ser realizados respetivamente pelo seu médico ou enfermeiro de família.

6- As funções de cada grupo profissional são aquelas que são inerentes às das respetivas profissões e que estão definidas na lei. Cada grupo profissional articula-se entre si, por forma a otimizar o desempenho e a qualidade dos cuidados a prestar.

7- Privilegia-se o agendamento de todos os cuidados a prestar aos utentes.

8- A informação circula pelos profissionais por via eletrónica, presencialmente nas reuniões e através de pastas próprias existentes na secretaria.

9- Os profissionais articulam-se e intersubstituem-se tendo como objetivo a maior cobertura possível durante o período de funcionamento da USF.

10- A plataforma de ocorrências é usado por todos os elementos da equipa multiprofissional para registar quaisquer problemas identificados no decorrer das suas atividades, na relação com os utentes e entre os profissionais. Este encontra-se na secretaria e fará parte de todas as reuniões multiprofissionais bem como da agenda de trabalhos das reuniões de CG.

Artigo 13º - Principais processos da USF

- 1- A USF Bombarral identificou, como sendo a base da sua atividade, os seguintes processos:
 - a) Processos de prestação de cuidados (processos chave):
 - i. Consulta aberta;
 - ii. Consulta programada;
 - iii. Visita domiciliária.
 - b) Processos de gestão e organização:
 - i. Gestão da comunicação e documentação;
 - ii. Gestão de material;
 - iii. Controlo de infeção.
 - c) Processos de articulação:
 - i. Articulação com o ACES Oeste Norte, Centro Hospitalar da área de referência e/ou outras instituições de saúde convencionadas;
 - ii. Articulação com as várias unidades funcionais do ACES Oeste Norte;
 - d) Processos de formação e desenvolvimento da qualidade:
 - i. Formação contínua em contexto de trabalho;
 - ii. Avaliação do desempenho da USF;
 - iii. Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais;
 - iv. Gestão das reclamações, sugestões e elogios.
 - e) Processos de supervisão da qualidade.
- 2- Os responsáveis dos processos são designados pelo CG para as áreas referidas nas alíneas a), b), c) e e). Os processos referidos na alínea d) são da responsabilidade do CT.
- 3- Compete aos responsáveis dos diversos processos:
 - a) Definir o modo de desenvolvimento de cada processo e submetê-lo ao CG para aprovação;
 - b) Explicitar para cada processo quais as responsabilidades e competências de cada grupo profissional;
 - c) Identificar as não conformidades decorrentes do desenvolvimento dos respetivos processos através da sua avaliação e apresentar ao CG propostas para as corrigir.

Artigo 14º - Gestão interna da USF Bombarral por objectivos

- 1- Os objetivos da USF Bombarral estão identificados, temporizados e quantificados no Plano de Ação (PA).
- 2- O PA é um documento elaborado a cada 3 anos com revisão anual das metas contratualizadas.

3- Compete aos responsáveis pelos processos da USF Bombarral, com o apoio do CT e do Coordenador elaborar e atualizar o PA.

4- O PA é aprovado em CG.

5- A USF Bombarral efetua a avaliação dos indicadores contratualizados com uma periodicidade trimestral.

6- Os resultados trimestrais são sujeitos a discussão e análise em reuniões de CG, com o intuito de avaliar a eficácia e qualidade dos serviços prestados, assim como rever as estratégias da USF.

Artigo 15º - Áreas de atuação do pessoal médico

Os Médicos de Família da USF Bombarral responsabilizam-se pelo atendimento médico aos utentes nela inscrita, quer de acordo com a lista de utentes atribuída a cada médico e dentro do horário expresso para essa atividade, quer à globalidade dos utentes da USF, quando em intersubstituição.

Área de Atuação:

a) Prestação de cuidados de saúde no âmbito da especialidade de Medicina Geral e Familiar disponibilizando:

i Consulta Aberta – com duração de 15 minutos

ii Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso – com duração de 20 minutos

iii Consulta de Saúde Infantil e Juvenil – com duração de 20-30 minutos

iv Consulta de Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico) – com duração de 20 minutos

v Consulta de Diabetes – com duração de 20 minutos

vi Consulta de Hipertensão– com duração de 20 minutos

vii Visita Domiciliária;

viii Atendimento telefónico de apoio aos utentes.

b) Gestão e atualização do ficheiro clínico;

c) Gestão dos programas de saúde tendo em conta as atividades definidas no Plano de Ação;

d) Elaboração de relatórios sobre a atividade da USF Bombarral, sempre que lhes seja solicitado;

e) Programação de cuidados personalizados de prevenção primária e secundária;

f) Articulação com outros níveis de cuidados;

g) Colaboração com os restantes elementos da equipa;

h) Colaboração na intersubstituição de colegas ausentes, por motivo de férias ou outros de força maior, nas situações de procura não programada, ou quando a situação o exija;

- i) Colaboração em programas e estágios de formação destinados a internos do ano comum, estudantes de medicina e internos de especialidade de MGF;
- j) Participação nas reuniões clínicas de serviço da Unidade;
- k) Participação em estudos e projetos de investigação.

Artigo 16º - Áreas de atuação do pessoal de enfermagem

A equipa de enfermagem exerce a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em colaboração com os outros elementos da Equipa, progredindo preferencialmente para a prática de enfermagem de família.

Área de Atuação:

- a) Identificação de necessidades de saúde individuais e familiares aos respetivos utentes pertencentes a uma lista atribuída a cada enfermeiro, bem como à globalidade dos utentes da USF, quando em intersubstituição;
- b) Realização de:
 - i Consulta Aberta;
 - ii Consulta programada em todos os programas da Carteira de Serviços;
 - iii Teste de Diagnóstico Precoce;
 - iv Visita Domiciliária.
- c) Avaliação, planeamento e execução de atividades de âmbito curativo – Sala de Tratamentos;
- d) Vacinação e divulgação do PNV junto dos utentes e famílias aproveitando todas as oportunidades para vacinar os utentes da USF Bombarral;
- e) Gestão de ficheiro e dos programas de saúde em colaboração com a respetiva microequipa;
- f) Atendimento telefónico;
- g) Atualização do conhecimento científico com participação em atividades de formação e investigação;
- h) Realização de reuniões clínicas para partilha de informação com a equipa, como forma de promoção do crescimento da mesma;
- i) Participação nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;
- j) Requisição e gestão de material e equipamento necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e médico na unidade (material de consumo clínico, farmácia, vacinas, etc.);
- k) Articulação com outras Instituições de Saúde ou de Apoio Social.

Artigo 17º - Áreas de atuação do secretariado clínico

Os secretários clínicos constituem o primeiro nível de relacionamento com o utente da USF Bombarral e, simultaneamente, assumem um importante papel como elo de ligação entre os outros sectores profissionais. As suas funções essenciais são a receção e o encaminhamento adequado do utente na USF.

Área de Atuação:

- a) Atendimento e encaminhamento do utente:
 - i. Marcação/Alteração de consultas – consultas programadas e consulta aberta;
 - ii. Atendimento e encaminhamento das chamadas telefónicas;
 - iii. Participação na monitorização do tempo de espera para a marcação e efetivação da consulta.
- b) Gestão da comunicação:
 - i. Difusão atualizada do funcionamento dos serviços.
- c) Gestão de procedimentos administrativos:
 - i. Gestão da lista de inscritos, nomeadamente, inscrição, transferência e óbitos de utentes mantendo atualizada a base de dados;
 - ii. Gestão dos dados administrativos dos utentes;
 - iii. Cobrança das taxas moderadoras, evitando que ocorram dívidas e encaminhamento das respetivas notas de débito;
 - iv. Receção de reembolsos;
 - v. Tratamento da correspondência;
 - vi. Receção e encaminhamento dos pedidos de renovação de medicação crónica;
 - vii. Elaboração e envio de convocatórias aos utentes;
 - viii. Manutenção dos serviços administrativos de retaguarda essenciais para o bom funcionamento a USF Bombarral;
 - ix. Participação nas reuniões de serviço;
 - x. Participação em projetos e estudos de investigação;
 - xi. Gestão de stocks de materiais de escritório e de impressos necessários ao funcionamento da USF Bombarral;
 - xii. Participação no planeamento, recolha e tratamento estatístico dos elementos necessários à determinação dos indicadores de desempenho da USF Bombarral;
 - xiii. Realização de formação profissional contínua;
 - xiv. Participação na gestão do sistema informático;

xv. Participação na receção, encaminhamento e tratamento das reclamações, sugestões e elogios dos utentes.

Artigo 18º - Áreas de atuação de outros profissionais/serviços

A USF Bombarral tem a colaboração e apoio de outros serviços e profissionais do ACES Oeste Norte. Os princípios e fundamentos dessa articulação estão definidos e regulamentados, no Manual de Articulação com o ACES, em documento próprio. São serviços de apoio:

- a) Serviço de Atendimento Complementar que funciona aos sábados, domingos e feriados, das 9h00 às 13h00,
- b) Gabinete do Cidadão que funciona de 2ª a 6ª feira das 10h00 às 14h00, no edifício sede do ACES em Caldas da Rainha
- c) Serviço de Saúde Pública, Serviço Social e Psicologia;
- d) Unidade de Cuidados na Comunidade;
- e) Serviço de apoio à manutenção e atualização do *software* informático e de gestão administrativa, clínica, enfermagem, recolha de dados, avaliação de indicadores e outros de interesse para o bom funcionamento da Unidade;
- f) Serviço de manutenção, substituição e atualização do *hardware*;
- g) Serviço de limpeza das instalações da Unidade;
- h) Serviço de segurança

CAPITULO III - Compromisso assistencial

Artigo 19º - Horário de funcionamento da USF

- 1- O horário de funcionamento da USF Bombarral está compreendido entre as 8h00 e as 20h00 de todos os dias úteis.
- 2- Os horários de funcionamento e de atendimento da USF Bombarral estão publicitados através de afixação no interior e exterior das instalações.
- 3- Dentro do horário de funcionamento existirá sempre, pelo menos, um elemento de cada grupo profissional que assegurará o aconselhamento e/ou orientação a qualquer utente inscrito nesta USF Bombarral no próprio dia.
- 4- Sempre que a solicitação de consultas ultrapasse, previsivelmente, a capacidade de resposta dentro do horário de funcionamento da USF Bombarral, os utentes devem ser encaminhados para os locais definidos como alternativas assistenciais.

5- Fora do horário de funcionamento da USF Bombarral, os utentes podem recorrer:

- a) Sábados, domingos e feriados das 9h00 às 13h00 ao Serviço de Atendimento Complementar;
- b) No restante horário de fim-de-semana e período noturno, devem recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Oeste, aberto 24 horas, sito na rua Diário de Notícias 2500-176 Caldas da Rainha;
- c) Para além destes, pode contactar a linha de atendimento SNS 24 (808 24 24 24) para triagem, aconselhamento e encaminhamento.

Artigo 20º - Carteira de serviços

1- A carteira de serviços da USF Bombarral é a que se encontra definida no anexo I da portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro e encontra-se aqui descrita:

Serviços	População Alvo	Profissionais que a executam
Consulta de Teste de Diagnóstico Precoce	Recém-nascido (3ª ao 6º dia)	Enfermeiro
Consultas de Saúde Infantil e Juvenil	Utentes ≤ 18 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde do Adulto e do Idoso	Utentes ≥ 19 anos	Médico
Visita Domiciliária	Utentes cuja situação necessite intervenção no domicílio	Médico e Enfermeiro
Consulta Aberta	Utentes em situação de doença aguda	Médico e Enfermeiro
Consultas de Planeamento Familiar	Mulheres em idade reprodutiva, até aos 54 anos, respetivos parceiros e homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde Materna	Mulheres grávidas e seus companheiros	Médico e Enfermeiro
Saúde da Mulher- Rastreio Cancro Colo do Útero	Mulheres entre os 50 e os 64 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Diabetes	Utentes com diabetes	Médico e Enfermeiro
Consultas de Hipertensão	Utentes com Hipertensão	Médico e Enfermeiro
Vacinação	Todos os Utentes	Enfermeiro
Sala de tratamentos	Todos os utentes	Enfermeiro

Existe ainda Interligação e colaboração com outros serviços e especialidade, na área da Psicologia, Serviço Social, Saúde Pública e Saúde Oral.

2- A USF Bombarral pode solicitar às entidades competentes a negociação duma carteira adicional, de acordo com os pressupostos do anexo II da referida portaria ou de futura legislação que a venha a substituir, desde que proposta pelo CT e aprovada por maioria qualificada em sede de CG.

Artigo 21º - Sistema de marcações de consultas

1- O acesso dos utentes inscritos na USF Bombarral à carteira de serviços faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

a) Consulta programada – consulta agendada previamente para determinado dia e hora, que pode ser de iniciativa do utente ou da equipa e que tem como objetivos a prevenção da doença e promoção da saúde, controlo de doença crónica e o acompanhamento de outras situações;

b) Consulta aberta – consulta de iniciativa do utente que pretende uma resposta rápida a uma situação de doença aguda. Existe possibilidade deste atendimento por médico e/ou enfermeiro durante todo o horário de atendimento da USF;

c) Visita domiciliária (VD) – consulta efetuada no domicílio a utentes residentes no concelho de Bombarral com incapacidade temporária ou permanente de se deslocar à USF bem como noutras situações em que esta necessidade seja identificada pelos profissionais. Não existe possibilidade de se efetuarem VD emergentes. A VD poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da USF. Na ausência do respetivo médico e/ou enfermeiro o pedido de VD será avaliado/efetuado pelo médico/enfermeiro que se encontre em horário de VD, que decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

2- Os utentes poderão agendar uma consulta presencialmente, por telefone, das 14 às 16h exceto à 5ªfeira (das 10 às 12h) ou por eAgenda (<https://servicos.min-saude.pt>).

3- O utente é informado que deverá comparecer na USF 30 minutos antes da hora agendada da consulta programada e que o período de tolerância é de 10 minutos. Não há período de tolerância na consulta aberta.

4- O último registo de contacto na USF Bombarral tem de ser efetuado até às 19h45, com exceção de injectáveis ou vacinas. Neste caso o último registo deve ser até às 19h30.

Artigo 22º - Sistema de renovação das prescrições

1- Este procedimento é um ato médico efetuado sem a presença do utente, sendo registado informaticamente.

2- O receituário pode ser solicitado, todos os dias úteis das 08:00 às 19:30, presencialmente , depositando formulário para o efeito em caixa identificada na USF, ou pelo eAgenda. O receituário será disponibilizado ao utente no prazo de 3 dias úteis após o pedido.

3- Todos os pedidos serão encaminhados para o médico de família ou, na sua ausência, para outro colega, o qual analisará as situações e disponibilizará o pedido ao utente. Na impossibilidade do mesmo ser efetuado (medicação não constar no processo clínico), é justificado o motivo da recusa por escrito no RAC e entregue ao secretariado clínico, devendo ser agendada consulta no caso de se considerar necessária uma reavaliação clínica.

4- Na ausência de consulta de vigilância na USF superior a um ano ser-lhe-á prescrito o receituário na quantidade mínima até realização de consulta presencial com o seu médico de família.

Artigo 23º - Acolhimento e orientação dos cidadãos

1- O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do secretariado clínico, seja em presença física, telefone ou e-mail.

2- O contacto por via eletrónica é dirigido para o e-mail da USF sendo reencaminhado pelo Coordenador ou pelo responsável deste circuito para o profissional a que se destina.

3- O secretariado clínico numa primeira abordagem com o utente deverá identificar qual a sua necessidade, se administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos com ou sem marcação prévia.

4- O atendimento de utentes com necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, na USF ou no domicílio, obedece aos procedimentos definidos para os diferentes processos de prestação de cuidados.

5- A explicitação e informação do funcionamento da USF, bem como dos horários assistenciais do seu médico e/ou enfermeiro de família é obrigatória.

Artigo 24º - Comunicação com os cidadãos

A comunicação entre o utente e a USF Bombarral pode ser efetuada presencialmente ou por contacto telefónico, correio tradicional e eletrónico, portal da USF na internet, placards e panfletos.

1- Contacto telefónico: 262600130

A USF Bombarral garante o atendimento telefónico dos cidadãos nos dias úteis das 14h às 16h excepto à 5ªfeira (das 10 às 12horas)

2- Correio tradicional: Rua Drª Arlindo de Carvalho, nº 27 2540-073 Bombarral

3- Correio electrónico (e-mail): usf.bombarral@arslvt.min-saude.pt

4- Portal da USF na Internet: <http://sites.google.com/site/usfbombarral>

5- Informação escrita: A equipa compromete-se a elaborar informação escrita sob a forma de panfleto, cartazes informativos, guia de acolhimento e portal na Internet

6- Placards informativos interiores: incluem informação com horários, cuidados oferecidos e regras de funcionamento da USF Bombarral, temas educacionais de saúde, orientação e circuito do utente bem como os seus direitos e deveres.

7- Caixa de sugestões: semanalmente a caixa é aberta por um secretário clínico, designado para o efeito, que as encaminha para o Conselho Técnico para posterior análise e exposição na reunião subsequente da equipa multiprofissional. As conclusões serão colocadas ao dispor dos utentes em placard informativo.

Artigo 25º - Continuidade e integração dos cuidados

1- A USF Bombarral garante a continuidade e integração dos cuidados prestados aos utentes, no pressuposto de que todos os profissionais aceitam os valores da USF definidos no art.º 5º do presente regulamento.

2- As ausências dos profissionais, programadas ou não, não devem comprometer a prestação dos cuidados, nomeadamente os que interferem com a saúde dos utentes inscritos e com os objetivos definidos e aprovados no Plano de Ação.

3- A equipa compromete-se a prestar cuidados assistenciais em caso de ausência do médico e /ou enfermeiro de família, de acordo com os serviços mínimos.

Artigo 26º - Mudança de médico ou enfermeiro de família

A USF Bombarral assegura a qualquer cidadão inscrito a possibilidade de mudar de médico ou enfermeiro de família, desde que demonstre essa intenção por escrito e existam condições de integrá-lo num outro profissional da sua escolha que o aceite (de preferência no ficheiro com menos unidade ponderadas). Esta condição é válida apenas por duas vezes.

Artigo 27º - Sistema de Intersubstituição dos profissionais da equipa e serviços mínimos

Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF Bombarral são responsáveis, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, por garantir o cumprimento das obrigações dos

demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

1- O sistema de intersubstituição é efetuado da seguinte forma:

a) Ausências não programadas num período igual ou inferior a duas semanas:

i. Equipa Médica

- 1) Consultas programadas: As consultas que se encontravam programadas para o período em que o respetivo elemento da equipa se encontra ausente, serão efetuadas/asseguradas pelos outros profissionais, em sistema de intersubstituição, no que respeita aos serviços mínimos.
- 2) Consulta aberta: Os utentes com necessidade de consulta no próprio dia serão agendados na primeira vaga disponível de doença aguda
- 3) Visita Domiciliária: O pedido de VD será avaliado/efetuado pelo médico da microequipa do AT que recebe este pedido e que assim decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

ii Equipa de Enfermagem

- 1) Consultas programadas: As consultas que se encontravam programadas para o período em que o respetivo elemento da equipa se encontra ausente, serão efetuadas/asseguradas pelos outros profissionais, em sistema de intersubstituição, sempre que necessário.
- 2) Consulta aberta: A consulta aberta do enfermeiro de família ausente é realizada pelo enfermeiro que se encontra na sala de tratamentos em horário de consulta aberta. Sempre que o utente assim o manifestar pode ser reagendada consulta para o seu enfermeiro de família.
- 3) Visitação Domiciliária: O pedido de VD será avaliado/efetuado pelo enfermeiro que se encontre em horário de visitação domiciliária, que decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

iii Secretários Clínicos

Definido em horário de trabalho de cada profissional o período de atendimento ao público, o serviço de retaguarda e a pausa para refeição, bem como a organização do serviço em situações de ausência e respetiva intersubstituição, sendo que o atendimento ao público é prioritário.

b) Período de férias e ausências programadas:

As ausências programadas são planeadas pela microequipa com a maior antecedência possível de forma a facilitar a organização das suas agendas, evitando a desmarcação de consultas.

c) Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente são garantidas pelos restantes elementos da equipa, através do recurso a trabalho extraordinário (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

d) A situação prevista na alínea anterior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da USF, o ACES deve proceder à substituição do elemento ausente, exceto nos casos em que a ausência resulta do exercício da licença de maternidade (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

2- Durante o período de ausência serão prestados os serviços mínimos:

a) Equipa Médica

- i Atendimento das situações de doença aguda: dar resposta a situações de resolução imprescindível;
- ii Renovação de receituário de medicação crónica;
- iii prescrição de certificado de incapacidade temporária para o trabalho;
- iv Encaminhamento para interrupção voluntária da gravidez (IVG);
- v. Assegurar a 1ª consulta na gravidez e revisão de puerpério; vi. Assegurar a primeira consulta do recém-nascido até ao 28º dia de vida.
- vii. VD por situação inadiável

b) Equipa de Enfermagem

- i Situações de doença aguda e tratamentos de enfermagem que quando não realizados coloquem em risco a recuperação do utente (sala de tratamentos);
- ii. Vacinação inadiável;
- iii. Visita Domiciliária para tratamentos de enfermagem inadiáveis;
- iv. Fornecimento de métodos contraceptivos (incluindo contraceção de urgência);
- v. Realização de Teste de Diagnóstico Precoce entre o 3º e o 6º dia;
- vi. Assegurar a 1ª consulta na gravidez e revisão de puerpério.

c) Secretários Clínicos

- i. Todas as atividades necessárias para manter os serviços mínimos médicos e de enfermagem, incluindo atendimento ao público e registo administrativo de contacto.

3- Sempre que um elemento da equipa necessite de prolongar o seu horário de trabalho, a fim de assegurar a devida resposta assistencial aos utentes da USF Bombarral, as horas extraordinárias serão gozadas em tempo, com recurso a um Banco de Horas (DL nº 208 do código do trabalho) e com acordo prévio do interlocutor/coordenador.

CAPITULO IV - Formação contínua

Artigo 28º - Desenvolvimento profissional contínuo

1 - A USF Bombarral pretende ser um espaço privilegiado de aprendizagem, investigação e de formação dos grupos profissionais que a constituem, quer em formação contínua, quer na formação pré e pós-graduada, de forma a atingir um elevado padrão de exigência, rigor e qualidade.

2- A equipa reconhece que a qualidade de cuidados prestados apenas se mantém através do desenvolvimento profissional contínuo, pelo que elaborará um Plano Anual de Formação Contínua (PAFC) organizado e supervisionado pelo CT.

2- O PAFC deverá ser elaborado até ao dia 31 de março do corrente ano para posterior discussão e aprovação em reunião multiprofissional. Sendo uma proposta de trabalho, o PAFC constitui um documento dinâmico que deverá ser revisto periodicamente e poderá ser alterado, sempre que as circunstâncias e/ou as necessidades formativas da equipa o exigirem.

Artigo 29º - Formação interna

1-A formação interna será agendada de acordo com o PAFC e orientada pelo CT, de forma a manter formação contínua em exercício.

2-As formações têm como principal objetivo: promover a atualização contínua de conhecimentos, estimular o espírito de equipa, contribuir para o aumento da satisfação profissional dos elementos da equipa e consequentemente melhorar a prestação de cuidados.

3-Em termos gerais a formação interna prevê:

a) Discussão de protocolos de atuação;

b) Discussão de Normas de Orientação Clínica;

c) Discussão de critérios de qualidade, relacionados com programas de saúde;

d) Discussão de casos clínicos;

e) Apresentação de trabalhos de revisão e artigos de revistas científicas;

f) Apresentação de resumos de ações de formação externa, participados por elementos da equipa, de forma a partilhar os conteúdos pertinentes com os restantes elementos.

4- Cada sessão realizada, requer o preenchimento prévio do plano da sessão e sua apresentação ao CT.

5-Os responsáveis pela formação, registam o nome dos profissionais presentes (formandos) e entregam o registo ao CT, que procede ao seu arquivo em pasta própria e emite a declaração para efeitos curriculares, em relação a cada elemento.

6- As ações de formação interna serão certificadas pelo CT e/ou Coordenador da Unidade.

Artigo 30º - Formação externa

1 -A USF Bombarral encontra-se empenhada em facilitar o acesso dos seus profissionais à formação contínua, com vista ao atingimento de uma elevada qualidade dos seus serviços, com os consequentes ganhos em saúde. Neste sentido, o PAFC deverá prever a formação externa dos seus elementos, por instituições de reconhecido mérito na área da formação em saúde, particularmente nas componentes relevantes para os cuidados de saúde primários.

2- O agendamento das ações que possam interessar aos profissionais da USF Bombarral deve ser realizado em impresso próprio para o efeito ("Comissões Gratuitas de Serviço"), com 20 dias úteis de antecedência no mínimo.

a) Política de participação dos profissionais:

i As propostas e/ou convites para formação externa, serão apresentados aos interlocutor;

ii A equipa deve garantir a equidade de oportunidades de participação em ações de formação a todos os seus elementos;

iii A participação em ações de formação, deve ser avaliada e decidida em reunião do respetivo grupo profissional com a maior antecedência possível, salvaguardando-se as seguintes condições:

(1) O profissional dispõe de tempo para formação;

(2) A formação externa coincide com as necessidades sentidas ou avaliadas do profissional em causa;

(3) Os eventuais atos já programados para as datas serão reprogramados;

(4) Ficam assegurados os serviços mínimos regulamentados.

iv Caso o número de proponentes para participação numa ação de formação seja superior à capacidade de intersubstituição da equipa, serão usados os seguintes critérios por ordem crescente de prioridade:

(1) Apresentação de trabalhos desenvolvidos na área dos CSP (Autor e/ou Co-Autor, Preletor);

(2) Necessidade expressa no Plano de Formação Anual;

(3) Menor número de formações no ano corrente;

(4) Maior tempo decorrido desde a última formação;

(5) Em caso de empate nos critérios anteriores, far-se-á sorteio entre os elementos interessados.

b) Mecanismo de partilha dos conhecimentos obtidos:

Com o objetivo da promoção da partilha de conhecimentos obtidos nas ações de formação externa, cabe a cada formando a obrigatoriedade de dar conhecimento à equipa dos assuntos mais pertinentes abordados na formação em reunião de grupo profissional, elaborando o relatório de formação externa

Artigo 31º - Formação pré e pós-graduada

- 1- A USF Bombarral possui capacidade física e de recursos humanos para receber regularmente alunos dos cursos de medicina e de enfermagem, para estágios previstos nos seus programas curriculares. A USF Bombarral assegura regularmente a continuidade da sua formação, assim como as condições para a presença dos alunos neste período de formação.
- 2- Os formadores e o CT devem ponderar as implicações desta formação no desempenho e desenvolvimento da USF e submete-las ao CG que decidirá.
- 3- Os internos de Medicina Geral e Familiar, fazem o percurso formativo durante 4 anos, têm autonomia para o exercício da Medicina, mas mantêm-se afetados ao respetivo orientador de formação. Os médicos da Unidade estão aptos a colaborar na formação destes alunos e médicos.
- 4- Encontra-se publicitada aos utentes da USF Bombarral, que estes terão opção de recusarem a consulta médica/enfermagem ou o atendimento por estes profissionais em formação.
- 5- Os profissionais da USF Bombarral podem em qualquer momento do seu percurso profissional, envolver-se em atividades de mestrado ou doutoramento, particularmente nas componentes relevantes para os cuidados de saúde primários. A política de participação nestes programas, rege-se pelos princípios gerais da formação externa.

Artigo 32º - Investigação em cuidados de saúde primários

- 1- A USF Bombarral considera a atividade de investigação uma prática fundamental para a melhoria clínica e desenvolvimento dos CSP, pretendendo participar e/ou realizar estudos de investigação.
- 2- Todos os projetos de investigação serão apresentados em reunião multiprofissional, sendo da responsabilidade do CT, a sua promoção e coordenação, sem prejuízo da liberdade de iniciativa dos vários profissionais nesta área. Depois de aprovados internamente, os projetos serão enviados para o ACES, para a Comissão de Ética, seguindo o protocolo estabelecido pela ARSLVT.
- 3- Depois de aprovados internamente, os projetos serão enviados para o ACES, para a Comissão de Ética, seguindo o protocolo estabelecido pela ARSLVT.

CAPITULO V - Compromisso para a qualidade

Artigo 33º - Monitorização da qualidade

1- A USF Bombarral adota uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantam a conformidade com as boas práticas e contribuam para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos. Assim:

a) A USF Bombarral utiliza o programa SClínico para registos clínicos, que permite retirar dados necessários à análise e monitorização da sua atividade;

b) A USF Bombarral segue as orientações técnicas da DGS no que diz respeito aos vários programas de saúde;

c) A USF Bombarral compromete-se com o desenvolvimento da qualidade através da avaliação do seu desempenho nas várias áreas de prestação de cuidados, de relação com os utentes e entre os profissionais, identificando potenciais problemas e desvios das metas relativas aos objetivos definidos em Plano de Ação, propondo correções e reavaliando;

d) Os responsáveis pelos vários processos da USF Bombarral devem incluir, no “Manual de Procedimentos”, o procedimento de cada processo bem como a metodologia e periodicidade de avaliação do seu cumprimento e os prazos de implementação das correções das não conformidades encontradas;

e) O CT, com o apoio dos profissionais disponíveis, promoverá anualmente uma avaliação da satisfação dos utentes e profissionais da USF Bombarral, utilizando metodologias aceites e validadas para o efeito;

f) O CT, com o apoio dos profissionais responsáveis, promoverá anualmente monitorização da organização dos serviços, realizando uma auditoria interna com aplicação da grelha DiOr-USF. O resultado será divulgado junto da equipa com vista à reflexão e adoção das medidas corretoras necessárias;

g) O Coordenador e o CT devem articular com a direção do ACES a resolução das não conformidades identificadas em sede de segurança, saúde e higiene do trabalho, incluindo a construção e simulação regular do plano de emergência.

2- O nosso compromisso explícito com os utentes encontra-se na Carta de Qualidade.

CAPITULO VI - Disposições finais e transitórias

Artigo 34º - Inibições decorrentes do cumprimento do compromisso assistencial

- 1- Os profissionais ficam obrigados a respeitar os preceitos sobre incompatibilidades consignados no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, contribuindo com o seu saber e disponibilidade para o cumprimento dos compromissos assumidos no Regulamento Interno.
- 2- Os problemas de articulação entre os profissionais que integram a Unidade ou outros, que poderão surgir, deverão ser dados a conhecer ao Coordenador que os procurará resolver, podendo ser discutidos em Conselho Geral, caso se justifique.
- 3- Poderão considerar-se condicionantes do cumprimento do compromisso assistencial os seguintes:
 - a) Falta de recursos materiais e humanos;
 - b) Dificuldade de transporte da USF para realização de domicílios;
 - c) Limitações inerentes ao suporte informático e rede interna;
 - d) Central telefónica.

Artigo 35º - Dúvidas e omissões

As dúvidas ou omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de dois terços dos elementos da USF Bombarral incluindo o Coordenador. As decisões do Conselho Geral sobre as dúvidas ou omissões referidas no número anterior passarão a valer como regra a observar em situações idênticas que venham a surgir.

Artigo 36º - Produção de efeitos e atualização

- 1- O Regulamento Interno produz efeitos a partir do dia seguinte ao da sua aprovação em conselho geral.
- 2- O presente Regulamento Interno deverá ser objeto de atualização sempre que a situação o exija. As alterações serão aprovadas em reunião do Conselho Geral expressamente convocada para o efeito, por maioria de dois terços dos seus elementos.
- 3- Por inerência das suas funções, fica o Coordenador responsável por zelar pelo seu cumprimento.

ANEXO I - Constituição da equipa multiprofissional da USF Bombarral

Nome	Cédula Profissional	Categoria Profissional	Regime Profissional	Regime Contratual
Médicos				
Ana Catarina Duarte Marques e Silva	51601	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Carla Filipa Ferreira de Amorim	53104	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Diogo João Figueiredo da Silva	54938	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Érica Margarida Viana Rocha Martins	55138	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Hugo Daniel Coelho Paiva	53123	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
André Gustavo Dias Salgueiro	53529	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Diana Filipa Costa Marques	54937	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Enfermeiros				
Isabel Maria Duarte Neves Justino Santos	13643	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Isabel Maria Ferreira de Matos	67722	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria da Conceição Coelho Crespo Nobre	20519	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria Emília Barroso Novais	71134	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria Filomena Duarte Vaz Saraiva	30466	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Patrícia Raquel Carneiro da Costa	56982	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Raquel da Costa Januário Barros Marques	1659	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Secretários Clínicos				
Ana Maria Leal dos Santos Ferreira	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Ana Paula Correia Perdigão	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Eva Maria Castro dos Santos	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria José do Couto Vicente	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria do Rosário Ezequiel Mendonça Mil Homens	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI

ANEXO II - Identificação dos responsáveis dos processos da USF Bombarral e delegação de competências

Processos de Prestação de Cuidados	Responsáveis
Procedimentos Gerais, Saúde do Adulto, Consulta Aberta e Intersubstituição	Dra. Catarina Silva Enf. Isabel Santos e Emília Novais Ana Ferreira
Vacinação	Dr. Hugo Paiva Enf Patrícia Costa Paula Perdigão
Saúde Infantil e Juvenil	Dr. Diogo Silva Enf. Isabel Matos Eva Santos
Saúde Materna Planeamento Familiar Rastreio Oncológico	Dra. Diana Marques Enf. Raquel Marques Maria José Vicente
Diabetes Hipertensão Arterial	Dr. André Salgueiro Enf. Conceição Nobre Rosário Mil Homens
Visita Domiciliária e Saúde do idoso	Dra. Érica Rocha Enf. Filomena Saraiva Paula Sobreiro

Processos de Gestão e Organização	Responsáveis
Gestão da Comunicação e Documentação	Paula Perdigão
Gestão de Material	Enf. Conceição Nobre Ana Ferreira
Controlo de Infeção	Dr. Hugo Paiva Enf. Patrícia Costa Rosário Mil Homens

	Responsáveis
Processos de Articulação com C. S. Secundários e Comunidade	Dra. Diana Marques

	Responsáveis
Processos de Formação Interna e Desenvolvimento da Qualidade	Conselho Técnico
Internos (internato geral e formação específica) e alunos de medicina	Dr. Diogo Silva

	Responsáveis
Processos de Supervisão da Qualidade	Conselho Técnico
Gestor da Sinalética	Rosário Mil Homens

Actividades fora da Unidade	Responsáveis
PPCIRA	Enf. Conceição Nobre Enf. Patrícia Costa
Direção de Enfermagem do ACES Oeste Norte Comissão Coordenadora de Avaliação/Enfermagem do ACES Oeste Norte Comissão Paritária do SIADAP/Enfermagem do ACES Oeste Norte Armazéns Avançados do ACES Oeste Norte Prevenção e Gestão do Risco no ACES Oeste Norte	Enf. Conceição Nobre

ANEXO III - Constituição das microequipas

Equipa	Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico
A	Dr.ª Carla Amorim	Enf.ª Filomena Saraiva	Paula Perdigão
B	Dr.ª Catarina Silva	Enf.ª Isabel Santos	Ana Ferreira
C	Dr.ª Diogo Silva	Enf.ª Isabel Matos	Eva Santos
D	Dr.ª Érica Rocha	Enf.ª Emília Novais	Eva Santos
E	Dr.º Hugo Paiva	Enf. Patrícia Costa	Paula Perdigão
F	Dr.ª Diana Marques	Enf.ª Raquel Marques	Mª José Vicente
G	Dr.º André Salgueiro	Enf.ª Conceição Nobre	Rosário Mil Homens

Anexo IV - Calendarização das reuniões

Tipologia	Periodicidade/dia da semana	Horário	Destinatários
Geral	Primeira quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Formação	Segunda quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Grupos profissionais	Terceira quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Microequipas	Quarta quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Conselho Geral	Sempre que se justifique e pelo menos de 3 em 3 meses	14h-16h	Todos os profissionais

ANEXO II: Indicadores da UCSP de Bombarral, ano 2018

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.001.01 FL	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	FL		S	201812	75,00	78,00	88,00	90,00	68,403	0,00
2013.003.01 FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	FL		S	201812	12,00	18,00	35,00	40,00	4,254	0,00
2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL		S	201812	80,00	85,00	95,00	100,00	85,292	2,00
2013.011.01 FL	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FL		S	201812	70,00	75,00	100,00	100,00	85,416	2,00
2013.014.02 FL	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	FL		S	201812	85,00	95,00	100,00	100,00	56,790	0,00
2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL		S	201812	50,00	67,00	100,00	100,00	19,971	0,00
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL		S	201812	50,00	55,00	100,00	100,00	31,793	0,00
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL		S	201812	50,00	60,00	100,00	100,00	38,541	0,00
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	FL		S	201812	47,00	52,00	100,00	100,00	34,396	0,00
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	FL		S	201812	47,00	52,00	100,00	100,00	39,515	0,00
2013.049.01 FL	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	FL		S	201812	40,00	60,00	100,00	100,00	18,867	0,00
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	201812	95,00	98,00	100,00	100,00	97,297	1,00
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	201812	95,00	98,00	100,00	100,00	98,529	2,00
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	201812	95,00	98,00	100,00	100,00	98,701	2,00
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL		S	201812	85,00	92,00	100,00	100,00	83,966	0,00
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	201812	70,00	75,00	85,00	90,00	66,329	0,00
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	FL		S	201812	75,00	80,00	100,00	100,00	21,428	0,00
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	FL		S	201812	10,00	22,00	100,00	100,00	3,117	0,00
2013.274.01 FL	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	FL		S	201812	75,00	85,00	100,00	100,00	43,333	0,00
2013.275.01 FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	FL		S	201812	60,00	70,00	100,00	100,00	44,827	0,00
2013.276.01 FL	276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	FL		S	201812	0,00	0,00	36,00	40,00	39,587	1,00
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	201812	500,00	650,00	1650,00	1650,00	545,752	1,00
2013.295.02 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	201812	70,00	75,00	100,00	100,00	25,000	0,00
2013.297.02 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	201812	77,00	80,00	100,00	100,00	73,791	0,00
2015.307.01 FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		S	201812	70,00	75,00	100,00	100,00	61,111	0,00
2017.255.01 FL	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	FL		S	201812	0,00	0,00	8,00	10,00	8,245	1,00
2017.257.01 FL	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	FL		S	201812	0,00	0,00	5,00	7,00	10,343	0,00
2017.259.01 FL	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	FL		S	201812	0,00	0,00	12,00	15,00	0,726	2,00
2017.330.01 FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	FL		S	201812	0,80	0,85	2,00	2,00	0,719	0,00
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	201812	0,70	0,75	2,00	2,00	0,538	0,00

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	JDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.330.01 FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	FL		S	201812	0,80	0,85	2,00	2,00	0,719	0,00
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	201812	0,70	0,75	2,00	2,00	0,538	0,00
2017.335.01 FL	335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	FL		S	201812	80,00	85,00	100,00	100,00	99,754	2,00
2017.341.01 FL	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	FL		S	201812	90,00	90,00	130,00	135,00	146,851	0,00
2017.342.01 FL	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	FL		S	201812	60,00	20,00	100,00	100,00	83,549	2,00
2017.344.01 FL	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	FL		S	201812	15,00	20,00	35,00	45,00	29,617	2,00
2017.346.01 FL	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	FL		S	201812	15,00	20,00	30,00	35,00	35,053	0,00
2017.347.01 FL	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	FL		S	201812	20,00	22,50	32,50	35,00	31,307	2,00
2017.348.01 FL	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	FL		S	201812	20,00	22,50	32,50	35,00	28,131	2,00
2017.349.01 FL	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	FL		S	201812	10,00	15,00	25,00	35,00	5,507	0,00
2017.350.01 FL	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	FL		S	201812	120,00	120,00	300,00	320,00	425,117	0,00
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	FL		S	201812	120,00	120,00	300,00	320,00	489,276	0,00
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	FL		S	201812	50,00	50,00	90,00	95,00	81,927	2,00
2017.353.01 FL	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	FL		S	201812	50,00	50,00	100,00	105,00	101,102	1,00
2017.354.01 FL	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	FL		S	201812	25,00	25,00	45,00	50,00	47,937	1,00

ANEXO III: Procedimento da Visitação Domiciliária da USF Bombarral

1. OBJETIVO

Orientar a actuação e definir procedimentos para todos os profissionais da USF Bombarral no âmbito da visitação domiciliária (VD).

2. DEFINIÇÕES

Visitação Domiciliária (VD): é uma consulta efectuada ao domicílio a utentes com incapacidade temporária ou permanente de se deslocarem à USF Bombarral e também noutras situações em que esta necessidade seja identificada pelos profissionais.

3. PROCEDIMENTO

1. A equipa de saúde avalia a situação e informa o utente ou familiar/cuidador em 24 horas para agendamento da mesma. Este prazo poderá ser excedido se incluir dias de fim-de-semana ou feriados;

2. Não existe possibilidade de se efetuarem domicílios emergentes, ou seja, imediatamente a seguir à sua solicitação;

3. A acessibilidade à visitação domiciliária é assegurada aos utentes da USF Bombarral, residentes no concelho do Bombarral;

4. A visitação domiciliária poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da USF Bombarral;

5. Os critérios de prioridade para a visitação domiciliária são, por esta ordem, os seguintes: situações de doença aguda ou descompensação de doença crónica, doentes com dependência que os incapacite de se deslocarem, salvaguardando-se sempre a avaliação dessa mesma prioridade caso a caso, por critérios clínicos;

6. A visitação domiciliária será realizada, pelo médico e enfermeiro de família, caso a situação se justifique. Na ausência do respetivo médico ou enfermeiro o pedido de VD será avaliado/efectuado pelo médico/enfermeiro que se encontre em horário de visitação domiciliária, que decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente com a maior brevidade possível.

3.1 PROCEDIMENTO DO SECRETARIADO CLÍNICO

- No dia em que o pedido de consulta é feito:
 - Receber o pedido de Visita Domiciliária (ao balcão ou por telefone)

- Validar documentos (morada do utente e contato telefónico do utente/cuidador)
- Prestar informações
- Entregar folha de identificação do utente ao médico ou enfermeiro de família
- Marcar a consulta na agenda do profissional, na data combinada com o mesmo
- No dia da consulta:
 - Executar o registo administrativo de contacto (RAC);
 - Contactar o utente/cuidador a informar o horário previsto para a VD

3.1.2. PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

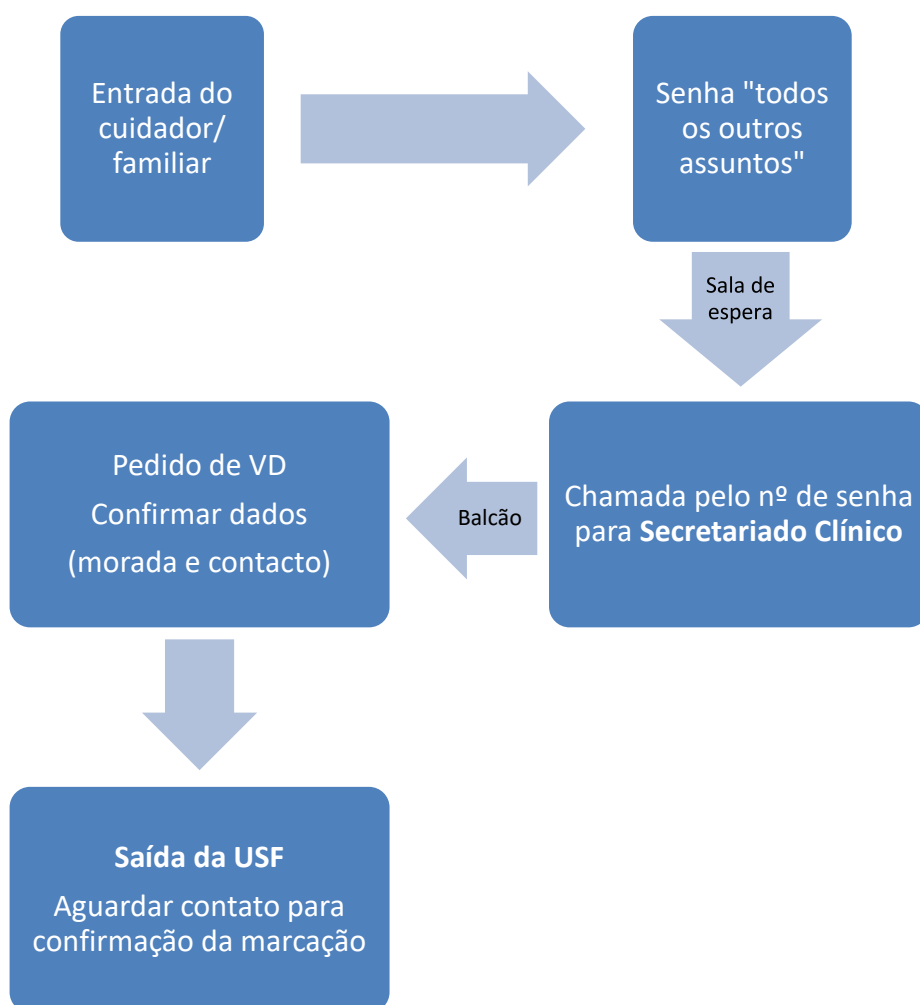
- Preparar a mala dos domicílios;
- Avaliar estado funcional;
- Avaliar parâmetros biométricos;
- Avaliar risco de úlcera ou lesões já existentes;
- Verificar/actualizar o PNV;
- Educação terapêutica, prevenção de quedas, desnutrição, úlceras;
- Promover a reabilitação/conforto do utente;
- Capacitar o utente/cuidador nas transferências, higiene, alimentação, gestão da medicação;
- Remarcar a próxima VD se necessário.

3.1.3. PROCEDIMENTO MÉDICO

- Providenciar o transporte;
- Preparar a mala dos domicílios;
- Avaliar, analisar e registar os problemas de saúde do utente, codificando-os no Sclínico de acordo com ICPC2;
- Solicitar, analisar e registar exames complementares de diagnóstico;
- Avaliar o contexto familiar e sociocultural;
- Verificar necessidade de vacinas extra PNV;
- Prescrição farmacológica e preenchimento de guia terapêutico;
- Referenciação para cuidados hospitalares, cuidados continuados e URAP, caso necessário;
- Remarcar a próxima VD se necessário.

3.1.4. PROCEDIMENTO PARA OS UTENTES

Circuito na USF



APÊNDICE II - Relatório de Estágio II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO ESTÁGIO II

Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

Luís Miguel Cardoso Dionísio

Enfermeira Orientadora: Maria Conceição Nobre

Professora Responsável: Célia Jordão

dezembro 2020

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO ESTÁGIO II

Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

Unidade Saúde Familiar do Bombarral

Luís Miguel Cardoso Dionísio (nº. de aluno 5190204)

Unidade Curricular: Estágio II

Enfermeira Orientadora: Maria Conceição Nobre

Professora Responsável: Célia Jordão

Leiria, dezembro 2020

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECL – Equipa Coordenadora Local

GLC PPCIRA – Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSP – Unidade Local de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IV
INTRODUÇÃO.....	5
1. ENSINO CLÍNICO.....	6
1.1. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES) OESTE NORTE.....	6
1.2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR (USF) DO BOMBARRAL.....	8
1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF BOMBARRAL.....	10
1.4. CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA USF BOMBARRAL.....	11
2. MODELO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	13
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO.....	20
4. CONCLUSÃO.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

ANEXOS

Anexo I: Modelo de Calgary de Avaliação Familiar – intervenção de Enfermagem Sistémica Colaborativa à Família

Anexo II: Projeto de aprendizagem Estágio II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Unidade de Saúde Familiar Bombarral

Anexo III: Apresentação da Sessão “Registos em SClínico”

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo o Modelo de Calgary..	15
Quadro 2: Planeamento da aprendizagem: competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	20
Quadro 3: Planeamento da aprendizagem: competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Área geográfica do ACES Oeste Norte.....	6
Figura 2: Organograma do ACES Oeste Norte.....	8
Figura 3: Centro de Saúde (CS) de Bombarral.....	9
Figura 4: Serviços existentes no CS Bombarral.....	9
Figura 5: Logótipo da USF Bombarral.....	10
Figura 6: Concelho de Bombarral.....	10

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Bombarral.....	11
Gráfico 2: Pirâmide etária do ficheiro do Enfermeiro de Família.....	12

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Ensino Clínico II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, integrado no 2º semestre do 1º ano do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi proposta a realização de um relatório crítico-reflexivo baseado nas competências adquiridas no decorrer do Ensino Clínico, tendo por orientação o Projeto de Aprendizagem proposto, objetivando assim, a identificação das aprendizagens desenvolvidas, as dificuldades encontradas, bem como as estratégias implementadas para alcançar os objetivos e ultrapassar as dificuldades percebidas.

O Ensino Clínico foi planeado de forma a ir ao encontro dos objetivos propostos: o cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Os mesmos vão ao encontro do regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar. (Regulamento Nº 428/2018)

Assim, este Ensino Clínico decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Bombarral entre o dia 28 de setembro a 18 de dezembro de 2020, com duração de 288 horas, sendo orientado pela Enfermeira Maria Conceição Nobre e supervisionado pela Professora Célia Jordão.

No sentido de responder aos objetivos propostos, o trabalho divide-se em três partes, introdução, corpo de texto com o desenvolvimento, onde se contempla a Avaliação Familiar e o plano de cuidados de Enfermagem à família, e onde se identificam os problemas ou potenciais com os respetivos diagnósticos de Enfermagem, os resultados esperados e as intervenções propostas; por fim, surge a conclusão e as referências bibliográficas.

1. ENSINO CLÍNICO

O processo de aprendizagem requer a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a mudança de comportamento através de experiências práticas. (Barroso, 2009)

Assim, o ensino prático representa o contacto dos conhecimentos teóricos com a aplicação prática dos cuidados de enfermagem, possibilitando a integração da dimensão teórica e prática. Esta aprendizagem assume-se como um processo dinâmico, global e não compartimentado. Neste sentido, o ensino clínico é um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado, que permite assimilar a cultura dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de atitudes e a integração e mobilização dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, culminando no desenvolvimento das competências profissionais. O Ensino Clínico é assim um momento privilegiado de aprendizagem, onde a aquisição de competências emerge através de um processo de reflexão, crítica e reorganização da intervenção. (Barroso, 2009)

1.1. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE

O ACES Oeste Norte é um dos 15 agrupamentos integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), com uma extensão geográfica significativa correspondente a 1.056,7 km² que preenche o sul do distrito de Leiria. (Figura 1)



Figura 15: Área geográfica do ACES Oeste Norte ⁷

O ACES Oeste Norte tem autonomia administrativa da ARSLVT e integra os concelhos de Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral. Encontram-se

¹ Fonte: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2899/Manual_de_Acolhimento_-_2016__1_.pdf

inscritos 179768 utentes. (Bilhete de Identidade-Cuidados Saúde Primários – BI - CSP, 2017).

Segundo o Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte (2016), o agrupamento tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de abrangência geográfica; para tal, este assume como atribuições: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença.

O ACES Oeste Norte no âmbito da sua intervenção, integra atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas, participação na formação dos diversos grupos profissionais e promoção de boas práticas clínicas. Assim, objetiva na sua atuação, a promoção e melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade através da gestão eficaz dos seus recursos, assumindo como valores: a Corresponsabilidade; Acessibilidade; Satisfação; Qualidade; e Criatividade / Inovação. (Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte, 2016)

Do ponto de vista estrutural e hierárquico o ACES conta com: o Diretor executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade. Neste contexto, funciona na dependência do Diretor Executivo, a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão. (Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte, 2016)

Segundo o mesmo Manual, o ACES Oeste Norte é constituído por várias unidades funcionais: 10 Unidades de Saúde Familiares; 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 3 Unidades de Cuidados à Comunidade; 1 Unidade de Saúde Pública; 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 1 Equipa de Coordenação Local (ECL) e um Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GLC PPCIRA). (Figura 2)

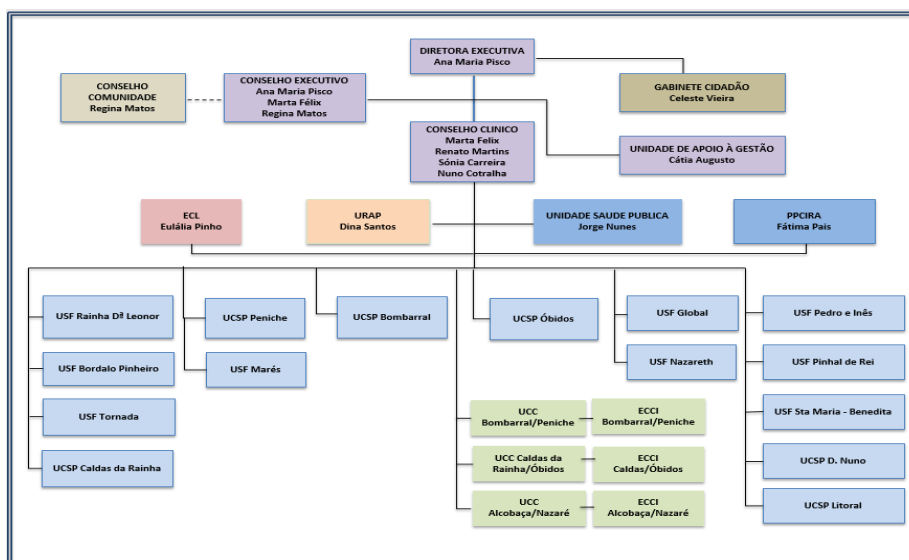


Figura 16: Organograma do ACES Oeste Norte ⁸

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DO BOMBARRAL

O Centro de Saúde (CS) do Bombarral localiza-se na rua Dr. Arlindo de Carvalho, 27, 2540-073, no Bombarral, o seu edifício foi inaugurado em novembro de 2002 e situa-se na vila do Bombarral, ocupando uma área útil de três mil metros quadrados, distribuídos em dois pisos.

No piso superior funcionam as unidades funcionais do ACES Oeste Norte, sendo a acessibilidade arquitetónica para o cidadão com mobilidade reduzida, assegurada com uma rampa de acesso. No piso inferior localiza-se a sala de reuniões e formação do ACES Oeste Norte, a sala do armazenamento do material contaminado, lavandaria, salas de armazenamento dos medicamentos e material de consumo clínico e garagem da viatura elétrica que serve a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Bombarral/Peniche. O espaço exterior consiste em área verde e parque de estacionamento. (Figura 3)

O Centro de Saúde de Bombarral é constituído pela USF do Bombarral, a UCC de Bombarral/Peniche, a Unidade Local de Saúde Pública (ULSP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Consulta do Viajante e a Vacinação Internacional. (Figura 4)

⁸ Na fonte da imagem (BI-CSP, 2017), não se verifica a última atualização do organograma, assim, onde se lê UCSP Bombarral, deveria ler-se USF Bombarral.



Figura 17: Centro de Saúde de Bombarral



Figura 18: Serviços existentes no CS de Bombarral

A USF Bombarral é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais, sustentando a sua atividade numa dinâmica de equipas multiprofissionais.

A USF Bombarral teve início a 02 de julho de 2019, com cerimónia oficial de inauguração no dia 16 de julho, tendo sido a centésima Unidade de Saúde Familiar inaugurada, dando cumprimento à meta fixada pelo programa governamental atual. (Figura 5)

Do ponto de vista dos recursos humanos, a USF Bombarral é constituída por 7 médicos, 1 interno, 7 enfermeiros e 4 secretárias clínicas. A USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e sua continuidade, promovendo a sua atividade de acordo com os valores de: Conciliação, Cooperação, Globalidade, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação e Gestão Participativa. (Decreto Lei 298/2007, art.º 4º e 5º)

Esta USF pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às especificidades da sua comunidade, num contexto de proximidade aos seus utentes e respetivas famílias, através de espírito de equipa empreendedor, sustentável e eficiente. Assim, a sua insígnia enuncia “Juntos para uma saúde melhor!” (Regulamento Interno USF Bombarral, 2019). (Anexo II)

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF BOMBARRAL

O concelho do Bombarral pertence ao distrito de Leiria e está integrado em termos europeus na Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT) III, Região de Lisboa e Vale do Tejo. É um concelho que se situa na região Oeste do País, de natureza rural, e é limitado a Norte pelo concelho de Óbidos, a Noroeste, a Oeste e Sudoeste pelo concelho da Lourinhã, a Este e Sudeste pelo concelho de Cadaval, e a Nordeste pelo concelho de Caldas da Rainha. Apresenta uma área total de 91,28 km² e encontra-se dividido em quatro freguesias, nomeadamente: Bombarral e Vale Covo, Carvalho, Pó e Roliça. (BI-CSP, 2017) (Figura 6)



Figura 19: Logótipo da USF de Bombarral



Figura 6: Concelho de Bombarral⁹

A USF Bombarral serve a população inscrita na USF residente no Concelho de Bombarral. De acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP referentes a outubro de 2020, estão inscritos na USF 11695 utentes, sendo 5576 utentes do género masculino e 6119 utentes do género feminino, todos com médico e enfermeiro de família atribuídos. A população inscrita caracteriza-se é maioritariamente envelhecida e com um índice de dependência total de 69,94%, sendo de 20,87% o índice de dependência de jovens (inferior a 15 anos) e de 49,07% o índice de dependência de idosos. (Gráfico 1)

Os grupos etários predominantes são correspondentes às idades entre os 45 e 74 anos, sendo superiores aos grupos etários mais jovens. Quanto à população feminina 2307 mulheres estão em período fértil (15-49 anos).

De acordo com os dados do MIM@UF, relativos a outubro de 2020, dos utentes inscritos na USF Bombarral, 1232 utentes são seguidos em consulta de diabetes e 3802 têm hipertensão, 4090 são seguidos no rastreio do cancro do cólon e do reto, 2562 mulheres seguidas no programa de rastreio do colo do útero, 144 mulheres vigiadas na consulta de saúde materna e 1672 utentes vigiados na consulta de saúde infantil e juvenil.

⁹ Fonte: https://geneall.net/images/maps/map_155.gif 7 março de 2020

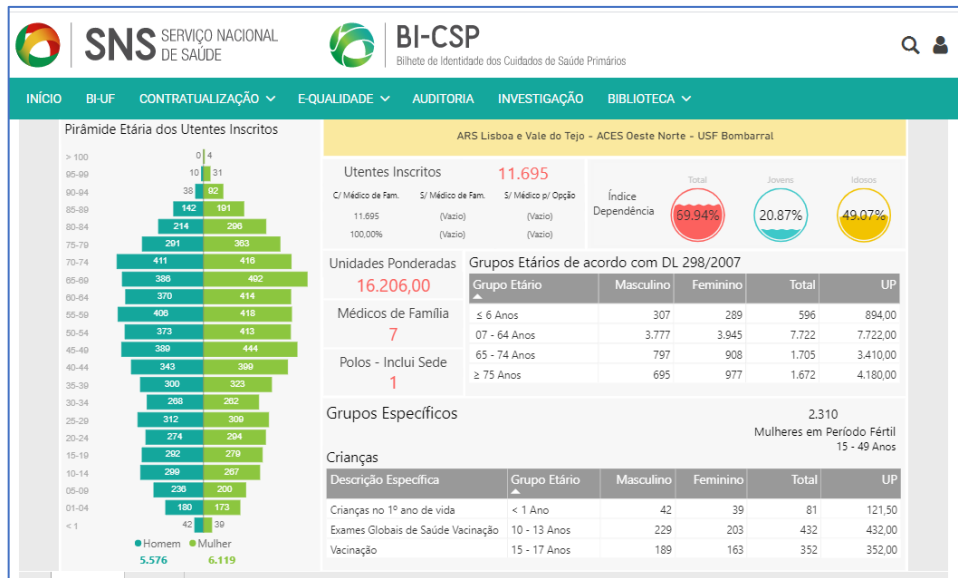


Gráfico 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Bombarral (BI-CSP, 2017)

1.4. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA USF BOMBARRAL (ENFERMEIRA CONCEIÇÃO NOBRE)

O Enfermeiro de Família assume um papel de referência em Cuidados de Saúde Primários (CSP), na medida em que organiza e rentabiliza os recursos adequando-os à pessoa e sua família, contribuindo assim, na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva. Assim, neste sentido, cada Enfermeiro de Família deverá ter, em média, 350 famílias (entre 300-400 famílias) de uma determinada área geodemográfica, embora o número de utentes por Enfermeiro de Família possa ser variável dependendo da complexidade dos cuidados e grau de dependência dos utentes ou famílias. A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) –indica como **limite máximo o número de 1.550 utentes** de forma a que se garanta a segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços, de forma a que **cada família tenha o seu enfermeiro.** (OE, 2020; Decreto-Lei n.º 298/2007)

O ficheiro de família no qual ocorreu integração no decorrer do ensino clínico é constituído, segundo dados constantes da plataforma MIM@UF (10/2020), por 1621 utentes, sendo 768 do género masculino e 853 do género feminino.

Verifica-se que o Enfermeiro de Família em estudo presta cuidados a uma população bastante envelhecida (Gráfico 2), alguns com dificuldades de transporte para a USF, não permitindo acompanhar o horário da sua Enfermeira de Família, bem como a existência de utentes de múltiplas nacionalidades, aparentemente não residindo atualmente no concelho, dificultando o cumprimento de metas a nível de vacinação. Verificou-se em contexto de sala de tratamentos uma elevada prevalência de úlceras de perna de etiologia venosa.



Gráfico 2: Pirâmide Etária do Ficheiro do Enfermeiro de Família

No ficheiro do Enfermeiro de Família verificam-se que 153 utentes frequentam as consultas de Diabetes (diagnosticados 170), 540 frequentam as consultas de Hipertensão Arterial. Encontram-se em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) cerca de 272 mulheres. Estão abrangidas pelo Programa de rastreio do Colo do Útero (entre os 25 e 60 anos) cerca de 305 mulheres. Estão abrangidos pelo Programa de rastreio do cancro do cólon e do reto 578 utentes (dos 50 aos 75 anos). Seguidas na Consulta de Saúde Materna cerca de 14 grávidas e 171 crianças na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (num total de 210).

2. MODELO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Atendendo à necessidade de sistematizar e organizar os dados recolhidos bem como planear a intervenção através do estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, recorreu-se a um referencial metodológico que permitisse analisar a família como um sistema, através do estabelecimento de diagnóstico dos seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis. (Souza *et al*, 2017).

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary surge assim como uma possibilidade para a aplicação prática da avaliação, permitindo realizar a análise familiar, atendendo a aspetos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, com a finalidade de possibilitar um melhor entendimento da família e das suas necessidades de intervenção de forma a permitir uma articulação mais eficiente dos recursos de saúde disponíveis na comunidade, facilitando assim, o estabelecimento de um vínculo entre profissional-utente-família. Assim, a família é compreendida como um sistema, constituído por subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de alcançar e promover um equilíbrio familiar estável. Logo, este é um modelo multidimensional que mobiliza conceitos dos sistemas tais como, cibernética, comunicação e mudança, tendo como foco a família e seus elementos. (Souza *et al*, 2017; Figueiredo e Martins, 2010).

Neste sentido, para a avaliação da família, recorreu-se a instrumentos de avaliação como: o genograma (desenho da família) e o ecomapa (desenho das relações das famílias e grupos externos), o que permitiu verificar as estruturas internas e externas da família, os membros que a compõem, o vínculo afetivo entre eles e o contexto familiar no qual estão inseridos.

Além do recurso ao Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, recorreu-se a escalas de avaliação que permitem uma melhor compreensão da família e uma melhor definição da intervenção mais adequada para a família e seus subsistemas. Assim, recorreu-se à Escala de APGAR familiar de Smilkstein, a qual quantifica a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família; a Escala de FACES II adaptada, que avalia a perceção do funcionamento familiar nas dimensões coesão e adaptabilidade; o Questionário das Forças Familiares e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. (Anexo I)

Após o primeiro contacto com a família que decorreu em âmbito familiar à mesma, deu-se início à colheita de dados cruciais para uma melhor compreensão da família e suas dinâmicas e problemáticas. Assim, procedeu-se à aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, bem como das escalas supramencionadas, tendo sido na sequência da avaliação dos dados recolhidos elaborado o plano de cuidados centrado na família e seus elementos, através da identificação do foco, elaboração do diagnóstico, resultados esperados e intervenções planeadas de forma a alcançar os objetivos definidos, bem como os resultados obtidos. (Quadro 1)

Neste sentido ressalta-se a importância do plano de cuidados, na medida em que coordena a ação da equipa de enfermagem nos cuidados adequados às necessidades específicas de cada pessoa ou família, pressupondo a aceitação de diagnósticos de enfermagem que derivam de um processo sistemático de colheita de dados que servem de base para a intervenção autónoma do enfermeiro de saúde familiar. (Grondin *et al*, 1993; Horta, 2005).

Assim, a finalidade global desta intervenção passa pela aquisição de ganhos em saúde, para a família e seus elementos, sendo que estes são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, expressando assim a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição de situações de incapacidade temporária ou permanente, aumento da funcionalidade física e psicossocial e pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. (Direção Geral de Saúde, 2013)

Assim, para a obtenção de ganhos em saúde é crucial perspetivar o cuidar ao longo do ciclo vital familiar e individual, através das diferentes etapas de desenvolvimento: nascer com saúde, gravidez e período neonatal; crescer com segurança, pós-neonatal até 9 anos; juventude à procura de um futuro saudável, dos 10 aos 24 anos; uma vida adulta produtiva, dos 25 aos 64 anos; um envelhecimento ativo, acima dos 65 anos, e morrer com dignidade. (Direção Geral Saúde, 2013).

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (Anexo I)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar	Avaliação da Intervenção e Resultados
Comunicação	Comunicação familiar comprometida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os diferentes subsistemas familiares consigam comunicar de forma livre, aberta, clara e objetiva os seus sentimentos, dúvidas e receios; ▪ Que os elementos da família possam exprimir-se emocionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consciencialização dos diferentes subsistemas familiares da necessidade de expressão e comunicação emocional; ▪ Incentivar à aceitação da expressão de sentimentos por parte dos diferentes elementos da família; ▪ Promover e incentivar uma comunicação verbal e não verbal clara, direta e consistente de forma a que todos compreendam as diferentes mensagens; ▪ Promover a participação e envolvimento em dinâmicas de comunicação otimizadas para a família através do planeamento de atividades e /ou rituais de comunicação; ▪ Promover e incentivar o <i>feedback</i> familiar relativamente às dinâmicas comunicacionais entre os diferentes subsistemas acerca da sua satisfação em relação à comunicação familiar e ao impacto desta na relação dos diferentes subsistemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior interação comunicacional entre os elementos da família potenciada por FM. ▪ FM refere a tentativa familiar de manter um padrão comunicacional mais aberto, tentando integrar os filhos nas decisões familiares.
	Conflito conjugal relacionado com o apoio à família alargada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal consiga criar estratégias para aceitar e colaborar em conjunto no apoio à família alargada ▪ Que o casal consiga comunicar de forma eficaz e promover o apoio à família alargada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover uma comunicação eficaz entre o casal e família; ▪ Promover estratégias adaptativas na família nuclear de forma a garantir o apoio conjunto à família alargada; ▪ Promover o envolvimento da família; ▪ Promover o suporte na família; ▪ Otimizar o padrão de ligação entre a família nuclear e a família alargada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PM mantém a posição relativamente ao apoio à família alargada, apesar da intervenção e incremento à comunicação e expressão por parte de FM. ▪ Não foi possível a intervenção direta com PM, apenas indireta através de FM.

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (continuação) (Anexo I)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar	Avaliação da Intervenção e Resultados
Papel parental	Comprometimento do padrão de sono e repouso do latente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal compreenda a necessidade do latente ter o seu próprio espaço para dormir; ▪ Que o casal compreenda a necessidade do latente criar o seu próprio ritmo de sono e repouso; ▪ Que o casal possa reassumir um ritmo de sono adequado às suas necessidades reais e obtenha mais privacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar os pais sobre o padrão de sono e repouso necessário e adequado ao latente; ▪ Ensinar os pais acerca da necessidade e importância de regras estruturantes, definindo um espaço próprio para o latente dormir, ainda que no quarto dos pais; ▪ Ensinar os pais acerca do desenvolvimento do latente e as suas necessidades ao longo do crescimento; ▪ Ensinar os pais acerca do desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social do latente; ▪ Ensinar os pais acerca da prevenção de acidentes (o latente dorme na cama dos pais no meio dos mesmos); ▪ Ensinar os pais acerca da importância da socialização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FM refere compreender a necessidade de garantir espaço próprio para o padrão de sono e repouso do latente, passando a utilizar o berço sempre que possível, de forma gradual, para que AM se adapte. ▪ Intervenção limitada, pela articulação e contacto exclusivo com FM.
	Comunicação dos filhos comprometida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os filhos do casal possam comunicar no âmbito do sistema familiar; ▪ Que os filhos do casal possam expressar as suas emoções; ▪ Que os filhos do casal consigam expor e participar nas decisões e dinâmicas familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a comunicação expressiva das emoções das crianças; ▪ Promover a participação da criança e adolescente nas dinâmicas e problemáticas familiares; ▪ Consciencializar as crianças para as condições familiares, dinâmicas, dificuldades, procurando integrá-las como parte importante da sua resolução; ▪ Ensinar sobre as diferentes etapas de desenvolvimento; ▪ Promover a socialização e autonomia das crianças; ▪ Motivar os pais para a importância de regras estruturantes; ▪ Informar os pais acerca da importância da privacidade para o desenvolvimento das crianças; ▪ Motivar os pais para a importância dos pais no desenvolvimento da criança prestes a entrar na adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi possível a intervenção direta com MM e CM, a intervenção foi direcionada para FM, referindo preocupação com a transição de desenvolvimento de MM, procurando interagir sem desvalorização da opinião pessoal e do grupo de pares, procurando que estes façam parte do conhecimento familiar; relativamente à preocupação face à dificuldade de expressão de temáticas mais profundas por parte de CM, pondera recurso a psicólogo. ▪ Procurou integrar os filhos nas decisões dinâmicas familiares.

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (continuação) (Anexo I)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar	Avaliação da Intervenção e Resultados
<p>Manutenção de ambiente seguro</p>	<p>Aquecimento da residência ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a o sistema familiar possa ter um ambiente confortável na sua casa; ▪ Que a família encontre alternativas sustentáveis ecológica e financeiramente para as suas necessidades e bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar a procura de equipamento para aquecimento dirigido às capacidades económicas da família e necessidades específicas; ▪ Incentivar à melhoria das condições climáticas habitacionais; ▪ Orientar para serviços de apoio da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A família tem em curso o acesso a medidas temporárias, nomeadamente aquecedores. ▪ A família aguarda conclusão de construção de nova residência, com as dimensões adequadas a que cada elemento tenha o seu espaço. ▪ Sem necessidade de encaminhamento para instituições ou apoios externos.
	<p>Dimensão da residência não adaptada às necessidades familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a família conviva de forma adequada, garantido a privacidade de todos os seus elementos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar a garantia da privacidade dos elementos do sistema familiar no espaço residencial disponível; ▪ Incentivar a comunicação familiar, de forma a que cada elemento possa expor as suas necessidades de privacidade, descanso e tranquilidade, necessária ao seu bem-estar; ▪ Estabelecer dinâmica familiar que permita a organização de tempos e privacidade para cada elemento. 	
	<p>Risco de consumo abusivo de tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o subsistema familiar diminua a frequência e consumo de tabaco até sua inibição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o consumo de tabaco; ▪ Encorajar a diminuição do uso do tabaco; ▪ Ensinar sobre uso do tabaco, seus riscos de consequências na vida individual e familiar; ▪ Disponibilizar suporte emocional; ▪ Orientar para um grupo de suporte e ou consulta de cessação tabágica. 	

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (continuação) (Anexo I)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar	Avaliação da Intervenção e Resultados
<p>Expressão da sexualidade</p>	<p>Satisfação conjugal comprometida por via da inexistência de tempo em casal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal possa usufruir de tempo de qualidade juntos; ▪ Que os diferentes elementos do casal possam expressar-se emocionalmente; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a comunicação expressiva das emoções e receios dos elementos do casal, incentivando a comunicação verbal e não verbal; ▪ Incentivar a criação de rituais do casal e atividades em conjunto fora do contexto familiar e laboral; ▪ Promover a aquisição de conhecimentos acerca da vivência da sexualidade em casal; ▪ Incentivar o casal a criar condições de privacidade em sua casa para a vivência da sua sexualidade, expressão sexual e atividade sexual. ▪ Incentivar a vigilância em saúde no âmbito do planeamento familiar; ▪ Ensinar o casal acerca dos métodos contraceptivos, e do adequado para as suas necessidades, ▪ Providenciar o contraceptivo, se disponível na unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A intervenção apenas foi possível em FM; esta menciona após intervenção que a criação de rituais e atividades fora do contexto familiar e laboral torna-se complexa, na medida em que além de manterem a falta de privacidade em casa, devido ao contexto residencial atual, o seu tempo e ocupação não lhe permite ter tempo livre e a disponibilidade necessária, mas que considera fundamental na intimidade do casal. ▪ Acresce que FM menciona a dificuldade em poderem fazer atividade motivantes, enquanto casal, em parte devido às restrições e cuidados relativos à vivência da pandemia. ▪ Intervenção limitada, pela articulação e contacto exclusivo com FM.
	<p>Interação sexual comprometida por via do nascimento do 3º filho com limitação da privacidade conjugal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal possa usufruir de uma vida sexual saudável com elevado nível de satisfação; ▪ Que o casal possa exprimir a sua sexualidade. 		

As intervenções propostas não foram realizadas na sua totalidade em tempo útil, quer pela limitação temporal, quer pela dinâmica atual dos serviços, bem como dificuldade em estabelecer contacto com os restantes elementos da família em estudo, por via das suas circunstâncias laborais e de atual confinamento. Assim, apesar de se entender a família como um sistema, em que cada elemento é crucial no desenvolvimento de dinâmicas e equilíbrio do sistema familiar, a intervenção foi direcionada para a capacitação do elemento mais acessível no contacto no tempo de ensino clínico, e com mais disponibilidade para o mesmo. Assim, o objetivo, pelas dificuldades encontradas nesse sentido, passou pela capacitação deste elemento, **FM**, de forma a atuar como ponto de equilíbrio do sistema familiar, e de forma indireta intervir nos restantes elementos familiares.

A família, assume-se assim como um todo, que estabelece trocas com o exterior, evoluindo nos seus diferentes contextos, sendo um sistema aberto que recebe influências e influencia em simultâneo, regulando esta abertura ao longo do tempo e mediante as suas necessidades; assim, é informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, criando desta forma as suas determinações e finalidades, integrando assim as informações que recebe. (Alarcão, 2000)

A mesma autora acrescenta que as interações entre os elementos do sistema familiar se organizam em sequências e trocas verbais e não verbais, que resultam de adaptações recíprocas, implícitas ou explícitas entre os seus elementos.

Apesar destas condicionantes, considera-se que a avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e traduzido pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, procurando dar continuidade a uma intervenção em mutação permanente em função das necessidades sentidas e percebidas pela família e pelo enfermeiro de família. (Figueiredo, 2012)

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO

A aquisição, desenvolvimento e avaliação de competências de carácter científico e humano, implicam a existência de situações educacionais adequadas, de simulação e/ou em contextos reais de prestação de cuidados de enfermagem, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, possibilitando assim, a transformação do conhecimento em competência. (Barroso, 2009 citando Carvalho, 2005).

Assim, definem-se competências comuns como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados bem como à sua intervenção na área da formação, investigação e assessoria; e as competências específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, evidenciadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde. (Regulamento Nº 122/2011)

No sentido de sistematizar a aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências, foi desenvolvido um Projeto de Estágio (Anexo II), onde se definiram as competências a desenvolver e adquirir em Ensino Clínico. Assim, integram-se neste relatório as competências definidas, e reflexão acerca da sua aquisição. (Quadros 2 e 3)

Quadro 2: Planeamento da aprendizagem: Competências Comuns Enfermeiro Especialista (Anexo II)

C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a equipa multidisciplinar ➤ Integrar a equipa de saúde, conhecendo as suas dinâmicas funcionais e organizativas ➤ Conhecer a atuação da equipa multidisciplinar nos programas nacionais. ➤ Promover a visibilidade da prática específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar junto da restante equipa interdisciplinar. ➤ Consultar enfermeiro orientador em caso de dúvidas ou incertezas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. ➤ Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. ➤ Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. ➤ Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A integração na equipa multidisciplinar foi relativamente fácil. A compreensão da forma organizativa do trabalho desenvolvido foi um pouco mais complexa, pois em contexto laboral similar existe uma dinâmica diferente. ➤ Obteve o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora, que sempre se mostrou disponível. ➤ Pela condicionante do horário no turno da tarde da Enfermeira Orientadora, o contacto com a restante equipa ficou limitado às características das dinâmicas funcionais do turno.

Quadro 2: Planeamento da aprendizagem: Competências Comuns Enfermeiro Especialista (continuação) (Anexo II)

B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica			
B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.			
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem	Desenvolvimento de Processo
B.1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar na definição de objetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. ➤ Desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. ➤ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. ➤ Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. ➤ Comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvido o âmbito da melhoria contínua de formação, na perspetiva de formador, acerca dos “Registos em S Clínico” tendo por base a integração da colheita de dados por via dos indicadores sensíveis à prática de enfermagem, procurando evidenciar a prática da enfermagem dando visibilidade à sua intervenção, bem como os ganhos em saúde obtidos, com base em dados objetivos e tratáveis do ponto de vista estatístico. (Anexo III) ➤ Incorporada a experiência profissional e conhecimentos prévios de forma a incrementar a prática de registos na USF Bombarral, permitindo o aprofundamento de competências. ➤ Colaborei com os elementos da equipa no sentido de efetuarem registos clínicos de forma sistemática, com vista à obtenção de uma intervenção mais planeada e estruturada, bem como obtenção da sua visibilidade, traduzida em dados observáveis.
B.1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deter conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua; ➤ Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. 	
B.2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recorrer a evidência científica para avaliar a qualidade dos cuidados prestados; ➤ Utilizar os dados relativos a indicadores de forma a promover a melhoria das práticas desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. ➤ Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. ➤ Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. ➤ Aplica instrumentos de avaliação de resultado. 	
B2.2 Planeia programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar áreas específicas nas quais possa ocorrer intervenção no sentido de melhorar a prática e a sua visibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica oportunidades de melhoria. ➤ Estabelece prioridades de melhoria. ➤ Selecionar estratégias de melhoria. 	
B2.3. Lidera programas de melhoria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com os diversos elementos da equipa no sentido de melhorar continuamente os processos de melhoria da qualidade onde possa participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. ➤ Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes. 	

No sentido de dar sentido à intervenção desenvolvida no âmbito da melhoria contínua, sentiu-se necessidade de estabelecer e acrescentar as competências supracitadas, ao que inicialmente havia sido proposto em contexto de Projeto de Estágio, uma vez que estas não havendo sido contempladas inicialmente surgem agora como fundamentais para uma melhor compreensão do desenvolvimento do ensino clínico.

Quadro 3: Planeamento da aprendizagem: Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo II)

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.			
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem	Desenvolvimento de processo
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a realidade e características específicas da comunidade (famílias) acompanhadas na USF na área geográfica que esta envolve, selecionando uma família para intervenção específica, mediante a sugestão da Enfermeira Especialista Orientadora; ➤ Estabelecer uma comunicação eficaz com as famílias e seus membros individualmente; ➤ Promover a participação ativa e esclarecida na tomada de decisão em saúde, no decorrer da intervenção diária em contexto de estágio, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença; ➤ Incentivar à definição de objetivos de saúde por parte da família e elaboração de um plano de ação em parceria com a família. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. ➤ Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. ➤ Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. ➤ Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde. ➤ Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizado reconhecimento da área de abrangência geográfica da USF Bombarral, bem como as características gerais da população, tratando-se de uma comunidade tendencialmente rural, com limitações várias na acessibilidade aos cuidados locais de saúde, por via das dificuldades de transporte e deslocação, numa população tendencialmente envelhecida.
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer os antecedentes familiares e individuais de cada elemento da família, por via da interação, consulta de registos; ➤ Recolher informação adicional por via da interação enfermeiro – família, observação e comunicação não verbal; ➤ Recorrer a instrumentos de avaliação familiar de forma a compreender as dinâmicas familiares específicas, crenças, valores de forma a empoderar a família e seus elementos: Modelo de Calgary, genograma, ecomapa e outros; ➤ Definir estratégias e capacitar a família e seus elementos para manter a coesão e saúde familiar, nos seus diversos domínios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhece o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura família, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde ➤ Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal. ➤ Utiliza instrumentos de avaliação familiar. ➤ Identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões. ➤ Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Foi selecionada uma família para estruturação da intervenção, focando assim a intervenção com base em Modelos de avaliação, e escalas de avaliação que permitissem identificar as características, necessidades através da colheita de dados, permitindo estabelecer e definir uma intervenção adequada e conjunta com a família. (Anexo I)

Quadro 3: Planeamento da aprendizagem: Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (continuação) (Anexo II)

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.			
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem	Desenvolvimento de processo
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o histórico familiar, valores, crenças culturais e espirituais da família e sua influência na resposta a situações de saúde e doença complexas; ➤ Encorajar a família e seus elementos a partilhar a sua história de vida; ➤ Compreender junto da família o que esta entende como situação complexa, de forma personalizar o cuidado e a intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. ➤ Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. ➤ Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na abordagem da família, foram colhidos dados relativos à sua história familiar, encorajando a partilha dessa mesma história, de forma a compreender as situações complexas passíveis de gerar desequilíbrios de dinâmica familiar; após esta colheita de dados e aplicação dos modelos e escalas, foram delineados objetivos e diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções consideradas, conjuntamente com a família, mais adequadas para ultrapassar determinada barreira ou dificuldade.
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer fatores ambientais, recursos familiares passíveis de influenciar a resposta familiar e dos seus membros; ➤ Intervir como elemento de capacitação da família de forma a que ocorra tomada de decisão de forma informada e responsável ajustada à condição familiar; ➤ Promover a segurança, qualidade e confidencialidade dos cuidados prestados, com base em princípios éticos fundamentais. ➤ Interagir regularmente com a família quanto seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente. ➤ Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. ➤ Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, dando feedback sistemático centralizados nos pontos fortes. ➤ Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. ➤ Desenvolve e analisa com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar, promovendo a identificação dos recursos necessários à obtenção de oportunidades de crescimento e mudança; ➤ Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. ➤ Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio, e estratégias para melhorar a dinâmica familiar com vista aos objetivos de saúde, estimulando a mudança. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procurou-se definir a intervenção no sentido de facilitar a transição para um ponto de equilíbrio no caso de situações complexas, como, a transição de filho da idade escolar para a adolescência, filhos em idade escolar e filhos latentes, bem como para outras necessidades sentidas pela família. ➤ Para este processo se realizar, foram realizadas visitas domiciliárias à família com a colaboração da equipa de Enfermagem., optando por garantir o conforto, e um ambiente conhecido à família, de forma a gerar sentimentos de segurança que possibilitassem uma maior partilha, e propiciassem o desenvolvimento de uma relação terapêutica.
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, dando visibilidade aos cuidados prestados. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ No decorrer de todo o processo existiu a procura pela manutenção da privacidade da família, em momento algum identificada de forma direta, primando pela prática do sigilo profissional. ➤ Adveio a dificuldade da intervenção ser direcionada para a família, e nunca perdendo do foco dos cuidados a família, ter sido limitada a um elemento da mesma, assegurando assim, uma interação indireta nos restantes elementos, por via da capacitação de um único elemento.
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma ➤ Criar um ambiente seguro, promotor da interação e partilha, estabelecendo uma relação de terapêutica; ➤ Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde, baseando a intervenção em conhecimentos ajustados às necessidades da mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; ➤ Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. ➤ Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. ➤ Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ➤ Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. 	

Quadro 3: Planeamento da aprendizagem: Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (continuação)

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.			
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem	Desenvolvimento de processo
Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprofundar e adquirir conhecimentos atuais, com base na pesquisa, observação, orientação e prática no decorrer do Estágio, a fim de melhorar a prática em enfermagem da saúde familiar e o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; ➤ Elaborar um Plano de Cuidados de Intervenção à família (Estudo de Caso). ➤ Prestar cuidados de enfermagem de saúde familiar ao utente e à família nos diferentes contextos de prestação de cuidados com a Enfermeira Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. ➤ Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. ➤ Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. ➤ Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. ➤ Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. ➤ Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Foi possível a estruturação de um plano de cuidados direcionado à família em estudo, bem como através do mesmo e da interação com Enfermeira Orientadora e restante equipa aprofundar os conhecimentos acerca dos métodos de avaliação familiar, bem como realizar uma pesquisa e aprendizagem mais profunda e orientada para a prática dos cuidados especializados, permitindo o desenvolvimento de novas competências, e o aprofundamento de outras.
2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar			
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com a equipa interdisciplinar nos diferentes domínios da intervenção; ➤ Participar no processo de orientação e referenciação da família para outros profissionais diferenciados; ➤ Participar na gestão da continuidade de cuidados, planeamento, desenvolvimento de programas de saúde familiar, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, nos diversos níveis. ➤ Promover a acessibilidade no acesso aos cuidados e visibilidade dos mesmos, num âmbito de uma prática especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Referencia a família para outros profissionais de saúde. Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. ➤ Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. ➤ Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. ➤ Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. ➤ Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar ➤ Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. ➤ Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestação de cuidados no âmbito da prevenção da doença, no que se refere à vacinação. ➤ Prestação de cuidados globais à família. ➤ Compreensão do papel do enfermeiro especialista em saúde familiar, a sua importância na visão mais abrangente do cuidar focado na família; ➤ Compreensão da importância do papel do Enfermeiro Coordenados na gestão de recursos humanos e materiais no âmbito dos cuidados na comunidade. ➤ Recurso aos meios informáticos disponíveis para obter as informações mais adequadas relativamente a aspetos clínicos relevantes que permitam a elaboração de uma intervenção adequada as necessidades reais de cada família; ➤ Não foi possível em tempo promover a visibilidade da prática de enfermagem de família de forma direta à comunidade e entre instituições, tendo-se desenvolvido uma formação no sentido de potenciar essa divulgação por via indireta, aquando tratamento de dados e indicadores, podendo ter a minha intervenção visibilidade nos números gerais da USF.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.			

4. CONCLUSÃO

A possibilidade de abrir horizontes após alguns anos de prestação de cuidados de enfermagem gerais, torna este momento de aprendizagem em algo único, que além de nos testar do ponto de vista pessoal, nos desafia do ponto de vista profissional. Esta aprendizagem reforça a necessidade de uma atualização de conhecimentos constante, mas principalmente de enveredar numa prática especializada única, que orienta os cuidados para o seu foco de intervenção, garantindo não só que o cuidado é personalizado, adaptado e centrado de forma holística na família e nos seus elementos, mas também que gera sentimentos de gratificação aos profissionais, pelo incremento na sua capacidade de reagir, interagir e cuidar. (Denham *et al*, 2016)

Este ensino clínico, teve um grande impacto a nível de aprendizagens, mas também a nível profissional, no meu local de trabalho, oferecendo uma visão mais ampla, aberta e com capacidade de responder de forma mais direcionada, no entanto, o caminho a percorrer ainda irá possibilitar o desenvolvimento de competências que estão a emergir, e a aquisição de outras para as quais ainda não foi possível orientar a prática em ensino clínico.

A experiência na USF Bombarral, mostrou-se dinâmica, multifacetada e permitiu o cumprimento da maioria dos objetivos propostos, num âmbito alargado, pela integração em contexto de USF, mas também pelos desafios que trouxe do ponto de vista do desenvolvimento e experiências.

Assim, crê-se que poderia ter desenvolvido mais atividades, nomeadamente no âmbito da visibilidade da prática especializada e na melhoria contínua dos cuidados, no entanto tal não foi possível, no entanto para futuro ensino clínico perspetiva-se o desenvolvimento de mais competências, tentando alcançar as famílias e todos os seus elementos aquando a detenção de problemas que careçam da intervenção do enfermeiro, o que foi uma limitação no contexto deste ensino clínico.

No entanto, considera-se que apesar das dificuldades sentidas no desenvolvimento do ensino clínico, lamentando o impacto do atual contexto pandémico no decorrer do ensino clínico, foi possível atingir os objetivos inicialmente definidos, apesar de ainda existir muito para desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (2016) Manual de Acolhimento do ACES Oeste Norte

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, Centro de Saúde do Bombarral. Regulamento interno USF Bombarral (2019)

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto

Barroso, I. M. A. R.C (2009). O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stress nos estudantes. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Baltazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaoIsabelBarroso.pdf>

BI-CSP (2017) Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>

Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República, 1.ª série, N.º 161 de 22 de agosto de 2007. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>

Denham, S. et al (2016). Family-Focused Nursing Care. Filadélfia, PA: FA Davis Publishers Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=xcjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Direção Geral de Saúde (2013) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures.

Figueiredo, M. H. J. S., e Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde, 9(3), 552-559.

Grondin, L.; Lussier, R.; Phaneuf, M.; Riopelle, L. (1993). Planificação dos cuidados de enfermagem. Instituto Piaget.

Horta, W. (2005). Processo de enfermagem. Editora Pedagógica Universitária, Ltda.

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Press Release - Enfermeiro de Família proposto pela Ordem dos Enfermeiros aprovado em Conselho de Ministros*. Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [Press Release - Enfermeiro de Família proposto pela Ordem dos Enfermeiros aprovado em Conselho de Ministros \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/pt/press-release-enfermeiro-de-familia-proposto-pela-ordem-dos-enfermeiros-aprovado-em-conselho-de-ministros)

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018. Disponível em: www.dre.pt

Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011. Disponível em: www.dre.pt

Souza, T.; Melo, A.; Costa, C.; Carvalho, J. (2017). Modelo calgary de avaliação familiar: avaliação de famílias com indivíduos adoecidos de tuberculose, Revista Enfermagem em Foco 8 (1) pp. 17-21.

ANEXOS

Anexo I: Modelo de Calgary de avaliação familiar - Intervenção de Enfermagem Sistémica Colaborativa à Família



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Modelo de Calgary de avaliação familiar
Intervenção de Enfermagem Sistémica Colaborativa à Família**

Luís Dionísio, nº 5190204

Enfermeira Orientadora: Maria Conceição Nobre

Leiria, novembro, 2020



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Modelo de Calgary de avaliação familiar
Intervenção de Enfermagem Sistémica Colaborativa à Família

Luís Dionísio, nº 5190204
Enfermeira Orientadora: Maria Conceição Nobre
Docente: Professora Célia Jordão
Leiria, novembro, 2020

ÍNDICE QUADROS.....	III
ÍNDICE FIGURAS.....	III
INTRODUÇÃO.....	4
1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO CALGARY.....	6
1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	6
<i>1.1.1 Estrutura interna.....</i>	<i>6</i>
<i>1.1.2 Estrutura externa.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.3 Contexto</i>	<i>10</i>
1.2 CATEGORIA DESENVOLVIMENTO	11
<i>1.2.1 Etapas.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Tarefas.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.3 Vínculos</i>	<i>12</i>
1.3 CATEGORIA FUNCIONAL.....	12
<i>1.3.1 Instrumental</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2 Expressivo</i>	<i>14</i>
2.PLANO DE CUIDADOS.....	17
3. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO SOCIAL DE GRAFFAR

ANEXO II: ESCALA APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

ANEXO III –ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR (FACES II) ADAPTADA

ANEXO IV– QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES

ANEXO V – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 : Plano de Cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary.....	18
--	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Genograma familiar.....	8
Figura 2: Legenda do genograma.....	9
Figura 3: Ecomapa familiar.....	9
Figura 4: Legenda do ecomapa.....	10

INTRODUÇÃO

A família é vista como um conjunto de pessoas que se autointitulam família, que têm um compromisso de cuidado e bem-estar entre si. Assim, é no seio da unidade familiar que se vivem as diferentes expectativas face aos diferentes membros, sendo, a saúde familiar um atributo de interação dos membros, para que os indivíduos garantam suporte entre si, demonstrando desta forma a complexidade relacional da unidade familiar (Denham *et al*, 2016).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação entre o enfermeiro e a família, enfatizando as relações e a reciprocidade, na concepção de um processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012).

O Enfermeiro de Família tem por objetivos gerais cuidar a família, como unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, e liderar e colaborar no âmbito dos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018). Por objetivos específicos, assumem-se: promover a capacitação com foco na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições; reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, conferindo-lhe uma organização estrutural específica; desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo; gerir os recursos necessários à prestação de cuidados à família, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família.

Assim, é fundamental visionar a família como parceira dos cuidados, ajudando-a na procura de soluções para os seus problemas de saúde, estimulando a sua participação no planeamento e execução das intervenções, de forma a promover o seu crescimento e desenvolvimento (Whyte, 1977; Friedman, 1998; Wright & Leahey, 2002; citados por Figueiredo, 2009).

Para tal, é fundamental um conhecimento profundo da família, requerendo assim a recolha de dados e o recurso a instrumentos como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, para possibilitar o estudo da organização e dinâmica da família, adotando uma

perspetiva multidimensional, de forma a desenvolver um melhor planeamento dos cuidados familiares (Figueiredo & Martins, 2010).

Tendo em conta as especificidades e complexidade das famílias, compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados pretendidos pela mesma (Regulamento nº 428/2018).

Neste âmbito, foi solicitada a aplicação do processo de enfermagem com base no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, e a elaboração de um plano de cuidados e a fundamentação teórica na qual se baseia a atuação. Este estudo insere-se no âmbito da Unidade Curricular do Ensino Clínico II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, integrado no 2º Semestre do 1º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria âmbito do Estágio II e foi realizado na Unidade de Saúde Familiar do Bombarral.

No sentido de responder aos objetivos propostos, o trabalho divide-se em três partes, introdução, corpo de texto com o desenvolvimento, onde se contempla a avaliação familiar e o plano de cuidados de Enfermagem à família, onde se identificam os problemas ou potenciais com os respetivos diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções propostas; por fim, surge a conclusão e as referências bibliográficas.

8. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO CALGARY

A prestação de cuidados de enfermagem às famílias, requer na sua intervenção o recurso a modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a colheita de informação e para o planeamento de intervenções, em parceria com os elementos familiares, tal como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary. Este Modelo permite avaliar a organização familiar considerando os seus subsistemas, propondo uma estrutura de avaliação multidimensional, nas categorias estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo e Martins, 2010).

1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Segundo este modelo a avaliação estrutural de uma família divide-se em três subcategorias: interna, externa e contexto.

1.1.1 Estrutura interna

A estrutura interna engloba os seguintes indicadores de avaliação:

- **Composição familiar**

A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade quanto à sua configuração (Figueiredo, 2012). Neste caso clínico surge uma família nuclear constituída por cinco membros: **PM**, género masculino, 37 anos de idade, empresário, 11º ano de escolaridade; **FM**, género feminino, 44 anos de idade, escriturária, 12º ano de escolaridade, casada com **PM**; **MM**, filha, 13 anos, estudante, a frequentar o 8º ano; **CM**, filha, 9 anos, estudante, a frequentar o 4º ano e **AM**, filho, 9 meses.

- **Género**

Os géneros da família correspondem às suas características biológicas.

- **Orientação sexual**

Os membros **PM** e **FM** apresentam uma orientação heterossexual. As filhas **MM** e **CM** aparentemente manifestam orientação heterossexual.

▪ **Ordem de nascimento**

Esta subcategoria refere-se à posição dos filhos, na família, em relação à idade e género. Segundo Wright e Leahey (2012), a ordem de nascimento, género e diferenças de idade entre irmão são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação. Cronologicamente, **FM** tem 44 anos, **PM** 37 anos; **MM** 13 anos, **CM** 9 anos e **AM** tem 9 meses.

▪ **Subsistemas**

Segundo Alarcão (2000), numa família podemos encontrar fundamentalmente quatro subsistemas: individual, conjugal, parental e fraternal. Nesta família encontra-se o subsistema individual, composto por cada um dos elementos; o subsistema conjugal é constituído pelos membros **PM** e **FM**; o subsistema parental é habitualmente constituído por adultos/pais, mas agora com funções executivas pois visa a educação e proteção das gerações mais novas (**PM** e **FM**) e o subsistema fraternal constituído pelos irmãos, nesta família é composto pelos elementos **MM**, **CM** e **AM**.

▪ **Limites ou fronteiras**

Segundo Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) existem três tipos de limites: os claros que delimitam o espaço e as funções dos diferentes subsistemas e possibilita a troca de influência entre os mesmos; os difusos, envolvem uma enorme permeabilidade colocando em causa a diferenciação dos subsistemas; e, por fim, os rígidos que dificultam a comunicação e a compreensão recíproca. Os limites dos subsistemas e dos sistemas familiares constituem-se como regras que definem quem e como participa cada elemento, sendo a função destes proteger a diferenciação desses mesmos sistemas ou subsistemas, regulando a passagem de informação entre a família e o meio, assim como os diversos subsistemas. Assumindo por base o mesmo autor, considero esta família como funcional, já que os limites entre os diferentes subsistemas familiares são maioritariamente claros, pois o espaço e funções de cada membro estão delimitados, permitindo a troca de influências entre os mesmos.

1.1.2 Estrutura externa

No que concerne à estrutura externa, esta pode ser categorizada quanto à família alargada e aos subsistemas mais amplos.

▪ **Família Alargada**

A família alargada é composta por outros elementos que não os pais e os filhos, podendo incluir avós, tios, primos, entre outros, não coabitantes com a família alargada (Alarcão, 2000). No caso desta família consiste nos pais de **PM** e seus três irmãos, bem como os pais de **FM**, sua irmã e sobrinhas. Os pais de **PM** vivem numa aldeia próxima, enquanto que os pais de **FM** e a sua sobrinha vivem na mesma aldeia. Há uma boa relação entre todos, com exceção de **PM** e seu pai, já que **PM** não se revê na postura do seu progenitor, considerando que este sobrecarregou a esposa durante a vida, de modo egoísta e despreocupada, nunca contribuindo suficientemente para a sua educação e sustento, bem como dos seus irmãos, em contraponto com a postura que **PM** assume com os seus filhos (**FM** relaciona a postura distante e despreocupada do seu sogro com o seu passado enquanto seguidor da cultura hippie). A sobrinha **E** foi “criada como uma filha”, já que ficou a viver sozinha desde os 18 anos, após emigração de sua mãe **A**, tendo muito apoio de **FM**. **FM** tem um vínculo forte aos seus pais, prestando apoio na atividade desempenhada pelo seu pai, após a sua atividade laboral (o seu pai é construtor civil). A família nuclear e alargada pode ser representada através do genograma, sendo que, segundo Gottlieb (2016), consiste numa representação visual dos elementos da família e da natureza e padrão dos seus relacionamentos, retratando as relações através das gerações (verticalmente) e dentro das gerações (horizontalmente). (Figura 1 e 2)

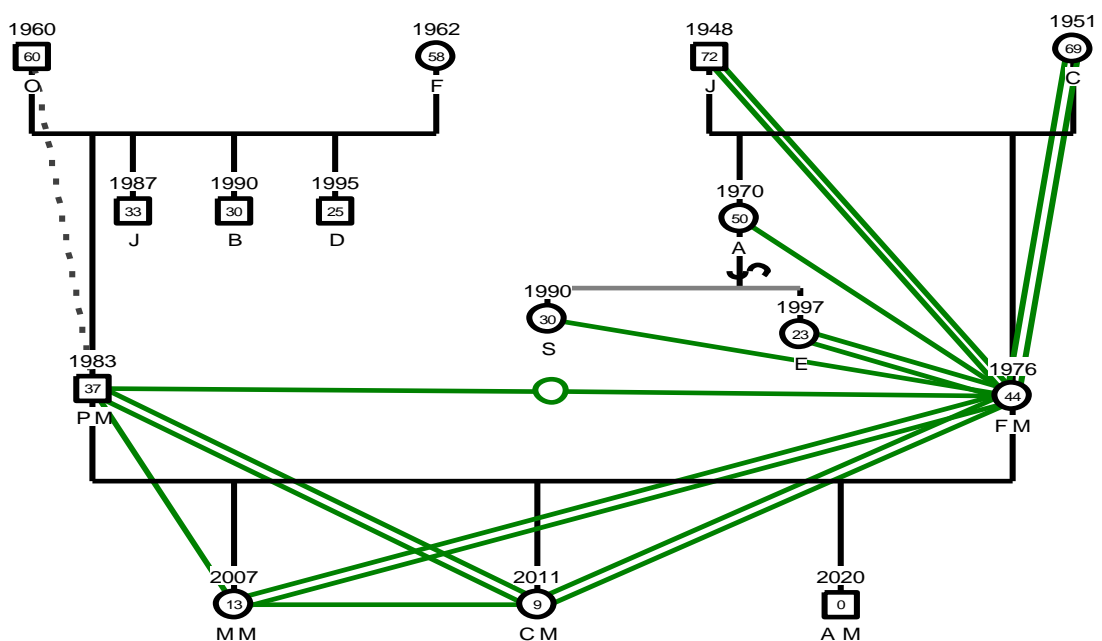


Figura 1:

Genograma familiar

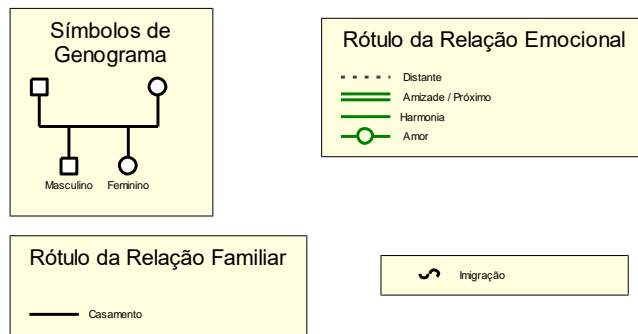


Figura 2: Legenda do Genograma

▪ **Subsistemas mais amplos**

Segundo Figueiredo (2012), os subsistemas mais amplos incluem as interações sociais em que a família participa, sejam estas instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencentes à família alargada e proporcionando ajudas diferenciadas. Poderão ser representadas através da elaboração do ecomapa, que consiste na representação gráfica da rede social da pessoa, incluindo amigas, família alargada, vizinhos, trabalho, sistema de saúde, grupo religioso e organizações comunitárias (Friedman *et al.*, 2003 citado por Gottlieb, 2016). No caso desta família, as redes de apoio social são: a Unidade de Saúde Familiar do Bombarral, as escolas frequentadas pelas filhas, a vizinhança e alguns amigos, os pais e irmãos de **FM** e **PM**, bem como a empresa detida por **PM**, na qual trabalha **FM**. (Figura 3 e 4)

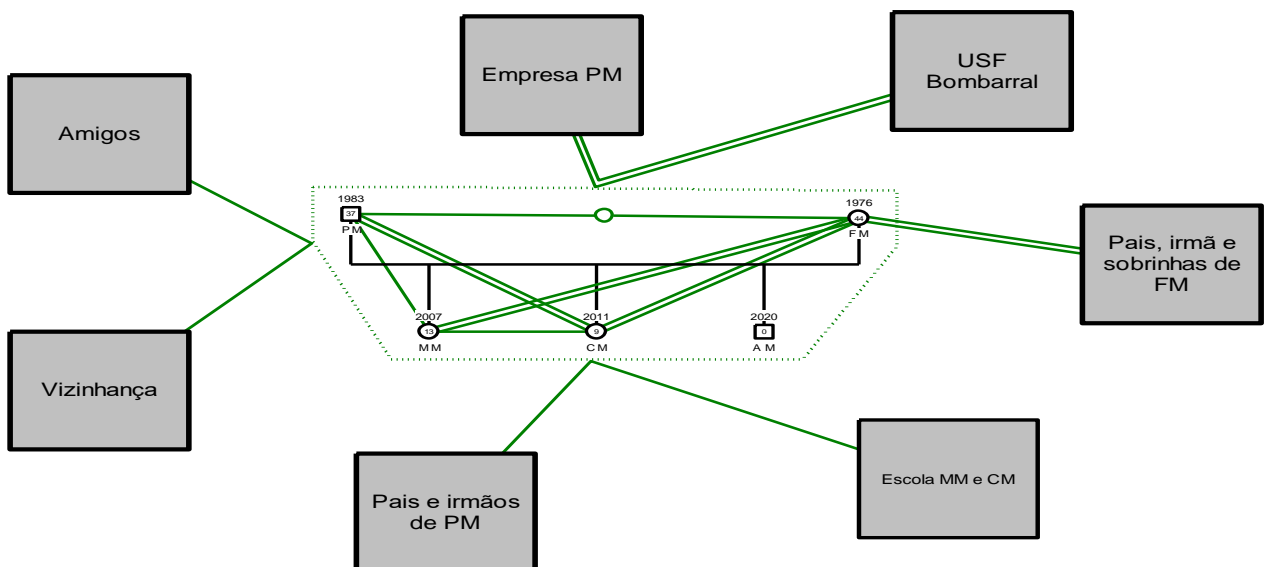


Figura 3: Ecomapa familiar

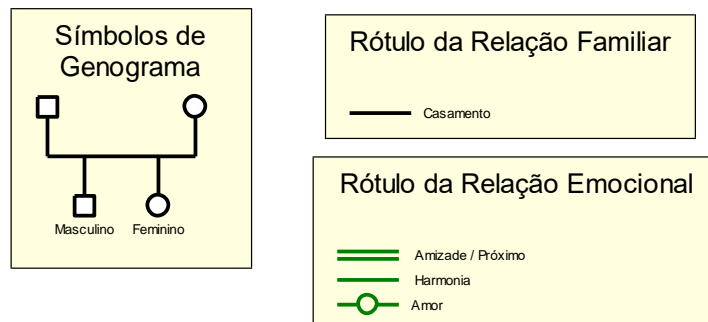


Figura 4: Legenda de Ecomapa

1.1.3 Contexto

Fazem parte da estrutura contextual os seguintes parâmetros:

- **Raça/Etnia**

Família portuguesa e de raça caucasiana.

- **Classe social**

A organização familiar é influenciada pela classe social, bem como o estabelecimento de crenças e valores e a forma como utilizam os serviços de saúde e sociais, tornando assim, fundamental a sua avaliação (Figueiredo, 2012).

Desta forma, trata-se de uma família cujo sustento económico provém da atividade da empresa detida por **PM** (na área dos transportes), na qual **FM** trabalha como escriturária. O agregado familiar reside numa aldeia nos arredores do Bombarral, sendo proprietário de um andar modesto em bom estado de conservação.

Para se caracterizar de uma forma mais evidente a classe social da família aplicou-se a Escala de Avaliação Social de Graffar. A Escala de Graffar possibilita avaliar os recursos económicos, a gestão dos rendimentos e a capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos membros da família. Obtida uma pontuação de 15, enquadra-se esta família na Classe III, ou seja, na classe média. (ANEXO I)

- **Religião/Espiritualidade**

O agregado familiar acredita em Deus, mas não tem religião nem frequentam qualquer igreja. **PM** e **FM** acreditam que os filhos devem escolher a sua própria fé, não sendo imposta, pelo que os filhos não foram batizados nem frequentam a catequese.

▪ **Ambiente**

Esta família reside num andar próprio, zona rural nos arredores da sede de concelho, composto por dois quartos, uma cozinha onde a família janta, uma casa de banho e uma sala de estar. Possui água canalizada, esgotos e rede elétrica. Boas condições de higiene, luminosidade e conservação, apesar de antigo. Para aquecimento são usados aquecedores, mas devido ao fraco isolamento, tornam-se dispendiosos. Em relação à adequação de espaço e privacidade, com o nascimento de **AM** o espaço tornou-se diminuto, já que este dorme no meio dos pais e as suas irmãs partilham quarto. Esta família está a construir uma moradia, que satisfaça as suas necessidades correntes ao nível de espaço e privacidade para os seus elementos.

1.2 CATEGORIA DESENVOLVIMENTO

Segundo Alarcão (2000), o conceito de desenvolvimento é um conceito abrangente, que se refere a todos processos de crescimento do sistema, tendo em conta a transformação progressiva da história familiar durante as diferentes fases do seu ciclo de vida, desde o nascimento até à morte. A compreensão deste percurso permite a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família para desenvolver tarefas essenciais para cada etapa. Divide-se em três subcategorias: estágios, vínculos e tarefas.

1.2.1 Etapas

As etapas da vida diferem ao longo dos anos. Relvas (1996) definiu cinco etapas do ciclo vital: a formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Esta família apresenta-se na terceira fase: família com filhos na escola (já que é definida pela idade do filho mais velho). Esta etapa, ainda segundo este autor, caracteriza-se pelo contacto da família com um sistema externo altamente organizado, a escola, exigindo que a família promova um movimento de abertura face ao exterior (redefinição de limites inter-sistémicos) e uma redefinição de tarefas e papéis intra-familiares. A família tem como funções o desenvolvimento afetivo emocional da criança no seio familiar.

1.2.2 Tarefas

De acordo com Relvas (1996), as tarefas da etapa das famílias com filhos pequenos pressupõem a prestação de cuidados que satisfaça as necessidades de cada um dos seus elementos, assegurando a sua proteção (função interna) e a socialização dos seus membros nos papéis e valores da sociedade em que se integram (função externa). A presença de filhos na escola é usualmente sentida como um teste ao cumprimento da função externa, pela avaliação da performance escolar da criança e das competências adquiridas para a convivência com os pares e adultos. Converte-se também num teste à função interna, já que a criança em idade escolar, ao adquirir conhecimentos, permite-lhe pensar o mundo de forma autónoma.

De acordo com Relvas (1996), a família terá que se ajustar de modo flexível ao incremento de autonomia da criança, alterando as suas vivências quotidianas, renegociando aspetos como concertação de horários e partilha de tarefas e papéis intra-familiares. A autora enfatiza a inevitabilidade da comunicação entre a família e a escola, já que as tarefas educativas se complementam e ocorre sobreposição, podendo dar azo a conflitos.

Verifica-se que após o nascimento de **AM**, que as suas irmãs **MM** e **CM** assumiram uma postura mais assertiva, no âmbito colaborativo na satisfação das necessidades de seu irmão e sua mãe, mantendo como muito satisfatório o seu aproveitamento escolar e os padrões comunicacionais com os restantes membros da família. **FM** garante o transporte para a escola de **CM** e ao autocarro a **MM**, relatando que a interação entre a família e a comunidade escolar é positiva.

1.2.3 Vínculos

Os vínculos são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2009). Segundo Figueiredo (2009), a avaliação dos vínculos é de extrema importância na compreensão dos relacionamentos entre os subsistemas. Nesta família considero que existe uma boa relação entre o casal **FM** e **PM**, com um vínculo forte; o vínculo entre **FM** e os filhos parece-me forte, enquanto que o vínculo de **PM** é moderado com os filhos, com exceção de **CM**, que é forte; em relação ao subsistema fraternal, o vínculo entre as irmãs **MM** e **CM** é moderado, com quezílias esporádicas.

1.3 CATEGORIA FUNCIONAL

A avaliação funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família: a instrumental, que se refere às atividades quotidianas da família, e a expressiva, que enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes (Figueiredo, 2012).

1.3.1 Instrumental

Esta dimensão reporta-se às atividades quotidianas da família. Segundo Figueiredo (2009) os aspetos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade da família responder às atividades de vida diária, principalmente quando surge um problema de saúde e são necessárias readaptações para o funcionamento adequado do sistema familiar. Assim, pressupõe a avaliação de: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação e hidratação, eliminação, higiene pessoal, controlo da temperatura corporal, movimentação, trabalho e divertimento, expressão da sexualidade, sono e repouso e reação perante a morte.

PM e **FM** conseguem assegurar um ambiente seguro para todos os elementos do agregado familiar, garantindo as condições ideais de salubridade, temperatura e higiene do seu domicílio, bem como garantindo transporte seguro para as suas filhas para a escola e usando sistema de retenção homologado para **AM**. A nível de comunicação os diversos elementos esforçam-se por comunicar de modo eficaz, apesar de conflitos esporádicos devido ao facto de **FM** e **CM** se classificarem como mais extrovertidas, em contraponto com alguma reserva demonstrada por **PM** e **MM**, o que leva a que haja alguma reserva comunicacional perante estes elementos. **FM** refere que “tem que ter cuidado com as coisas que diz e como diz”. **CM**, apesar de extrovertida, tem dificuldade na exposição de assuntos mais sérios.

Não há relatos de problemas respiratórios nesta família, apesar de **PM** fumar esporadicamente, maioritariamente em contexto social. A nível alimentar há o esforço, em particular por parte de **FM** em que todos os elementos se alimentem e hidratem de forma adequada, não havendo aparentes erros alimentares (apesar de **FM** na sua última gravidez ter apresentado diabetes gestacional). Não são descritas inconformidades a nível de eliminação, higiene pessoal e movimentação em qualquer elemento.

Em relação ao trabalho e divertimento, o facto de **FM** trabalhar na empresa de **PM** permite flexibilizar horários, permitindo ir levar e buscar as filhas à escola, bem como ficar com **AM** em permanência, não necessitando de creche ou ama. Não são referidos conflitos entre **PM** e

FM decorrentes da convivência laboral, contribuindo para tal facto a expansão da empresa nos últimos anos, com investimentos calculados e não megalómanos, contribuindo para a corrente liquidez da empresa, não afetada pela crise desencadeada pelos confinamentos decorrentes da pandemia recente de SARS CoV2. No entanto, o facto de **FM** assumir um papel de, segundo palavras da própria, “mãe a cem por cento” e de **PM** trabalhar arduamente na gestão da empresa, retira tempo ao agregado familiar para atividades de entretenimento. A **FM** acresce o facto de prestar apoio aos pais e à sobrinha nos momentos vagos, sendo um fator de discórdia com **PM**, que considera que **FM** está presente em demasia para a família dela. Nos primeiros anos de casados eram frequentes as saídas à noite, mas estas foram reduzindo após o nascimento dos filhos. Nas férias de verão a família tem conseguido gozar férias pelo menos um período fora da sua residência habitual. **MM** pratica dança enquanto que **CM** pratica ginástica.

O nascimento de **AM**, e o facto de dormir entre os seus pais, levou a uma diminuição da frequência da atividade sexual e dos momentos de intimidade por parte de **PM** e **FM**. Contudo não levou a um afastamento entre os dois, já que o desejo sexual se encontra mantido, compensando estes a falta de intimidade com manifestações de carinho, afeto e muito diálogo, havendo respeito comum. De momento o padrão de sono e repouso de **AM** já se encontra mais regularizado, o que permite um incremento no descanso de **PM** e **FM**. Não tem havido alterações nos padrões de sono e repouso por parte de **MM** e **CM**. Esta família não experimentou reações perante a morte de elementos próximos.

1.3.2 Expressivo

A dimensão funcional expressiva diz respeito à comunicação e à interação entre os seus membros. A avaliação do funcionamento expressivo permite a identificação e a distinção de famílias emocionalmente saudáveis, das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual (Wright e Leahey, 2002 citado por Figueiredo, 2009). Ocorre a avaliação dos padrões de comunicação e comunicação emocional, influência e poder nas relações, crenças e sua influência, capacidade para resolver problemas, fatores de *stress* familiar, importância dos problemas familiares e validação dos problemas identificados com a família. Para uma melhor avaliação do funcionamento desta família foi inquirido o elemento **FM**, sendo aplicadas as escalas de APGAR familiar de Smilkstein (quantifica a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família)(ANEXO II), FACES II adaptada (avalia a perceção do

funcionamento familiar nas dimensões coesão e adaptabilidade) (**ANEXO III**), o Questionário das Forças Familiares (**ANEXO IV**) a escala do Questionário das Forças Familiares Readaptação Social de Holmes e Rahe (**ANEXO V**).

A nível de comunicação emocional, analisando os itens da escala FACES II com os números 2, 14 e 28, do conceito imposição, relacionado com adaptabilidade familiar, as pontuações de acordo com as respostas obtidas indicam que nem sempre todos os membros podem expor os seus sentimentos, emoções, preocupações e assim manter um padrão comunicacional normal, com o uso da comunicação verbal e não-verbal, já que essa exposição é efetuada com algumas reservas por parte dos elementos da família. Questionada se “Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema” da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, **FM** afirmou “algumas vezes”, revelando que, apesar desta família apresentar um padrão de comunicação maioritariamente normal, que há dificuldades latentes de comunicação na família.

Em relação à influência e poder nas decisões, verifica-se que os elementos se influenciam mutuamente, mas que as decisões são tomadas por **PM** e **FM**, tal como avaliado pelos itens 13 e 21 (decisões) e 4 e 16 (liderança), da Escala FACES II.

Através da aplicação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein, esta família é classificada como uma família altamente funcional (pontuação de 8). De acordo com a avaliação da Escala Faces II, a família em estudo apresenta um nível de coesão 6 (ligada) e um nível de adaptabilidade de 4 (estruturada) sendo uma família moderadamente equilibrada (valor 5).

Através da aplicação do Questionário das Forças Familiares, mostram capacidade de resolução dos problemas colocados pelo dia a dia, tendo como fatores de *stress* as condicionantes adquiridas com o nascimento de **AM**, tais como limitações de espaço e privacidade no domicílio, e o cansaço decorrente do cuidado a um latente. **FM** teme a influência dos pares em **MM**, já que está a entrar na adolescência, bem como a dificuldade de **CM** em exprimir assuntos mais profundos. Teme também o incremento de patologias de índole depressiva em adolescentes e jovens adultos e a possibilidade de não deteção precoce. **PM** considera que o apoio que **FM** concede aos seus pais será excessivo, podendo potenciar cansaço excessivo. Contudo a importância concedida a estes problemas e receios não é excessiva, não limitando esta família nos seus desafios diários, apesar da tomada de consciência por parte dos seus elementos. De acordo com Relvas (1996), todas as famílias estão sujeitas a mudanças, a *stress*,

e passam inevitavelmente por várias crises (acidentais ou normativas), que podem emergir de situações que de algum modo intersectam ou colidem com o caminho da família ao longo do ciclo vital.

Assim, todas as famílias passam por transições, estas envolvem continuidades e descontinuidades no processo de vida do indivíduo, desta forma, a transição é a passagem de um estado ou condição para outro, envolvendo elementos de processo, tempo e perceção. Esta transição é vista como positiva, pois implica a aquisição de competências e habilidades para o alcance de períodos de estabilidade e bem-estar após o evento ou fenómeno de transição (Meleis, 2010)

Neste sentido, estas transições induzem mudança das relações, expectativas e habilidades, existindo vários tipos de transição ao longo do ciclo vital, que afetam não só o indivíduo, como o seu sistema familiar, nomeadamente: transição de desenvolvimento (fazem parte do decorrer normal do processo de desenvolvimento e crescimento, associadas à passagem da infância à adolescência e da idade adulta à idade geriátrica. Estas decorrem num âmbito individual, mas também a nível do sistema familiar, uma vez que se induzem mudanças recíprocas); transição situacional (envolvem a adição ou subtração de elementos à esfera da constelação familiar, tanto a morte como o nascimento requerem adaptação e a assunção de novos papéis, envolvendo empenho pessoal e ajustamento em situações de alteração da estrutura familiar significativa potencialmente geradora de conflito), por fim, a transição saúde-doença (associada à passagem de um estado de saúde para doença considerado num âmbito familiar, pois o indivíduo não é um ser único e isolado, mas parte de um sistema familiar de apoio). (Meleis, 2010)

Nesta família, identificam-se transições significativas passíveis de alterar o equilíbrio familiar, nomeadamente a transição da filha **MM** para a adolescência, o nascimento de um terceiro filho, e a adaptação familiar a estas mudanças do ciclo de vida da família, que poderão requerer a intervenção de enfermagem, no apoio e acompanhamento nestas fases de transição. Neste sentido, perante os acontecimentos recentes (aumento do agregado familiar, gravidez, problemas sexuais e mudanças de hábitos de sono) e de acordo com avaliação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, existe menor probabilidade de ocorrência de um problema de saúde em algum dos elementos da família.

9. PLANO DE CUIDADOS

Os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica a construção de uma relação terapêutica. A compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento de cada sistema familiar, possibilita uma prática efetiva e orientada para a capacitação funcional face às exigências ao longo do ciclo vital familiar (Figueiredo, 2012).

A mesma autora, menciona que a reflexão processual face à complexidade dos contextos da ação familiar justifica uma prática cada vez mais proativa e eficiente, que dê resposta às necessidades atuais de saúde das famílias. Neste sentido, a consolidação de uma prática avançada em enfermagem de família requer a compreensão da família como uma unidade em transformação, numa perspetiva complexa e multidimensional, que permita a abordagem de contexto de forma integrativa.

Assim, o plano de cuidados é desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012). Este assenta na colheita de dados, elaboração de diagnósticos e intervenção adequada a cada um deles, bem como a definição de objetivos dos cuidados prestados, devendo estes ser observáveis ou avaliáveis (Grondin *et al.*, 1993). O plano de cuidados coordena a ação da equipa de enfermagem nos cuidados adequados às necessidades específicas de cada pessoa ou família (Horta, 2005).

A elaboração do plano de cuidados adequado a cada família pressupõe a aceitação de diagnósticos de enfermagem; estes definem-se como um juízo clínico acerca de uma pessoa ou família face a um problema e derivam de um processo sistemático de colheita de dados que servem de base para a intervenção autónoma do enfermeiro de saúde familiar. Assim, o diagnóstico de enfermagem, consiste num enunciado simples e preciso que contempla um juízo clínico que serve de base para o planeamento dos cuidados de enfermagem de família (Grondin *et al.*, 1993).

Assim, os diagnósticos devem ser validados com a família, e o planeamento das intervenções deve ir de encontro às mudanças planeadas, considerando sempre as forças do sistema familiar, para que estas sejam entendidas como exequíveis e se verifique o comprometimento da família com o plano (Figueiredo, 2012). Tendo em conta a informação recolhida disponível, elaboramos os diagnósticos possíveis e mais pertinentes para a saúde desta família, de acordo com as necessidades e problemas identificados na mesma.

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar
Comunicação	Comunicação familiar comprometida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os diferentes subsistemas familiares consigam comunicar de forma livre, aberta, clara e objetiva os seus sentimentos, dúvidas e receios; ▪ Que os elementos da família possam exprimir-se emocionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consciencialização dos diferentes subsistemas familiares da necessidade de expressão e comunicação emocional; ▪ Incentivar à aceitação da expressão de sentimentos por parte dos diferentes elementos da família; ▪ Promover e incentivar uma comunicação verbal e não verbal clara, direta e consistente de forma a que todos compreendam as diferentes mensagens; ▪ Promover a participação e envolvimento em dinâmicas de comunicação otimizadas para a família através do planeamento de atividades e /ou rituais de comunicação; ▪ Promover e incentivar o <i>feedback</i> familiar relativamente às dinâmicas comunicacionais entre os diferentes subsistemas acerca da sua satisfação em relação à comunicação familiar e ao impacto desta na relação dos diferentes subsistemas.
	Conflito conjugal relacionado com o apoio a família alargada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal consiga criar estratégias para aceitar e colaborar em conjunto no apoio à família alargada ▪ Que o casal consiga comunicar de forma eficaz e promover o apoio à família alargada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover uma comunicação eficaz entre o casal e família; ▪ Promover estratégias adaptativas na família nuclear de forma a garantir o apoio conjunto à família alargada; ▪ Promover o envolvimento da família; ▪ Promover o suporte na família; ▪ Otimizar o padrão de ligação entre a família nuclear e a família alargada.

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (continuação)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar
Papel parental	Comprometimento do padrão de sono e repouso do latente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal compreenda a necessidade do latente ter o seu próprio espaço para dormir; ▪ Que o casal compreenda a necessidade do latente criar o seu próprio ritmo de sono e repouso; ▪ Que o casal possa reassumir um ritmo de sono adequado às suas necessidades reais e obtenha mais privacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar os pais sobre o padrão de sono e repouso necessário e adequado ao latente; ▪ Ensinar os pais acerca da necessidade e importância de regras estruturantes, definindo um espaço próprio para o latente dormir, ainda que no quarto dos pais; ▪ Ensinar os pais acerca do desenvolvimento do latente e as suas necessidades ao longo do crescimento; ▪ Ensinar os pais acerca do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social do latente; ▪ Ensinar os pais acerca da prevenção de acidentes (o latente dorme na cama dos pais no meio dos mesmos); ▪ Ensinar os pais acerca da importância da socialização.
	Comunicação dos filhos comprometida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os filhos do casal possam comunicar no âmbito do sistema familiar; ▪ Que os filhos do casal possam expressar as suas emoções; ▪ Que os filhos do casal consigam expor e participar nas decisões e dinâmicas familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a comunicação expressiva das emoções das crianças; ▪ Promover a participação da criança e adolescente nas dinâmicas e problemáticas familiares; ▪ Consciencializar as crianças para as condições familiares, dinâmicas, dificuldades, procurando integrá-las como parte importante da sua resolução; ▪ Ensinar sobre as diferentes etapas de desenvolvimento; ▪ Promover a socialização e autonomia das crianças; ▪ Motivar os pais para a importância de regras estruturantes; ▪ Informar os pais acerca da importância da privacidade para o desenvolvimento das crianças; ▪ Motivar os pais para a importância dos pares no desenvolvimento da criança prestes a entrar na adolescência.

Quadro 1: Plano de cuidados ao sistema familiar segundo Modelo de Calgary (continuação)

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem Saúde Familiar
Manutenção de ambiente seguro	Aquecimento da residência ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a o sistema familiar possa ter um ambiente confortável na sua casa; ▪ Que a família encontre alternativas sustentáveis ecológica e financeiramente para as suas necessidades e bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar a procura de equipamento para aquecimento dirigido às capacidades económicas da família e necessidades específicas; ▪ Incentivar à melhoria das condições climáticas habitacionais; ▪ Orientar para serviços de apoio da comunidade.
	Dimensão da residência não adaptada às necessidades familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a família conviva de forma adequada, garantido a privacidade de todos os seus elementos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar a garantia da privacidade dos elementos do sistema familiar no espaço residencial disponível; ▪ Incentivar a comunicação familiar, de forma a que cada elemento possa expor as suas necessidades de privacidade, descanso e tranquilidade, necessária ao seu bem-estar; ▪ Estabelecer dinâmica familiar que permita a organização de tempos e privacidade para cada elemento.
	Risco de consumo abusivo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o subsistema familiar diminua a frequência e consumo de tabaco até sua inibição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o consumo de tabaco; ▪ Encorajar a diminuição do uso do tabaco; ▪ Ensinar sobre uso do tabaco, seus riscos de consequências na vida individual e familiar; ▪ Disponibilizar suporte emocional; ▪ Orientar para um grupo de suporte e ou consulta de cessação tabágica.
Expressão da sexualidade	Satisfação conjugal comprometida por via da inexistência de tempo em casal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal possa usufruir de tempo de qualidade juntos; ▪ Que os diferentes elementos do casal possam expressar-se emocionalmente; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a comunicação expressiva das emoções e receios dos elementos do casal, incentivando a comunicação verbal e não verbal; ▪ Incentivar a criação de rituais do casal e atividades em conjunto fora do contexto familiar e laboral; ▪ Promover a aquisição de conhecimentos acerca da vivência da sexualidade em casal;
	Interação sexual comprometida por via do nascimento do 3º filho com limitação da privacidade conjugal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que o casal possa usufrui de uma vida sexual saudável com elevado nível de satisfação; ▪ Que o casal possa exprimir a sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o casal a criar condições de privacidade em sua casa para a vivência da sua sexualidade, expressão sexual e atividade sexual. ▪ Incentivar a vigilância em saúde no âmbito do planeamento familiar; ▪ Ensinar o casal acerca dos métodos contraceptivos, e do selecionado para as suas necessidades, ▪ Providenciar o contraceptivo, se disponível na unidade.

10. CONCLUSÃO

O vislumbre da família como o foco dos cuidados é fundamental, para compreensão das dinâmicas familiares, mas também da dinâmica individual de cada elemento da família, pois os diferentes subsistemas influenciam-se e condicionam-se mutuamente, logo, o problema de um dos membros tende a ser um problema do sistema familiar.

Assim, o sistema familiar é alvo dos cuidados de enfermagem, e a sua compreensão enquanto unidade complexa, única e global é fundamental. A possibilidade de aplicar o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary, permite avaliar, organizar e sistematizar os dados recolhidos, e gerar um processo de cuidados de enfermagem baseado em diagnósticos que identifiquem as reais necessidades da família e seus elementos, tendo por base modelos teóricos sólidos que propiciem pensamento e juízo clínico, cujos resultados das intervenções de enfermagem e da família terão reflexo em ganhos em saúde.

A principais dificuldades prenderam-se com a aplicação do modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e as diferentes escalas utilizadas, no que concerne à interpretação dos dados daí obtidos. A informação relativa à família do caso clínico foi considerável, existiu abertura familiar por parte da mesma para a colaboração com a equipa de enfermagem.

A elaboração deste trabalho permitiu adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas e não técnicas, na perspetiva da especificidade da Enfermagem de Saúde Familiar, reforçando a importância de integração das evidências científicas no processo de cuidados de saúde à família. Assim, contribuiu para que a intervenção fosse direcionada, objetiva e global face às dinâmicas familiares. Permitindo ter uma visão mais realista e focal da especificidade da prática especializada de enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto
- Caeiro, R. (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar. Ministério da Saúde – Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. 1ª edição. Instituto De Clínica Geral da Zona Sul. Lisboa.
- Denham, S. et al (2016). *Family-Focused Nursing Care*. Filadélfia, PA: FA Davis Publishers Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=xcjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Direção Geral de Saúde (2001). Circular Circular Normativa N° 11/DSPSM Data: 13/08/01. Impressos para admissão na rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação pósstress traumático. Despacho Conjunto n°. 364/2001 de 20 /4 dos Ministérios da Defesa e da Saúde, publicado no Diário da República, n°. 93, II Série.
- Fernandes, O. M. (1995). Família e Emigração: estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma "população" não-migrante do concelho de Chaves e de uma "população" portuguesa no Cantão de Genebra. Coimbra, Dissertação de Mestrado 62 em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures.
- Figueiredo, M. H. J. S., e Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde, 9(3), 552-559.
- Gottlieb, L. (2016). O Processo em Espiral para Descobrir e Desocultar Forças, In: C. Oliveira, P. Encarnação (Eds.) O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças Loures. Lusodidacta.
- Grondin, L.; Lussier, R.; Phaneuf, M.; Riopelle, L. (1993). Planificação dos cuidados de enfermagem. Instituto Piaget.
- Horta, W. (2005). Processo de enfermagem. Editora Pedagógica Universitária, Ltda.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Spring Publishing Company: New York
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, Do Ministério da Saúde. Diário da República: 2ª Série. N° 135 (2018). Acedido a 29 de janeiro 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Relvas, A.P. (1996). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Biblioteca das ciências do homem. Editora Afrontamento: Porto.
- Wright, L. e Leahey, M. (2012). Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família. (5ªed). Roca: S.Paulo.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO SOCIAL DE GRAFFAR

A Escala de Avaliação Social de Graffar possibilita avaliar os recursos económicos, a gestão dos rendimentos e a capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos membros da família. As características da família são classificadas através de cinco itens (Figueiredo, 2012).

Assim, apresenta-se a Escala de Avaliação Social de Graffar, na versão utilizada, baseada na informação da Direção Geral de Saúde (2001):

1. Nível Profissional

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias segundo a profissão do pai. Se a mãe exerce uma profissão de nível mais elevado que a do pai, neste caso, servirá de base para a classificação.

1. Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2. Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, sub-directores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras.
4. Ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados).
5. Jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

2. O nível de instrução

As categorias são as seguintes:

1. Ensino Universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo);
2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo);
3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo);
4. Ensino primário completo (6 anos de estudo);
5. Ensino primário incompleto ou nulo.

3. Fontes de rendimento familiar

Segundo a principal fonte de rendimento da família, adotam-se as cinco categorias seguintes:

1. A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida.
2. Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.
3. Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário.
4. Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.
5. O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

4. Conforto do alojamento

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjetiva. Estabelecem-se cinco categorias:

1. Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.
2. Categoria intermédia – casas ou andares que sem serem luxuosas como as da categoria precedente são, não obstante, espaçosas e confortáveis.
3. Casas ou andares modestos, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa-de-banho.
4. Categoria intermédia entre três e cinco.
5. Alojamentos impróprios, para uma vida decente, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

5. Zona residencial

1. Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2. Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3. Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável.
4. Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.
5. Bairro de latas.

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios resulta uma pontuação final que corresponde à classificação social, conforme a seguinte classificação:

Quadro: Classificação Social Familiar segundo Escala de Graffar

Classe	Pontuação
Classe I - Classe alta	Pontuação entre 5 e 9
Classe II – Classe média alta	Pontuação entre 10 e 13
<u>Classe III – Classe média</u>	<u>Pontuação entre 14 e 17</u>
Classe IV – Classe média baixa	Pontuação entre 18 e 21
Classe V – Classe baixa	Pontuação entre 22 e 25

Classificação Familiar:

Classe I |__| Classe II |__| Classe III |_x_| Classe IV |__| Classe V |__|

ANEXO II: ESCALA APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

O APGAR familiar foi desenvolvido por Smilkstein, avalia a perceção dos indivíduos de uma família relativamente à funcionalidade da mesma, em determinado momento. Desta forma, evidência diferenças de perceção entre os membros indicando a necessidade de apoio ao(s) indivíduo(s). Segundo Caeiro (1991) a sigla APGAR deriva da integração de cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar que avaliam:

1. Adaptação (Adaptability) – o modo como os recursos são partilhados, refletindo o grau de satisfação com a assistência recebida quando um dos membros recorre à família.
2. Participação (Partnership) – o forma como as decisões são partilhadas, demonstrando a satisfação do membro com a reciprocidade na comunicação e resolução de problemas.
3. Crescimento (Growth) – como a maturidade é partilhada, manifestando a satisfação do membro pela liberdade concedida para mudança de funções, no processo de crescimento físico e emocional.
4. Afeto (Affection) – a forma como as experiências são partilhadas, revelando a satisfação do membro com a intimidade e a interação emocional partilhada na família.
5. Decisão (Resolve) – o modo como o tempo é partilhado no seio familiar, refletindo a satisfação do membro com a partilha de tempo, espaço e recursos materiais com a família.

Quadro: Escala apgar familiar de smilkstein

A	Estou satisfeito (a) com ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase sempre Algumas vezes Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito (a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase sempre Algumas vezes Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase sempre Algumas vezes Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase sempre Algumas vezes Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase sempre Algumas vezes Nunca	2 1 0
Pontuação total:			
<u>Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional</u>			
Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção			
Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

ANEXO III –ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR (FACES II) ADAPTADA

O Modelo de Olson denominado por FACES II, foi concebido com base em duas dimensões fundamentais, a coesão e a adaptabilidade do sistema familiar. (Caeiro, 1991)

De acordo com Fernandes (1995), a escala FACES II consiste num questionário individual, de auto-avaliação, que permite avaliar a do funcionamento familiar através de uma escala tipo Likert, composta por 30 questões, classificadas de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), das quais 16 correspondem à dimensão coesão e 14 à dimensão adaptabilidade. O mesmo autor acrescenta que a coesão descreve dois aspetos fundamentais do funcionamento familiar, a ligação emocional dos diferentes membros e o seu grau de autonomia individualmente. Assim, a avaliação do grau de coesão familiar atenta às seguintes variáveis: limites familiares (itens 3 e 19, avaliados negativamente), ligações emocionais (itens 1 e 17), alianças e coligações (itens 9 e 29, avaliados negativamente), partilha de espaço (itens 5 e 25, este avaliado negativamente), tempo (itens 7 e 23), amigos (itens 11 e 27), tomada de decisão (itens 13 e 21), tempos livres e interesses (item 15 avaliado negativamente e item 30).

A adaptabilidade traduz a capacidade do sistema familiar quando enfrenta situações de *stress* interno ou externo, de forma a poder mudar (Caeiro, 1991). De acordo com Fernandes (1995). A avaliação do grau de adaptabilidade familiar atenta às seguintes variáveis: imposição (itens 2,14 e 28, este último avaliado negativamente), liderança (itens 4 e 16), disciplina (itens 6 e 18), negociação (itens 8,20 e 26), funções (itens 10 e 22) e normas (itens 12 e 24, este avaliado negativamente).

A coesão e adaptabilidade familiar são calculadas pela soma dos itens correspondentes.

Neste sentido, as 4 categorias da coesão são designadas como: desmembrada, separada, ligada e muito ligada e as 4 categorias da adaptabilidade como: rígida, estruturada, flexível e muito flexível. A família pode ser classificada em quatro tipos diferentes: extrema, meio-termo, moderadamente equilibrada e equilibrada, classificação obtida através da seguinte fórmula: $(\text{Valor Coesão} + \text{Valor Adaptabilidade}) / 2 = \text{Tipo de Família}$.

Quadro 1: Resultado da aplicação da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (Faces II)

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

Quadro 2: Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (Faces II)

		Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5

4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	<u>4</u>	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	<u>5</u>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	<u>1</u>	2	3	4	5
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	<u>4</u>	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	<u>3</u>	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho	<u>1</u>	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	1	<u>2</u>	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família	1	2	3	<u>4</u>	5
12	2 É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família	<u>1</u>	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros	1	2	3	<u>4</u>	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece	1	2	<u>3</u>	4	5
15	Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família	<u>1</u>	2	3	4	5
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta	1	<u>2</u>	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros	1	2	3	4	<u>5</u>
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina	1	2	<u>3</u>	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família	<u>1</u>	2	3	4	5

20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas	1	2	<u>3</u>	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer	1	2	<u>3</u>	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades	1	2	<u>3</u>	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	1	2	3	<u>4</u>	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família	<u>1</u>	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	<u>1</u>	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências	1	2	3	<u>4</u>	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós	1	2	3	<u>4</u>	5
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos	1	<u>2</u>	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	<u>2</u>	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	1	2	3	<u>4</u>	5

ANEXO IV– QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES

O Questionário de Forças Familiares foi desenvolvido por Melo e Alarcão (2011) e tem como objetivo a identificação das forças e processos de resiliência familiar, a partir da autoavaliação das famílias. É um instrumento de autorrelato constituído por 29 itens, avaliados numa escala de Likert de cinco pontos (1 = nada parecidas, 2 = pouco parecidas, 3 = mais ou menos parecidas, 4 = bastante parecidas, e 5 = totalmente parecidas). Os itens agrupam-se em 4 fatores de acordo com a tabela seguinte, sendo a cotação obtida através da soma das pontuações de todos os itens (Melo e Alarcão, 2011).

Quadro 1: Relação entre fatores e itens do Questionário das Forças Familiares

Fatores	Itens
Organização Familiar positiva	2,3,4,5,6,7,8,9,10,13
Crenças Familiares Positivas	12,16,21,24,25,28,29
Gestão Positiva e Suporte Familiar	17,18,19,20,22,23,27
Emoções Positivas	1,11,14,15,26

Quadro 2: Questionário de Forças Familiares (Melo e Alarcão, 2009)

		Nada parecidas	Pouco parecidas	Mais ou menos parecidas	Bastante parecidas	Totalmente Parecidas
1	A família é otimista e procura ver sempre o lado positivo das coisas	1	2	3	<u>4</u>	5
2	A família acredita que os seus elementos, em conjunto, conseguem sempre encontrar maneira de lidar com os problemas	1	2	3	<u>4</u>	5
3	A família é muito unida	1	2	3	4	<u>5</u>
4	Na família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião	1	2	<u>3</u>	4	5
5	Os elementos da família tomam decisões em conjunto	1	2	<u>3</u>	4	5

6	Na família, sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar	1	2	3	4	5
7	Na família, toda a gente dá apoio aquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si	1	2	3	4	5
8	Na família, cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo	1	2	3	4	5
9	Na família, as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas	1	2	3	4	5
10	Os elementos da família mostram abertamente o que sentem uns pelos outros	1	2	3	4	5
11	A família sente que os seus elementos são capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer	1	2	3	4	5
12	Na família, existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir	1	2	3	4	5
13	Os elementos da família fazem coisas e atividades em conjunto	1	2	3	4	5
14	Na família, há boa disposição e os seus elementos encontram sempre momentos para rir	1	2	3	4	5
15	Na família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas, negativas, sem magoar os outros	1	2	3	4	5
16	Quando aparece um problema importante, os elementos da família conversam e resolvem-no em conjunto	1	2	3	4	5
17	A família tem amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que ajudam quando precisam	1	2	3	4	5
18	A família consegue gerir o dinheiro que tem de maneira a conseguir pagar as principais despesas	1	2	3	4	5
19	A família sabe a que sítios tem que se dirigir para cada dificuldade que surge	1	2	3	4	5

20	Quando há problemas com os quais a família sente que não consegue lidar, a família aceita o facto e segue em frente sem desanimar	1	2	3	4	5
21	A família acredita que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão	1	2	3	4	5
22	Na família há valores que se deseja aprenda	1	2	3	4	5
23	A família consegue lidar bem com imprevistos e dificuldades	1	2	3	4	5
24	A família acredita que os momentos de dificuldade os podem ajudar a ser mais fortes	1	2	3	4	5
25	Na família é importante que cada um tente ser feliz	1	2	3	4	5
26	A família consegue resolver um desacordo sem conflitos	1	2	3	4	5
27	A família consegue encontrar ajuda quando precisa, nas pessoas que conhece	1	2	3	4	5
28	A família consegue discutir pontos de vista diferentes sem que os seus elementos fiquem zangados uns com os outros	1	2	3	4	5
29	Na família, as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto	1	2	3	4	5

ANEXO V – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe surgiu na década de 70 e foi criada por especialistas em *stress* da Universidade de Washington Holmes e Rahe, esta constitui-se por 43 fatores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua capacidade de originar *stress*. Para a sua aplicação, devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de um ano.

A escala supramencionada possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo encontrar uma relação entre os níveis de stress que advêm das transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas, bem como a identificação dos tipos e os padrões de transição ocorridos recentemente (Figueiredo, 2011).

Quadro 1: Interpretação de Resultados da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Pontuação	Probabilidade de adoecer
>300 pontos	80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica.
>200 ≤ 300 pontos	50% de probabilidade de adoecer
150 – 200	menor incidência de doença

Quadro 2: Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Nº	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	Casamento	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 do número 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
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	19
35	Mudança de atividades religiosas	19

36	Mudança de Atividades Sociais	18
37	Contrair uma Pequena Dívida	17
38	Mudança nos Hábitos de Sono	16
39	Mudança no Número de Reuniões Familiares	15
40	Mudança nos Hábitos Alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas Transgressões à Lei	11
Total		

Anexo II: Projeto de aprendizagem Estágio II: Enfermagem de cuidados de saúde à família- Unidade de Saúde Familiar Bombarral



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

PROJETO DE APRENDIZAGEM

ESTÁGIO II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

Unidade de Saúde Familiar do Bombarral

Luís Dionísio

Leiria, 13 de outubro de 2020

Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

PROJETO DE APRENDIZAGEM

ESTÁGIO II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

Unidade de Saúde Familiar do Bombarral

Mestrando: Luís Miguel Cardoso Dionísio (Aluno nº 5190204)

Unidade Curricular: Estágio II

Professor Orientador: Professora Doutora Célia Jordão

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Maria Conceição Nobre

Leiria, 13 de outubro de 2020

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	IV
INTRODUÇÃO.....	5
1. CONTEXTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	6
2. CONCLUSÃO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXOS	
ANEXO I: Regulamento da USF Bombarral.....	13

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Planeamento da aprendizagem: Competências Comuns Enfermeiro Especialista.....	6
Quadro 2: Planeamento da aprendizagem: Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.....	7

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Ensino Clínico II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, integrado no 2º Semestre do 1º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, surge a necessidade de sistematizar a aprendizagem e adquirir competências comuns e específicas, indo ao encontro das necessidades percebidas, através da elaboração de um Projeto de Aprendizagem. Assim, definem-se como objetivos gerais e específicos:

1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e dos seus membros, ao longo do ciclo de vida da família aos diferentes níveis de prevenção:
 - 1.1. Promover a capacitação da família como um todo, e individualmente dos seus membros ao longo das diferentes etapas de transição do ciclo vital;
 - 1.2. Reconhecer a complexidade do sistema familiar, atendendo às suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
 - 1.3. Desenvolver o processo de cuidados em parceria com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família
2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar:
 - 2.1. Gerir os recursos necessários à prestação de cuidados à família, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, quanto aos cuidados de saúde à família.

Assim, a saúde individual e familiar surge como a ausência de doença, mas também como a capacidade para manter uma vida ativa. A saúde é um estado adaptativo de experiências à situação de doença, sendo que o enfermeiro de família ajuda a pessoa e a unidade familiar a clarificar as expectativas e a definir atividades saudáveis valorizadas. Desta forma, a prática de enfermagem é mais do que identificar e resolver problemas, é reconhecer que os problemas existem em sistemas alargados, possibilitando a sua prevenção, gestão e resolução através do tratamento, educação, aconselhamento e suporte. (Denham *et al*, 2016).

De modo a alcançar os objetivos definidos, este estágio decorrerá no ACES Oeste Norte, na USF do Bombarral e tem uma duração total de 540 horas. O presente projeto objetiva permitir a organização da aprendizagem, estruturando-se em quatro etapas, a introdução, a contextualização das aprendizagens, e por fim, uma conclusão, referências bibliográficas e anexos.

1. CONTEXTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O contexto de aquisição de competências decorrerá na USF de Bombarral, que constitui uma das unidades de cuidados disponíveis no Centro de Saúde do Bombarral, integrando ainda a Unidade de Cuidados na Comunidade de Bombarral/Peniche, a Unidade Local de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, e por fim, a Consulta do Viajante e a Vacinação internacional.

A USF Bombarral é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica. (Despacho nº9/2006).

Assim, a USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4º). Esta pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente. (Regulamento Interno USF Bombarral, 2019).

Nesta sequência, definem-se as competências específicas que se objetivam adquirir no decorrer do estágio, bem como as atividades a desenvolver para tal, e os resultados de aprendizagem esperados, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados tendo por foco a família e saúde familiar e individual, garantindo ganhos em saúde.

Quadro 1: Planeamento da aprendizagem: Competências Comuns Enfermeiro Especialista

C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.		
Unidade de Competência	Atividades a desenvolver	Resultados da Aprendizagem
Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a equipa multidisciplinar ➤ Integrar a equipa de saúde, conhecendo as suas dinâmicas funcionais e organizativas ➤ Conhecer a atuação da equipa multidisciplinar nos programas nacionais. ➤ Promover a visibilidade da prática específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar junto da restante equipa interdisciplinar. ➤ Consultar enfermeiro orientador em caso de dúvidas ou incertezas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. ➤ Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. ➤ Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. ➤ Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada

Quadro 2: Planeamento da aprendizagem: Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

2. 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.		
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a realidade e características específicas da comunidade (famílias) acompanhadas na USF na área geográfica que esta envolve, selecionando uma família para intervenção específica, mediante a sugestão da Enfermeira Especialista Orientadora; ➤ Estabelecer uma comunicação eficaz com as famílias e seus membros individualmente; ➤ Promover a participação ativa e esclarecida na tomada de decisão em saúde, no decorrer da intervenção diária em contexto de estágio, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença; ➤ Incentivar à definição de objetivos de saúde por parte da família e elaboração de um plano de ação em parceria com a família. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. ➤ Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. ➤ Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. ➤ Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde. ➤ Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer os antecedentes familiares e individuais de cada elemento da família, por via da interação, consulta de registos; ➤ Recolher informação adicional por via da interação enfermeiro – família, observação e comunicação não verbal; ➤ Recorrer a instrumentos de avaliação familiar de forma a compreender as dinâmicas familiares específicas, crenças, valores de forma a empoderar a família e seus elementos: Modelo de Calgary, genograma, ecomapa e outros; ➤ Definir estratégias e capacitar a família e seus elementos para manter a coesão e saúde familiar, nos seus diversos domínios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhece o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura família, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde ➤ Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não -verbal. ➤ Utiliza instrumentos de avaliação familiar. ➤ Identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões. ➤ Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente.

(continuação)

3. 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.				
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem		
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o histórico familiar, valores, crenças culturais e espirituais da família e sua influência na resposta a situações de saúde e doença complexas; ➤ Encorajar a família e seus elementos a partilhar a sua história de vida; ➤ Compreender junto da família o que esta entende como situação complexa, de forma personalizar o cuidado e a intervenção; ➤ Conhecer fatores ambientais, recursos familiares passíveis de influenciar a resposta familiar e dos seus membros; ➤ Intervir como elemento de capacitação da família de forma a que ocorra tomada de decisão de forma informada e responsável ajustada à condição familiar; ➤ Promover a segurança, qualidade e confidencialidade dos cuidados prestados, com base em princípios éticos fundamentais. ➤ Interagir regularmente com a família quanto seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde; ➤ Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, dando visibilidade aos cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. ➤ Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. ➤ Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. ➤ Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente. ➤ Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. ➤ Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, dando feedback sistemático centralizados nos pontos fortes. ➤ Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. ➤ Desenvolve e analisa com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar, promovendo a identificação dos recursos necessários à obtenção de oportunidades de crescimento e mudança; ➤ Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. ➤ Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio, e estratégias para melhorar a dinâmica familiar com vista aos objetivos de saúde, estimulando a mudança. 		
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma ➤ Criar um ambiente seguro, promotor da interação e partilha, estabelecendo uma relação de terapêutica; ➤ Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde, baseando a intervenção em conhecimentos ajustados às necessidades da mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; ➤ Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. ➤ Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. ➤ Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ➤ Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa				
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma ➤ Criar um ambiente seguro, promotor da interação e partilha, estabelecendo uma relação de terapêutica; ➤ Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde, baseando a intervenção em conhecimentos ajustados às necessidades da mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; ➤ Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. ➤ Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. ➤ Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ➤ Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. 		

(continuação)

3. 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.		
Unidade de Competência	Atividades a Desenvolver	Resultados de Aprendizagem
Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprofundar e adquirir conhecimentos atuais, com base na pesquisa, observação, orientação e prática no decorrer do Estágio, a fim de melhorar a prática em enfermagem da saúde familiar e o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; ➤ Elaborar um Plano de Cuidados de Intervenção à família (Estudo de Caso). ➤ Prestar cuidados de enfermagem de saúde familiar ao utente e à família nos diferentes contextos de prestação de cuidados com a Enfermeira Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. ➤ Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. ➤ Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. ➤ Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. ➤ Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. ➤ Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar
4. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar		
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar com a equipa interdisciplinar nos diferentes domínios da intervenção; ➤ Participar no processo de orientação e referência da família para outros profissionais diferenciados; ➤ Participar na gestão da continuidade de cuidados, planeamento, desenvolvimento de programas de saúde familiar, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, nos diversos níveis. ➤ Promover a acessibilidade no acesso aos cuidados e visibilidade dos mesmos, num âmbito de uma prática especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Referencia a família para outros profissionais de saúde. Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. ➤ Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. ➤ Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. ➤ Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. ➤ Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar ➤ Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.		

2. CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto permite sistematizar a aprendizagem, estabelecendo os objetivos específicos para o estágio, bem como as atividades que permitem o seu alcance, podendo estas ser ajustadas no decorrer do estágio, consoante a permanente avaliação das mesmas, e a avaliação, sugestão e orientação da Enfermeira Orientadora e da Professora Orientadora.

Desta forma, e após a elaboração deste projeto, corroboro a reflexão de que na especificidade da prestação de cuidados especializados na área da Enfermagem de Saúde Familiar, a família assume-se como o foco da sua intervenção. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, na sua especificidade cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do seu ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção, assumindo desta forma, a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e empoderamento, ao longo do ciclo vital e nas suas diferentes transições. (Regulamento n.º 428/2018)

Neste sentido, assume-se a família como o local onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que ao longo das diferentes transições a pessoa possa ter mais de uma família, esta é um espaço privilegiado para aprendizagem significativa da interação, contacto corporal, linguagem, relações interpessoais e afetivas, implicando, uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento. (Alarcão 2000)

Assim, este projeto permite o entendimento da unidade familiar e seus indivíduos como o foco do cuidado, em todas as suas dimensões de vida e dinâmicas, revelando uma complexidade, não só na compreensão, observação e análise, como também na intervenção focada na especificidade de cada família, neste sentido, Denham *et al* (2016) mencionam que é no seio da unidade familiar que se vivem as diferentes expectativas face aos diferentes membros, entendendo-se assim, a saúde familiar como um atributo de interação dos membros, revelando desta forma a complexidade relacional da unidade familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, Centro de Saúde do Bombarral. Regulamento interno USF Bombarral (2019)

Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.

Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República, 1.ª série, N.º 161 de 22 de agosto de 2007. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>

Denham, S. et al (2016). Family-Focused Nursing Care. Filadélfia, PA: FA Davis Publishers Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=xcjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Despacho nº 9/2006 de 16 de fevereiro. Diário da República nº 34/2006 - I Série B. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em: www.dre.pt

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018. Disponível em: www.dre.pt

Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Publicado em Diário da República, 2.a serie, nº 35, 18 de fevereiro de 2011. Disponível em: www.dre.pt

ANEXOS

ANEXO I- Regulamento da USF Bombarral

CAPITULO I - Disposições gerais

Artigo 1º - Definição

A USF Bombarral é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte, do qual é parte integrante.

Endereço e contactos: Rua Dr. Arlindo Carvalho, nº 27 2540-073 Bombarral

Telefone: 262600130

E-mail: usf.bombarral@arslvt.min-saude.pt

Portal: <https://sites.google.com/site/usfbombarral>

Logótipo:



Artigo 2º - Área Geográfica de Influência

A USF Bombarral serve a população inscrita na USF residente no Concelho de Bombarral, à excepção de alguns utentes com médico atribuído previamente a formação da USF. Também serve utentes esporádicos que não pertençam aos concelhos limítrofes do Bombarral.

Artigo 3º - Missão

A USF Bombarral tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4º)

Artigo 4º - Visão

“Juntos para uma saúde melhor!”

A USF Bombarral pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente.

Artigo 5º - Valores

A USF Bombarral promove a sua atividade de acordo com os valores definidos no DL 298/2007, art.º 5º:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do Plano de Ação;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do ACES;
- f) Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação;
- g) Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao Conselho Técnico

CAPITULO II - Estrutura orgânica e funcionamento

Artigo 6º - Estrutura orgânica

Constituem a estrutura orgânica da USF Bombarral o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral (CG), o Conselho Técnico (CT) e os órgãos de apoio (DL 298/2007, art.º 11º). A constituição da equipa multiprofissional da USF Bombarral, bem como os titulares dos órgãos do número anterior, constam do Anexo I, relativo à organização interna da USF, o qual faz parte integrante do presente regulamento.

Artigo 7º - Coordenador da equipa

- 4- As funções de Coordenador são atualmente desempenhadas pela Dra. Érica Rocha – Assistente de Medicina Geral e Familiar. Na sua ausência, as funções de coordenação serão assumidas pela Dra. Diana Marques – Assistente de Medicina Geral e Familiar. O Coordenador da USF é eleito em sede de Conselho Geral por votação secreta e por maioria de, pelo menos dois terços dos seus membros. Em caso de empate, procede-se a uma segunda votação, apenas com os dois elementos mais votados. Caso o empate persista, o anterior Coordenador da USF terá voto de qualidade.
- 5- A função de Coordenador vigora por três anos, salvo por demissão do próprio ou pedido de nomeação de novo Coordenador por parte da maioria de dois terços dos elementos da equipa.
- 6- De acordo com o DL 298/2007, art.º 12º, compete ao Coordenador da equipa:
 - a) Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do Plano de Ação, a contratualização e os princípios orientadores da atividade da Bombarral;
 - b) Gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento;
 - c) Presidir ao Conselho Geral da USF Bombarral;
 - d) Assegurar a representação externa da USF Bombarral promovendo o bom nome da mesma;
 - e) Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o Plano de Ação e o Relatório de Atividades;
 - f) Autorizar comissões gratuitas de serviço no País;
 - g) Confirmar e validar, no âmbito da USF, os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento;
 - h) Assumir as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia do primeiro grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação;
 - i) Com exceção das previstas nas alíneas a) e c) do n.º 4 do presente artigo, o Coordenador da equipa pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro ou noutros elementos da equipa.
- 5- O Coordenador da equipa dispõe de três horas semanais para a gestão da coordenação da unidade, as quais vigoram no seu horário laboral.

Artigo 8º - Conselho Geral

- 4- O CG é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional da USF.
- 5- São competências do Conselho Geral:
 - a) Aprovar o Regulamento Interno, a Carta de Qualidade, o Plano de Ação, o Relatório de Atividades, Manual de Procedimentos e a aplicação dos incentivos institucionais;
 - b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
 - c) Zelar pelo cumprimento do Regulamento Interno, da Carta de Qualidade, do Plano de Ação e do Manual de Procedimentos;
 - d) Propor a nomeação do novo Coordenador;
 - e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
 - f) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.
- 3- As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria de dois terços da equipa multiprofissional.
- 4- O Conselho Geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:
 - a) Sempre que necessário substituir algum elemento da equipa devido a ausência superior a duas semanas;
 - b) Quando está em causa o alargamento da cobertura assistencial;
 - c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.
- 5- O Conselho Geral reúne com periodicidade trimestral ou mediante convocatória do Coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos (DL 298/2007, art.º 13º).
- 8- As convocatórias das reuniões do Conselho Geral devem mencionar a respetiva ordem de trabalhos e ser emitidas com uma antecedência mínima de quarenta e oito horas.
- 9- As deliberações que envolvam a apreciação de comportamentos ou das qualidades de qualquer elemento da equipa são tomadas por escrutínio secreto.

Artigo 9º - Conselho Técnico

- 5- O Conselho Técnico é constituído pela Dr.ª Carla Amorim, pela Enf.ª Patrícia Costa e pela assistente técnica Maria Rosário Mil Homens.
- 6- Os elementos do CT são eleitos pelos elementos do respetivo grupo profissional, por maioria de dois terços e por um período de três anos, devendo dar-se preferência aos detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários (DL 298/2007 art.º 14º).
- 7- Compete ao Conselho Técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.
- 8- Compete também ao Conselho Técnico:
 - a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
 - b) Elaborar e manter atualizado o Manual de Boas Práticas;
 - c) Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação

- 5- O Conselho Técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos (DL 298/2007, art.º 14º)
- 7- O CT dispõe de duas horas mensais para reunião, gestão e organização das atividades que lhe competem, as quais são geridas pelos seus elementos de acordo com o seu horário de trabalho.

Artigo 9º - Interlocutores das áreas profissionais

- 6- Os interlocutores das áreas profissionais são escolhidos a cada três anos pelos elementos do respetivo grupo profissional, por voto secreto e por maioria de dois terços dos seus membros.
- 7- Em caso de empate, procede-se a uma segunda votação, apenas com os dois elementos mais votados. Caso o empate persista, o Coordenador da USF Bombarral nomeia o interlocutor depois de consultados todos os elementos do respetivo grupo profissional.
- 8- A função de interlocutor vigora por três anos, salvo por demissão do próprio ou pedido de nomeação de novo interlocutor por parte da maioria de dois terços dos elementos da equipa.
- 9- A ratificação do respetivo interlocutor nomeado é feita em CG e após reunir a maioria dos votos de pelo menos dois terços dos seus elementos.
- 10- Constituem os órgãos de apoio à gestão da USF o interlocutor do sector de enfermagem e o interlocutor do sector administrativo.

Interlocutor de enfermagem

As funções de interlocutor de enfermagem (IE) são atualmente desempenhadas pela Enf.ª Maria da Conceição Coelho Crespo Nobre. Na sua ausência, o IE é substituído pela Enf.ª Patrícia Costa. São competências do interlocutor de enfermagem:

- a) Ter um papel determinante na elaboração do Plano de Ação, ou outros documentos necessários para o funcionamento da Unidade;
- b) Zelar pelo cumprimento do Plano de Ação, da Carta de Compromisso, e das normas de funcionamento da USF constantes no Regulamento Interno e na Carta da Qualidade;
- c) Definir com a equipa profissional, nos termos do presente Regulamento Interno, propostas de horários de acordo com o Plano de Ação e os objetivos definidos na Carta de Compromisso, a serem validadas pelo Coordenador;
- d) Planear com a equipa profissional respetiva, de acordo com a calendarização da USF, as férias, feriados, tolerâncias e intersubstituições sempre que necessárias, a serem validadas pelo Coordenador;
- e) Dar parecer sobre os pedidos comissões gratuitas de serviço para ações de formação;
- f) Determinar os recursos necessários ao bom funcionamento dos cuidados de enfermagem;
- g) Conhecer os custos dos recursos utilizados, garantido a sua correta utilização e controlar os gastos efetuados no âmbito dos cuidados de enfermagem, determinando a relação custo-benefício;
- h) Providenciar a manutenção e reparação de material de uso clínico;
- i) Verificar a assiduidade dos elementos de enfermagem;
- j) Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação em enfermagem na USF Bombarral;

Interlocutor administrativo

As funções de interlocutor administrativo (IA) são atualmente desempenhadas pela secretária clínica Paula Perdigão. Na sua ausência, o IA é substituído pela secretária clínica Ana Ferreira. São competências do IA:

- a) Colaborar na elaboração do Plano de Ação;
- b) Coordenar a atividade administrativa, garantindo a aplicação das orientações do Plano de Ação, Regulamento Interno e contratualização;
- c) Elaborar propostas de horários de trabalho e de planos de férias dos secretários clínicos, de acordo com os princípios expressos neste regulamento e submetê-las à aprovação pelo Coordenador da equipa;
- d) Coordenar a intersubstituição de elementos do grupo, nomeadamente nas situações de doença súbita, férias e formação;
- e) Verificar a assiduidade dos elementos administrativos;
- f) Zelar pela manutenção do património e do stock de material administrativo e de uso corrente;
- g) Elaborar os pedidos de material não clínico (consumível ou não), referente a necessidades devidamente fundamentadas, controlando a sua receção atempada;
- h) Manter atualizado o movimento contabilístico das Taxas Moderadoras;
- i) Receção de pedidos de reembolsos, cheque dentista ou outros;
- j) Receção, registo, expedição e distribuição de correio externo e interno;
- k) Protocolar documentação considerada relevante (clínica ou outra);
- l) Encaminhamento das Sugestões, Reclamações e Elogios;
- m) Dar parecer sobre os pedidos comissões gratuitas de serviço para ações de formação;
- n) Dar parecer fundamentado, para efeitos de avaliação, sobre o desempenho dos elementos do seu grupo profissional

Artigo 10º - Férias

1- As férias devem ser marcadas de acordo com os interesses dos elementos do grupo, sem prejuízo de se assegurar o regular funcionamento e compromisso assistencial da Unidade.

2- A USF Bombarral considera que as ausências em simultâneo para o gozo de férias não deverão ultrapassar um terço dos elementos de cada grupo profissional.

3- Cada profissional é responsável por apresentar a sua proposta de férias até 31 de março de cada ano.

4- O interlocutor de cada grupo profissional elabora o plano de férias, tendo em conta o exposto nos números anteriores, submetendo-o à aprovação do Coordenador da Unidade.

5- O mapa de férias só pode ser alterado por acordo entre o elemento interessado e o interlocutor do respetivo grupo profissional e mediante aprovação do Coordenador da Unidade.

Artigo 11º - Instrumentos da USF

São instrumentos da USF Bombarral o presente Regulamento Interno, a Carta da Qualidade, o Manual de Articulação com o ACES, o Manual de Procedimentos, o Plano de Ação, a Carta de Compromisso e a Plataforma de Ocorrências.

Esta última destina-se ao registo de acontecimentos/problemas identificados/ocorridos no decorrer das atividades, na relação com os utentes e entre os profissionais. O seu conteúdo deve fazer sempre parte da agenda de trabalhos de todas as reuniões multiprofissionais e reuniões de Conselho Geral.

Artigo 12º - Estrutura orgânica e princípios gerais da organização

1- Os princípios da organização da USF Bombarral estão centrados no utente.

2- A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (ou microequipa), a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes (anexo III). Esta equipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos.

3- Cada microequipa monitoriza a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

4- Todos os profissionais de cada microequipa assumem uma maior responsabilidade para com os seus utentes e garantem a prestação de cuidados de saúde gerais a todos os utentes da USF Bombarral.

5- Sempre que possível, os cuidados a prestar aos utentes devem ser realizados respetivamente pelo seu médico ou enfermeiro de família.

6- As funções de cada grupo profissional são aquelas que são inerentes às das respetivas profissões e que estão definidas na lei. Cada grupo profissional articula-se entre si, por forma a otimizar o desempenho e a qualidade dos cuidados a prestar.

7- Privilegia-se o agendamento de todos os cuidados a prestar aos utentes.

8- A informação circula pelos profissionais por via eletrónica, presencialmente nas reuniões e através de pastas próprias existentes na secretaria.

9- Os profissionais articulam-se e intersubstituem-se tendo como objetivo a maior cobertura possível durante o período de funcionamento da USF.

10- A plataforma de ocorrências é usado por todos os elementos da equipa multiprofissional para registar quaisquer problemas identificados no decorrer das suas atividades, na relação com os utentes e entre os profissionais. Este encontra-se na secretaria e fará parte de todas as reuniões multiprofissionais bem como da agenda de trabalhos das reuniões de CG.

Artigo 13º - Principais processos da USF

- 1- A USF Bombarral identificou, como sendo a base da sua atividade, os seguintes processos:
 - a) Processos de prestação de cuidados (processos chave):
 - i. Consulta aberta;
 - ii. Consulta programada;
 - iii. Visita domiciliária.
 - b) Processos de gestão e organização:
 - i. Gestão da comunicação e documentação;
 - ii. Gestão de material;
 - iii. Controlo de infeção.
 - c) Processos de articulação:
 - i. Articulação com o ACES Oeste Norte, Centro Hospitalar da área de referência e/ou outras instituições de saúde convencionadas;
 - ii. Articulação com as várias unidades funcionais do ACES Oeste Norte;
 - d) Processos de formação e desenvolvimento da qualidade:
 - i. Formação contínua em contexto de trabalho;
 - ii. Avaliação do desempenho da USF;
 - iii. Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais;
 - iv. Gestão das reclamações, sugestões e elogios.
 - e) Processos de supervisão da qualidade.
- 5- Os responsáveis dos processos são designados pelo CG para as áreas referidas nas alíneas a), b), c) e e). Os processos referidos na alínea d) são da responsabilidade do CT.
- 3- Compete aos responsáveis dos diversos processos:
 - a) Definir o modo de desenvolvimento de cada processo e submetê-lo ao CG para aprovação;
 - b) Explicitar para cada processo quais as responsabilidades e competências de cada grupo profissional;
 - c) Identificar as não conformidades decorrentes do desenvolvimento dos respetivos processos através da sua avaliação e apresentar ao CG propostas para as corrigir.

Artigo 14º - Gestão interna da USF Bombarral por objectivos

- 1- Os objetivos da USF Bombarral estão identificados, temporizados e quantificados no Plano de Ação (PA).
- 2- O PA é um documento elaborado a cada 3 anos com revisão anual das metas contratualizadas.

3- Compete aos responsáveis pelos processos da USF Bombarral, com o apoio do CT e do Coordenador elaborar e atualizar o PA.

4- O PA é aprovado em CG.

5- A USF Bombarral efetua a avaliação dos indicadores contratualizados com uma periodicidade trimestral.

6- Os resultados trimestrais são sujeitos a discussão e análise em reuniões de CG, com o intuito de avaliar a eficácia e qualidade dos serviços prestados, assim como rever as estratégias da USF.

Artigo 15º - Áreas de atuação do pessoal médico

Os Médicos de Família da USF Bombarral responsabilizam-se pelo atendimento médico aos utentes nela inscrita, quer de acordo com a lista de utentes atribuída a cada médico e dentro do horário expresso para essa atividade, quer à globalidade dos utentes da USF, quando em intersubstituição.

Área de Atuação:

a) Prestação de cuidados de saúde no âmbito da especialidade de Medicina Geral e Familiar disponibilizando:

i Consulta Aberta – com duração de 15 minutos

ii Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso – com duração de 20 minutos

iii Consulta de Saúde Infantil e Juvenil – com duração de 20-30 minutos

iv Consulta de Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico) – com duração de 20 minutos

v Consulta de Diabetes – com duração de 20 minutos

vi Consulta de Hipertensão– com duração de 20 minutos

vii Visita Domiciliária;

viii Atendimento telefónico de apoio aos utentes.

b) Gestão e atualização do ficheiro clínico;

c) Gestão dos programas de saúde tendo em conta as atividades definidas no Plano de Ação;

d) Elaboração de relatórios sobre a atividade da USF Bombarral, sempre que lhes seja solicitado;

e) Programação de cuidados personalizados de prevenção primária e secundária;

f) Articulação com outros níveis de cuidados;

g) Colaboração com os restantes elementos da equipa;

h) Colaboração na intersubstituição de colegas ausentes, por motivo de férias ou outros de força maior, nas situações de procura não programada, ou quando a situação o exija;

- i) Colaboração em programas e estágios de formação destinados a internos do ano comum, estudantes de medicina e internos de especialidade de MGF;
- j) Participação nas reuniões clínicas de serviço da Unidade;
- k) Participação em estudos e projetos de investigação.

Artigo 16º - Áreas de atuação do pessoal de enfermagem

A equipa de enfermagem exerce a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em colaboração com os outros elementos da Equipa, progredindo preferencialmente para a prática de enfermagem de família.

Área de Atuação:

- a) Identificação de necessidades de saúde individuais e familiares aos respetivos utentes pertencentes a uma lista atribuída a cada enfermeiro, bem como à globalidade dos utentes da USF, quando em intersubstituição;
- b) Realização de:
 - i Consulta Aberta;
 - ii Consulta programada em todos os programas da Carteira de Serviços;
 - iii Teste de Diagnóstico Precoce;
 - iv Visita Domiciliária.
- c) Avaliação, planeamento e execução de atividades de âmbito curativo – Sala de Tratamentos;
- d) Vacinação e divulgação do PNV junto dos utentes e famílias aproveitando todas as oportunidades para vacinar os utentes da USF Bombarral;
- e) Gestão de ficheiro e dos programas de saúde em colaboração com a respetiva microequipa;
- f) Atendimento telefónico;
- g) Atualização do conhecimento científico com participação em atividades de formação e investigação;
- h) Realização de reuniões clínicas para partilha de informação com a equipa, como forma de promoção do crescimento da mesma;
- i) Participação nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;
- j) Requisição e gestão de material e equipamento necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e médico na unidade (material de consumo clínico, farmácia, vacinas, etc.);
- k) Articulação com outras Instituições de Saúde ou de Apoio Social.

Artigo 17º - Áreas de atuação do secretariado clínico

Os secretários clínicos constituem o primeiro nível de relacionamento com o utente da USF Bombarral e, simultaneamente, assumem um importante papel como elo de ligação entre os outros sectores profissionais. As suas funções essenciais são a receção e o encaminhamento adequado do utente na USF.

Área de Atuação:

- a) Atendimento e encaminhamento do utente:
 - i. Marcação/Alteração de consultas – consultas programadas e consulta aberta;
 - ii. Atendimento e encaminhamento das chamadas telefónicas;
 - iii. Participação na monitorização do tempo de espera para a marcação e efetivação da consulta.
- b) Gestão da comunicação:
 - i. Difusão atualizada do funcionamento dos serviços.
- c) Gestão de procedimentos administrativos:
 - i. Gestão da lista de inscritos, nomeadamente, inscrição, transferência e óbitos de utentes mantendo atualizada a base de dados;
 - ii. Gestão dos dados administrativos dos utentes;
 - iii. Cobrança das taxas moderadoras, evitando que ocorram dívidas e encaminhamento das respetivas notas de débito;
 - iv. Receção de reembolsos;
 - v. Tratamento da correspondência;
 - vi. Receção e encaminhamento dos pedidos de renovação de medicação crónica;
 - vii. Elaboração e envio de convocatórias aos utentes;
 - viii. Manutenção dos serviços administrativos de retaguarda essenciais para o bom funcionamento a USF Bombarral;
 - ix. Participação nas reuniões de serviço;
 - x. Participação em projetos e estudos de investigação;
 - xi. Gestão de stocks de materiais de escritório e de impressos necessários ao funcionamento da USF Bombarral;
 - xii. Participação no planeamento, recolha e tratamento estatístico dos elementos necessários à determinação dos indicadores de desempenho da USF Bombarral;
 - xiii. Realização de formação profissional contínua;
 - xiv. Participação na gestão do sistema informático;

xv. Participação na receção, encaminhamento e tratamento das reclamações, sugestões e elogios dos utentes.

Artigo 18º - Áreas de atuação de outros profissionais/serviços

A USF Bombarral tem a colaboração e apoio de outros serviços e profissionais do ACES Oeste Norte. Os princípios e fundamentos dessa articulação estão definidos e regulamentados, no Manual de Articulação com o ACES, em documento próprio. São serviços de apoio:

- a) Serviço de Atendimento Complementar que funciona aos sábados, domingos e feriados, das 9h00 às 13h00,
- b) Gabinete do Cidadão que funciona de 2ª a 6ª feira das 10h00 às 14h00, no edifício sede do ACES em Caldas da Rainha
- c) Serviço de Saúde Pública, Serviço Social e Psicologia;
- d) Unidade de Cuidados na Comunidade;
- e) Serviço de apoio à manutenção e atualização do *software* informático e de gestão administrativa, clínica, enfermagem, recolha de dados, avaliação de indicadores e outros de interesse para o bom funcionamento da Unidade;
- f) Serviço de manutenção, substituição e atualização do *hardware*;
- g) Serviço de limpeza das instalações da Unidade;
- h) Serviço de segurança

CAPITULO III - Compromisso assistencial

Artigo 19º - Horário de funcionamento da USF

- 1- O horário de funcionamento da USF Bombarral está compreendido entre as 8h00 e as 20h00 de todos os dias úteis.
- 2- Os horários de funcionamento e de atendimento da USF Bombarral estão publicitados através de afixação no interior e exterior das instalações.
- 3- Dentro do horário de funcionamento existirá sempre, pelo menos, um elemento de cada grupo profissional que assegurará o aconselhamento e/ou orientação a qualquer utente inscrito nesta USF Bombarral no próprio dia.
- 4- Sempre que a solicitação de consultas ultrapasse, previsivelmente, a capacidade de resposta dentro do horário de funcionamento da USF Bombarral, os utentes devem ser encaminhados para os locais definidos como alternativas assistenciais.

5- Fora do horário de funcionamento da USF Bombarral, os utentes podem recorrer:

- a) Sábados, domingos e feriados das 9h00 às 13h00 ao Serviço de Atendimento Complementar;
- b) No restante horário de fim-de-semana e período noturno, devem recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Oeste, aberto 24 horas, sito na rua Diário de Notícias 2500-176 Caldas da Rainha;
- c) Para além destes, pode contactar a linha de atendimento SNS 24 (808 24 24 24) para triagem, aconselhamento e encaminhamento.

Artigo 20º - Carteira de serviços

1- A carteira de serviços da USF Bombarral é a que se encontra definida no anexo I da portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro e encontra-se aqui descrita:

Serviços	População Alvo	Profissionais que a executam
Consulta de Teste de Diagnóstico Precoce	Recém-nascido (3ª ao 6º dia)	Enfermeiro
Consultas de Saúde Infantil e Juvenil	Utentes ≤ 18 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde do Adulto e do Idoso	Utentes ≥ 19 anos	Médico
Visita Domiciliária	Utentes cuja situação necessite intervenção no domicílio	Médico e Enfermeiro
Consulta Aberta	Utentes em situação de doença aguda	Médico e Enfermeiro
Consultas de Planeamento Familiar	Mulheres em idade reprodutiva, até aos 54 anos, respetivos parceiros e homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro
Consultas de Saúde Materna	Mulheres grávidas e seus companheiros	Médico e Enfermeiro
Saúde da Mulher- Rastreio Cancro Colo do Útero	Mulheres entre os 50 e os 64 anos	Médico e Enfermeiro
Consultas de Diabetes	Utentes com diabetes	Médico e Enfermeiro
Consultas de Hipertensão	Utentes com Hipertensão	Médico e Enfermeiro
Vacinação	Todos os Utentes	Enfermeiro
Sala de tratamentos	Todos os utentes	Enfermeiro

Existe ainda Interligação e colaboração com outros serviços e especialidade, na área da Psicologia, Serviço Social, Saúde Pública e Saúde Oral.

2- A USF Bombarral pode solicitar às entidades competentes a negociação duma carteira adicional, de acordo com os pressupostos do anexo II da referida portaria ou de futura legislação que a venha a substituir, desde que proposta pelo CT e aprovada por maioria qualificada em sede de CG.

Artigo 21º - Sistema de marcações de consultas

1- O acesso dos utentes inscritos na USF Bombarral à carteira de serviços faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

a) Consulta programada – consulta agendada previamente para determinado dia e hora, que pode ser de iniciativa do utente ou da equipa e que tem como objetivos a prevenção da doença e promoção da saúde, controlo de doença crónica e o acompanhamento de outras situações;

b) Consulta aberta – consulta de iniciativa do utente que pretende uma resposta rápida a uma situação de doença aguda. Existe possibilidade deste atendimento por médico e/ou enfermeiro durante todo o horário de atendimento da USF;

c) Visita domiciliária (VD) – consulta efetuada no domicílio a utentes residentes no concelho de Bombarral com incapacidade temporária ou permanente de se deslocar à USF bem como noutras situações em que esta necessidade seja identificada pelos profissionais. Não existe possibilidade de se efetuarem VD emergentes. A VD poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da USF. Na ausência do respetivo médico e/ou enfermeiro o pedido de VD será avaliado/efetuado pelo médico/enfermeiro que se encontre em horário de VD, que decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

2- Os utentes poderão agendar uma consulta presencialmente, por telefone, das 14 às 16h exceto à 5ªfeira (das 10 às 12h) ou por eAgenda (<https://servicos.min-saude.pt>).

6- O utente é informado que deverá comparecer na USF 30 minutos antes da hora agendada da consulta programada e que o período de tolerância é de 10 minutos. Não há período de tolerância na consulta aberta.

7- O último registo de contacto na USF Bombarral tem de ser efetuado até às 19h45, com exceção de injectáveis ou vacinas. Neste caso o último registo deve ser até às 19h30.

Artigo 22º - Sistema de renovação das prescrições

1- Este procedimento é um ato médico efetuado sem a presença do utente, sendo registado informaticamente.

2- O receituário pode ser solicitado, todos os dias úteis das 08:00 às 19:30, presencialmente, depositando formulário para o efeito em caixa identificada na USF, ou pelo eAgenda. O receituário será disponibilizado ao utente no prazo de 3 dias úteis após o pedido.

3- Todos os pedidos serão encaminhados para o médico de família ou, na sua ausência, para outro colega, o qual analisará as situações e disponibilizará o pedido ao utente. Na impossibilidade do mesmo ser efetuado (medicação não constar no processo clínico), é justificado o motivo da recusa por escrito no RAC e entregue ao secretariado clínico, devendo ser agendada consulta no caso de se considerar necessária uma reavaliação clínica.

4- Na ausência de consulta de vigilância na USF superior a um ano ser-lhe-á prescrito o receituário na quantidade mínima até realização de consulta presencial com o seu médico de família.

Artigo 23º - Acolhimento e orientação dos cidadãos

1- O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do secretariado clínico, seja em presença física, telefone ou e-mail.

2- O contacto por via eletrónica é dirigido para o e-mail da USF sendo reencaminhado pelo Coordenador ou pelo responsável deste circuito para o profissional a que se destina.

3- O secretariado clínico numa primeira abordagem com o utente deverá identificar qual a sua necessidade, se administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos com ou sem marcação prévia.

4- O atendimento de utentes com necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, na USF ou no domicílio, obedece aos procedimentos definidos para os diferentes processos de prestação de cuidados.

5- A explicitação e informação do funcionamento da USF, bem como dos horários assistenciais do seu médico e/ou enfermeiro de família é obrigatória.

Artigo 24º - Comunicação com os cidadãos

A comunicação entre o utente e a USF Bombarral pode ser efetuada presencialmente ou por contacto telefónico, correio tradicional e eletrónico, portal da USF na internet, placards e panfletos.

1- Contacto telefónico: 262600130

A USF Bombarral garante o atendimento telefónico dos cidadãos nos dias úteis das 14h às 16h excepto à 5ªfeira (das 10 às 12horas)

2- Correio tradicional: Rua Drª Arlindo de Carvalho, nº 27 2540-073 Bombarral

3- Correio electrónico (e-mail): usf.bombarral@arslvt.min-saude.pt

4- Portal da USF na Internet: <http://sites.google.com/site/usfbombarral>

5- Informação escrita: A equipa compromete-se a elaborar informação escrita sob a forma de panfleto, cartazes informativos, guia de acolhimento e portal na Internet

6- Placards informativos interiores: incluem informação com horários, cuidados oferecidos e regras de funcionamento da USF Bombarral, temas educacionais de saúde, orientação e circuito do utente bem como os seus direitos e deveres.

7- Caixa de sugestões: semanalmente a caixa é aberta por um secretário clínico, designado para o efeito, que as encaminha para o Conselho Técnico para posterior análise e exposição na reunião subsequente da equipa multiprofissional. As conclusões serão colocadas ao dispor dos utentes em placard informativo.

Artigo 25º - Continuidade e integração dos cuidados

1- A USF Bombarral garante a continuidade e integração dos cuidados prestados aos utentes, no pressuposto de que todos os profissionais aceitam os valores da USF definidos no art.º 5º do presente regulamento.

2- As ausências dos profissionais, programadas ou não, não devem comprometer a prestação dos cuidados, nomeadamente os que interferem com a saúde dos utentes inscritos e com os objetivos definidos e aprovados no Plano de Ação.

6- A equipa compromete-se a prestar cuidados assistenciais em caso de ausência do médico e /ou enfermeiro de família, de acordo com os serviços mínimos.

Artigo 26º - Mudança de médico ou enfermeiro de família

A USF Bombarral assegura a qualquer cidadão inscrito a possibilidade de mudar de médico ou enfermeiro de família, desde que demonstre essa intenção por escrito e existam condições de integrá-lo num outro profissional da sua escolha que o aceite (de preferência no ficheiro com menos unidade ponderadas). Esta condição é válida apenas por duas vezes.

Artigo 27º - Sistema de Intersubstituição dos profissionais da equipa e serviços mínimos

Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF Bombarral são responsáveis, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, por garantir o cumprimento das obrigações dos

demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

3- O sistema de intersubstituição é efetuado da seguinte forma:

b) Ausências não programadas num período igual ou inferior a duas semanas:

II. Equipa Médica

- 4) Consultas programadas: As consultas que se encontravam programadas para o período em que o respetivo elemento da equipa se encontra ausente, serão efetuadas/asseguradas pelos outros profissionais, em sistema de intersubstituição, no que respeita aos serviços mínimos.
- 5) Consulta aberta: Os utentes com necessidade de consulta no próprio dia serão agendados na primeira vaga disponível de doença aguda
- 6) Visita Domiciliária: O pedido de VD será avaliado/efetuado pelo médico da microequipa do AT que recebe este pedido e que assim decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

ii Equipa de Enfermagem

- 4) Consultas programadas: As consultas que se encontravam programadas para o período em que o respetivo elemento da equipa se encontra ausente, serão efetuadas/asseguradas pelos outros profissionais, em sistema de intersubstituição, sempre que necessário.
- 5) Consulta aberta: A consulta aberta do enfermeiro de família ausente é realizada pelo enfermeiro que se encontra na sala de tratamentos em horário de consulta aberta. Sempre que o utente assim o manifestar pode ser reagendada consulta para o seu enfermeiro de família.
- 6) Visitação Domiciliária: O pedido de VD será avaliado/efetuado pelo enfermeiro que se encontre em horário de visitação domiciliária, que decidirá o tipo de atitude a tomar de acordo com a situação clínica, dando resposta ao utente em 24 horas.

iii Secretários Clínicos

Definido em horário de trabalho de cada profissional o período de atendimento ao público, o serviço de retaguarda e a pausa para refeição, bem como a organização do serviço em situações de ausência e respetiva intersubstituição, sendo que o atendimento ao público é prioritário.

b) Período de férias e ausências programadas:

As ausências programadas são planeadas pela microequipa com a maior antecedência possível de forma a facilitar a organização das suas agendas, evitando a desmarcação de consultas.

c) Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente são garantidas pelos restantes elementos da equipa, através do recurso a trabalho extraordinário (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

d) A situação prevista na alínea anterior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da USF, o ACES deve proceder à substituição do elemento ausente, exceto nos casos em que a ausência resulta do exercício da licença de maternidade (DL 298/2007 art.º 24º de 22 agosto de 2007).

2- Durante o período de ausência serão prestados os serviços mínimos:

b) Equipa Médica

- i Atendimento das situações de doença aguda: dar resposta a situações de resolução imprescindível;
- ii Renovação de receituário de medicação crónica;
- iii prescrição de certificado de incapacidade temporária para o trabalho;
- iv Encaminhamento para interrupção voluntária da gravidez (IVG);
- v. Assegurar a 1ª consulta na gravidez e revisão de puerpério; vi. Assegurar a primeira consulta do recém-nascido até ao 28º dia de vida.
- vii. VD por situação inadiável

b) Equipa de Enfermagem

i Situações de doença aguda e tratamentos de enfermagem que quando não realizados coloquem em risco a recuperação do utente (sala de tratamentos);

- ii. Vacinação inadiável;
- iii. Visita Domiciliária para tratamentos de enfermagem inadiáveis;
- iv. Fornecimento de métodos contraceptivos (incluindo contraceção de urgência);
- v. Realização de Teste de Diagnóstico Precoce entre o 3º e o 6º dia;
- vi. Assegurar a 1ª consulta na gravidez e revisão de puerpério.

c) Secretários Clínicos

i. Todas as atividades necessárias para manter os serviços mínimos médicos e de enfermagem, incluindo atendimento ao público e registo administrativo de contacto.

3- Sempre que um elemento da equipa necessite de prolongar o seu horário de trabalho, a fim de assegurar a devida resposta assistencial aos utentes da USF Bombarral, as horas extraordinárias serão gozadas em tempo, com recurso a um Banco de Horas (DL nº 208 do código do trabalho) e com acordo prévio do interlocutor/coordenador.

CAPITULO IV - Formação contínua

Artigo 28º - Desenvolvimento profissional contínuo

1 - A USF Bombarral pretende ser um espaço privilegiado de aprendizagem, investigação e de formação dos grupos profissionais que a constituem, quer em formação contínua, quer na formação pré e pós-graduada, de forma a atingir um elevado padrão de exigência, rigor e qualidade.

2- A equipa reconhece que a qualidade de cuidados prestados apenas se mantém através do desenvolvimento profissional contínuo, pelo que elaborará um Plano Anual de Formação Contínua (PAFC) organizado e supervisionado pelo CT.

4- O PAFC deverá ser elaborado até ao dia 31 de março do corrente ano para posterior discussão e aprovação em reunião multiprofissional. Sendo uma proposta de trabalho, o PAFC constitui um documento dinâmico que deverá ser revisto periodicamente e poderá ser alterado, sempre que as circunstâncias e/ou as necessidades formativas da equipa o exigirem.

Artigo 29º - Formação interna

1-A formação interna será agendada de acordo com o PAFC e orientada pelo CT, de forma a manter formação contínua em exercício.

2-As formações têm como principal objetivo: promover a atualização contínua de conhecimentos, estimular o espírito de equipa, contribuir para o aumento da satisfação profissional dos elementos da equipa e consequentemente melhorar a prestação de cuidados.

3-Em termos gerais a formação interna prevê:

a) Discussão de protocolos de atuação;

b) Discussão de Normas de Orientação Clínica;

c) Discussão de critérios de qualidade, relacionados com programas de saúde;

d) Discussão de casos clínicos;

e) Apresentação de trabalhos de revisão e artigos de revistas científicas;

f) Apresentação de resumos de ações de formação externa, participados por elementos da equipa, de forma a partilhar os conteúdos pertinentes com os restantes elementos.

4- Cada sessão realizada, requer o preenchimento prévio do plano da sessão e sua apresentação ao CT.

5-Os responsáveis pela formação, registam o nome dos profissionais presentes (formandos) e entregam o registo ao CT, que procede ao seu arquivo em pasta própria e emite a declaração para efeitos curriculares, em relação a cada elemento.

6- As ações de formação interna serão certificadas pelo CT e/ou Coordenador da Unidade.

Artigo 30º - Formação externa

1 -A USF Bombarral encontra-se empenhada em facilitar o acesso dos seus profissionais à formação contínua, com vista ao atingimento de uma elevada qualidade dos seus serviços, com os consequentes ganhos em saúde. Neste sentido, o PAFC deverá prever a formação externa dos seus elementos, por instituições de reconhecido mérito na área da formação em saúde, particularmente nas componentes relevantes para os cuidados de saúde primários.

2- O agendamento das ações que possam interessar aos profissionais da USF Bombarral deve ser realizado em impresso próprio para o efeito ("Comissões Gratuitas de Serviço"), com 20 dias úteis de antecedência no mínimo.

a) Política de participação dos profissionais:

i As propostas e/ou convites para formação externa, serão apresentados aos interlocutor;

ii A equipa deve garantir a equidade de oportunidades de participação em ações de formação a todos os seus elementos;

iii A participação em ações de formação, deve ser avaliada e decidida em reunião do respetivo grupo profissional com a maior antecedência possível, salvaguardando-se as seguintes condições:

(1) O profissional dispõe de tempo para formação;

(2) A formação externa coincide com as necessidades sentidas ou avaliadas do profissional em causa;

(3) Os eventuais atos já programados para as datas serão reprogramados;

(4) Ficam assegurados os serviços mínimos regulamentados.

iv Caso o número de proponentes para participação numa ação de formação seja superior à capacidade de intersubstituição da equipa, serão usados os seguintes critérios por ordem crescente de prioridade:

(1) Apresentação de trabalhos desenvolvidos na área dos CSP (Autor e/ou Co-Autor, Preletor);

(2) Necessidade expressa no Plano de Formação Anual;

(3) Menor número de formações no ano corrente;

(4) Maior tempo decorrido desde a última formação;

(5) Em caso de empate nos critérios anteriores, far-se-á sorteio entre os elementos interessados.

b) Mecanismo de partilha dos conhecimentos obtidos:

Com o objetivo da promoção da partilha de conhecimentos obtidos nas ações de formação externa, cabe a cada formando a obrigatoriedade de dar conhecimento à equipa dos assuntos mais pertinentes abordados na formação em reunião de grupo profissional, elaborando o relatório de formação externa

Artigo 31º - Formação pré e pós-graduada

- 6- A USF Bombarral possui capacidade física e de recursos humanos para receber regularmente alunos dos cursos de medicina e de enfermagem, para estágios previstos nos seus programas curriculares. A USF Bombarral assegura regularmente a continuidade da sua formação, assim como as condições para a presença dos alunos neste período de formação.
- 7- Os formadores e o CT devem ponderar as implicações desta formação no desempenho e desenvolvimento da USF e submete-las ao CG que decidirá.
- 8- Os internos de Medicina Geral e Familiar, fazem o percurso formativo durante 4 anos, têm autonomia para o exercício da Medicina, mas mantêm-se afetados ao respetivo orientador de formação. Os médicos da Unidade estão aptos a colaborar na formação destes alunos e médicos.
- 9- Encontra-se publicitada aos utentes da USF Bombarral, que estes terão opção de recusarem a consulta médica/enfermagem ou o atendimento por estes profissionais em formação.
- 10- Os profissionais da USF Bombarral podem em qualquer momento do seu percurso profissional, envolver-se em atividades de mestrado ou doutoramento, particularmente nas componentes relevantes para os cuidados de saúde primários. A política de participação nestes programas, rege-se pelos princípios gerais da formação externa.

Artigo 32º - Investigação em cuidados de saúde primários

- 4- A USF Bombarral considera a atividade de investigação uma prática fundamental para a melhoria clínica e desenvolvimento dos CSP, pretendendo participar e/ou realizar estudos de investigação.
- 5- Todos os projetos de investigação serão apresentados em reunião multiprofissional, sendo da responsabilidade do CT, a sua promoção e coordenação, sem prejuízo da liberdade de iniciativa dos vários profissionais nesta área. Depois de aprovados internamente, os projetos serão enviados para o ACES, para a Comissão de Ética, seguindo o protocolo estabelecido pela ARSLVT.
- 6- Depois de aprovados internamente, os projetos serão enviados para o ACES, para a Comissão de Ética, seguindo o protocolo estabelecido pela ARSLVT.

CAPITULO V - Compromisso para a qualidade

Artigo 33º - Monitorização da qualidade

1- A USF Bombarral adota uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantam a conformidade com as boas práticas e contribuam para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos. Assim:

a) A USF Bombarral utiliza o programa SClínico para registos clínicos, que permite retirar dados necessários à análise e monitorização da sua atividade;

b) A USF Bombarral segue as orientações técnicas da DGS no que diz respeito aos vários programas de saúde;

c) A USF Bombarral compromete-se com o desenvolvimento da qualidade através da avaliação do seu desempenho nas várias áreas de prestação de cuidados, de relação com os utentes e entre os profissionais, identificando potenciais problemas e desvios das metas relativas aos objetivos definidos em Plano de Ação, propondo correções e reavaliando;

d) Os responsáveis pelos vários processos da USF Bombarral devem incluir, no “Manual de Procedimentos”, o procedimento de cada processo bem como a metodologia e periodicidade de avaliação do seu cumprimento e os prazos de implementação das correções das não conformidades encontradas;

e) O CT, com o apoio dos profissionais disponíveis, promoverá anualmente uma avaliação da satisfação dos utentes e profissionais da USF Bombarral, utilizando metodologias aceites e validadas para o efeito;

f) O CT, com o apoio dos profissionais responsáveis, promoverá anualmente monitorização da organização dos serviços, realizando uma auditoria interna com aplicação da grelha DiOr-USF. O resultado será divulgado junto da equipa com vista à reflexão e adoção das medidas corretoras necessárias;

g) O Coordenador e o CT devem articular com a direção do ACES a resolução das não conformidades identificadas em sede de segurança, saúde e higiene do trabalho, incluindo a construção e simulação regular do plano de emergência.

2- O nosso compromisso explícito com os utentes encontra-se na Carta de Qualidade.

CAPITULO VI - Disposições finais e transitórias

Artigo 34º - Inibições decorrentes do cumprimento do compromisso assistencial

- 4- Os profissionais ficam obrigados a respeitar os preceitos sobre incompatibilidades consignados no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, contribuindo com o seu saber e disponibilidade para o cumprimento dos compromissos assumidos no Regulamento Interno.
- 5- Os problemas de articulação entre os profissionais que integram a Unidade ou outros, que poderão surgir, deverão ser dados a conhecer ao Coordenador que os procurará resolver, podendo ser discutidos em Conselho Geral, caso se justifique.
- 6- Poderão considerar-se condicionantes do cumprimento do compromisso assistencial os seguintes:
 - a) Falta de recursos materiais e humanos;
 - b) Dificuldade de transporte da USF para realização de domicílios;
 - c) Limitações inerentes ao suporte informático e rede interna;
 - d) Central telefónica.

Artigo 35º - Dúvidas e omissões

As dúvidas ou omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de dois terços dos elementos da USF Bombarral incluindo o Coordenador. As decisões do Conselho Geral sobre as dúvidas ou omissões referidas no número anterior passarão a valer como regra a observar em situações idênticas que venham a surgir.

Artigo 36º - Produção de efeitos e atualização

- 4- O Regulamento Interno produz efeitos a partir do dia seguinte ao da sua aprovação em conselho geral.
- 5- O presente Regulamento Interno deverá ser objeto de atualização sempre que a situação o exija. As alterações serão aprovadas em reunião do Conselho Geral expressamente convocada para o efeito, por maioria de dois terços dos seus elementos.
- 6- Por inerência das suas funções, fica o Coordenador responsável por zelar pelo seu cumprimento.

ANEXO I - Constituição da equipa multiprofissional da USF Bombarral

Nome	Cédula Profissional	Categoria Profissional	Regime Profissional	Regime Contratual
Médicos				
Ana Catarina Duarte Marques e Silva	51601	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Carla Filipa Ferreira de Amorim	53104	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Diogo João Figueiredo da Silva	54938	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Érica Margarida Viana Rocha Martins	55138	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Hugo Daniel Coelho Paiva	53123	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
André Gustavo Dias Salgueiro	53529	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Diana Filipa Costa Marques	54937	Assistente MGF	40 h	Contrato de trabalho FPTI
Enfermeiros				
Isabel Maria Duarte Neves Justino Santos	13643	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Isabel Maria Ferreira de Matos	67722	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria da Conceição Coelho Crespo Nobre	20519	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria Emília Barroso Novais	71134	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria Filomena Duarte Vaz Saraiva	30466	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Patrícia Raquel Carneiro da Costa	56982	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Raquel da Costa Januário Barros Marques	1659	Enfermeira	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Secretários Clínicos				
Ana Maria Leal dos Santos Ferreira	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Ana Paula Correia Perdigão	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Eva Maria Castro dos Santos	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria José do Couto Vicente	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI
Maria do Rosário Ezequiel Mendonça Mil Homens	-	Assistente Técnica	35 h	Contrato de trabalho FPTI

ANEXO II - Identificação dos responsáveis dos processos da USF Bombarral e delegação de competências

Processos de Prestação de Cuidados	Responsáveis
Procedimentos Gerais, Saúde do Adulto, Consulta Aberta e Intersubstituição	Dra. Catarina Silva Enf. Isabel Santos e Emília Novais Ana Ferreira
Vacinação	Dr. Hugo Paiva Enf Patrícia Costa Paula Perdigão
Saúde Infantil e Juvenil	Dr. Diogo Silva Enf. Isabel Matos Eva Santos
Saúde Materna Planeamento Familiar Rastreio Oncológico	Dra. Diana Marques Enf. Raquel Marques Maria José Vicente
Diabetes Hipertensão Arterial	Dr. André Salgueiro Enf. Conceição Nobre Rosário Mil Homens
Visita Domiciliária e Saúde do idoso	Dra. Érica Rocha Enf. Filomena Saraiva Paula Sobreiro

Processos de Gestão e Organização	Responsáveis
Gestão da Comunicação e Documentação	Paula Perdigão
Gestão de Material	Enf. Conceição Nobre Ana Ferreira
Controlo de Infeção	Dr. Hugo Paiva Enf. Patrícia Costa Rosário Mil Homens

	Responsáveis
Processos de Articulação com C. S. Secundários e Comunidade	Dra. Diana Marques

	Responsáveis
Processos de Formação Interna e Desenvolvimento da Qualidade	Conselho Técnico
Internos (internato geral e formação específica) e alunos de medicina	Dr. Diogo Silva

	Responsáveis
Processos de Supervisão da Qualidade	Conselho Técnico
Gestor da Sinalética	Rosário Mil Homens

Actividades fora da Unidade	Responsáveis
PPCIRA	Enf. Conceição Nobre Enf. Patrícia Costa
Direção de Enfermagem do ACES Oeste Norte Comissão Coordenadora de Avaliação/Enfermagem do ACES Oeste Norte Comissão Paritária do SIADAP/Enfermagem do ACES Oeste Norte Armazéns Avançados do ACES Oeste Norte Prevenção e Gestão do Risco no ACES Oeste Norte	Enf. Conceição Nobre

ANEXO III - Constituição das microequipas

Equipa	Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico
A	Dr.ª Carla Amorim	Enf.ª Filomena Saraiva	Paula Perdigão
B	Dr.ª Catarina Silva	Enf.ª Isabel Santos	Ana Ferreira
C	Dr.ª Diogo Silva	Enf.ª Isabel Matos	Eva Santos
D	Dr.ª Érica Rocha	Enf.ª Emília Novais	Eva Santos
E	Dr.º Hugo Paiva	Enf. Patrícia Costa	Paula Perdigão
F	Dr.ª Diana Marques	Enf.ª Raquel Marques	Mª José Vicente
G	Dr.º André Salgueiro	Enf.ª Conceição Nobre	Rosário Mil Homens

Anexo IV - Calendarização das reuniões

Tipologia	Periodicidade/dia da semana	Horário	Destinatários
Geral	Primeira quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Formação	Segunda quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Grupos profissionais	Terceira quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Microequipas	Quarta quinta-feira do mês	14h-16h	Todos os profissionais
Conselho Geral	Sempre que se justifique e pelo menos de 3 em 3 meses	14h-16h	Todos os profissionais

Anexo III: Apresentação da Sessão “Registos em SClínico”



P.N.Diabetes

Intervenções

Por Programa	Por Contato	Por Projeto
Por Programa	23-06-2019	12,00
Todas as Contatos	24-02-2020	10,92
Por Programa	24-02-2020	10,90
Por Programa	24-02-2020	10,90
Por Programa	24-02-2020	10,90
Por Programa	24-02-2020	10,90
Por Programa	24-02-2020	10,90
Por Programa	24-02-2020	10,90
Todas as Contatos	24-02-2020	10,90
Todas as Contatos	24-02-2020	10,90
Todas as Contatos	27-08-2020	11,00
Todas as Contatos	27-08-2020	11,05
Todas as Contatos	27-08-2020	11,06
Todas as Contatos	27-08-2020	11,27,9

P.N.Diabetes

IDG UF VISÃO INDICADORES

Ano Contratual: 2020 | Mês: 2020-06 | ARS: ARS Lisboa e Vale do Tejo | ACS: ACS Oeste Poente | Tipo Unidade: USF-A

Ícone Unidade: USF Sombrial

Resumo: 73 indicadores, 15 dimensões, Valor IDG: 53,20

Ano	Valor IDG	Cód. Indicador	Designação Indicador (+CS)	Tipo	Detalhe	IC	Máx. má	Mín. má	Máx. Anál	Mín. Anál	Máx. Escal	Mín. Escal	Resultado	Score
Desenvolvimento Assistencial	53,28	2010.006.01	RI - Proporção clientes DM com registo de GRT	RI	S	202000	75,00	80,00	100,00	100,00	100,00	100,00	1,940	100
Acesso	75,48	2010.007.01	RI - Proporção DM c/ conc. ant. vigi. DM último ano	RI	S	202000	75,00	85,00	100,00	100,00	100,00	100,00	47,401	100
Cobertura de Utilização	0,00	2010.008.01	RI - Proporção DM c/ última visita <= 42%	RI	S	202000	50,00	60,00	100,00	100,00	100,00	100,00	46,915	100
Gestão da Saúde	52,40	2010.201.01	RI - Proporção clientes DM c/ nível médio de saúde	RI	S	202000	75,00	85,00	100,00	100,00	100,00	100,00	31,286	100

P.N.D.C.C Risco: Hipertensão

http://19.17.8.106/Forma00190.html?config=estmco

SCLERCO CIP - SP/MS

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: [REDACTED] Nº Unidade: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E FOCO DE ATENÇÃO

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: [REDACTED]

Avaliar estado e risco
 Avaliar estado e nutrição
 Avaliar estado do regime terapêutico
 Avaliar capacidade para a administração de medicamentos
 Avaliar comportamento de procura de saúde
 Avaliar conhecimento para promover comportamento de saúde
 Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipertensão
 Avaliar conhecimento sobre regime de exercício
 Avaliar conhecimento sobre regime dietético
 Avaliar conhecimento sobre regime farmacoterapêutico
 Avaliar gestão do regime terapêutico
 Monitorar glicemia capilar
 Monitorar índice de massa corporal
 Monitorar sinais e sintomas
 Monitorar uso de tabaco

Última Avaliação

FOCO DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Nome: [REDACTED] Nº Unidade: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

04-12-2019 12-10-2020

Ativo Inativo

Nome do Foco de Atenção	Diagnóstico	Ativo	Inativo	Terminar
Excesso de Peso	Excesso de peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-03-2019 10:31
Hipertensão	Hipertensão, em grau moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-03-2019 10:34
Atividade física	Sem auto - vigilância	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-03-2019 10:23
Atividade física	Atividade física	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-01-2019 10:30
Atividade física	Atividade física	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04-12-2018 09:19

13 Mar 2020 10:11 Sem gestão do regime terapêutico compreensível (Responsável: LUIZ MOUL CARDOZO DRESDI)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS PARA O FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção sugerida para o foco/diagnóstico	Ativo	Inativo	Terminar
Avaliar gestão do regime terapêutico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-03-2019 10:32
Monitorar sinais e sintomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monitorar sinais e sintomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monitorar sinais e sintomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monitorar sinais e sintomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

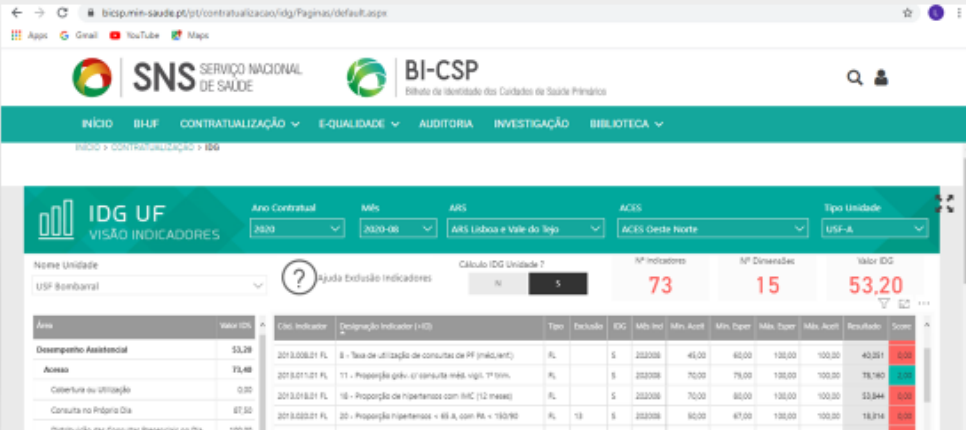
Resumo Avaliação

Nome: [REDACTED] Nº Unidade: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

Ativo Inativo

Experiências

P.N.D.C.C Risco: Hipertensão



P.N.S.R Saúde Materna

Programas de Saúde / Projetos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [Redacted] | Idade: [Redacted] | Nº Unidade: [Redacted] | Nº Processo: [Redacted]

Programas de Saúde: Projetos:

Programa	Início	Término	Associação
P.N.S.R. e Planeamento Familiar	08-05-2019 12:35		<input type="checkbox"/>
Saúde do Adulto	08-05-2019 12:35		<input type="checkbox"/>
P.N.S.R. Saúde Materna	05-10-2008 08:28		<input checked="" type="checkbox"/>

Designação do programa

Resp. Início: Luis Goncalves | Resp. Término:

Data Última Modificação: 02-09-2020 | Data Próximos Partos: 09-09-2021

Data de concepção: | Gestações: 15 | Dias: 1

Término: | Categorias Tabaco: | Observações:

P.N.S.R Saúde Materna

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO SITE: [Nome] | ID: [ID] | IP: [IP] | [Ativos] | [Inativos]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE: [Seleção] | FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO: [Seleção] | [Ativos] | [Inativos]

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Intervenções relacionadas

Intervenção relacionada a realizar	Última avaliação
Monitorar frequência cardíaca do feto	
Monitorar apresentação fetal	
Monitorar desconforto fetal	
Monitorar gravidade	
Calcular e obter percentual do parto	
Monitorar sinais e sintomas	
Monitorar sinais maternos - vigilância da gravidez	

Resq. Saúde: [Seleção] | Resq. Terapêutica: [Seleção]

Última Avaliação: 2020-10-12 17:53:10 positivo

Resumo: [Resumo] | [Ativos] | [Inativos]

P.N.S.R Puerpério

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 Nome: [REDACTED] Mãe: [REDACTED] Nº Identific: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Diagnóstico	Atividade	Início	Fim	Ativo	Realizado
Processo de Atenção	Diagnóstico				
Amamentação	Amamentação	26-10-2020 13:30			
Mastite de Lactação	Sem mastite de lactação	26-10-2020 13:30			
Mastite de Lactação	Potencial para melhorar o conhecimento para tratar a mastite de lactação	26-10-2020 13:30			
Mastite de Lactação	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de mastite de lactação	26-10-2020 13:30			
Menstruação	Conhecimento sobre menstruação	04-02-2020 14:37			
Comportamento de Procura de Saúde	Comportamento de procura de saúde	26-01-2020 14:08			
Parâmetro Familiar	Sem parâmetro familiar comprovado	30-04-2019 11:01			

Resp. Início: LUIS MIGUEL CARDOSO DIONISIO Resp. Término:

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO (DIAGNÓSTICO)

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico	Tarefa	Início	Fim
Amamentação	Realizar contacto	26-10-2020 13:30	26-10-2020 13:30
Monitorizar frequência cardíaca	Tudo os contactos	12-02-2019 16:29	
Monitorizar tensão arterial	Tudo os contactos	04-02-2020 14:35	

Resp. Início: Luis Dionisio Resp. Término: Luis Dionisio

Última Avaliação: 2020-10-26 13:33 Sem Hemorragia

P.N.S.R Puerpério

Intervenção Sugeridas

Eventos e Atividades Terapêuticas

Seleção

Intervenção Sugerida

Evento	Atividade	Início	Fim	Ativo	Realizado
Tudo os Contactos		12-02-2019	16:29		
Tudo os Contactos		12-02-2019	16:29		
Tudo os Contactos		12-02-2019	16:29		
Tudo os Contactos		12-02-2019	16:29		
Tudo os Contactos		04-02-2020	14:35		
Tudo os Contactos		04-02-2020	14:35		
Tudo os Contactos		04-02-2020	14:35		
Tudo os Contactos		04-02-2020	14:36		
Tudo os Contactos		18-02-2020	15:21		
Tudo os Contactos		18-02-2020	15:21		
Tudo os Contactos		26-10-2020	13:30		

Nº Contacto: 133700 USF TORREDA

P.N.S.R Saúde Materna

The screenshot shows the website for BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários). The header includes the SNS (Serviço Nacional de Saúde) logo and the BI-CSP logo. The navigation menu contains: INÍCIO, BI-UF, CONTRATUALIZAÇÃO, E-QUALIDADE, AUDITORIA, INVESTIGAÇÃO, and BIBLIOTECA. Below the menu, a table displays performance data for 'Desempenho Assistencial'.

Desempenho Assistencial	93,2%	2013.295.01 FL - 295 - Propon. publp. 3= cons. vig. enf. grau. e c/ RP	FL	S	202008	70,00	75,00	100,00	100,00	40,625	100
-------------------------	-------	--	----	---	--------	-------	-------	--------	--------	--------	-----

P.N.S.R Planeamento Familiar

The screenshot shows the 'Programas de Saúde / Privado' interface. It includes a form for 'IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR' with fields for Name, ID, IP Name, and IP Processo. Below this, there are tabs for 'Programas de Saúde' and 'Privado'. A table lists programs with columns for 'Programa', 'Inicio', 'Termino', and 'Associação'. The first row is highlighted.

Programa	Inicio	Termino	Associação
P.N.S.R. - Planeamento Familiar	28-02-2019 19:55		
P.N. Prevenção e Controlo de Tabagismo	28-02-2019 19:55		

Buttons for 'Designação do programa', 'Standard', and 'Total' are visible at the bottom of the interface.

P.N.S.I.J. Saúde Infantil

The screenshot displays the 'Processo de Intervenção' (Intervention Process) window for a patient. The interface is divided into several sections:

- INFORMAÇÃO DO PACIENTE:** Includes fields for Name, ID, Date of Birth (15-08-2013), and Date of Intervention (12-10-2020).
- PROBLEMAS E FOCOS DE SAÚDE:** A list of clinical issues such as 'Analisar desenvolvimento infantil e juvenil', 'Analisar estado de nutrição', and 'Analisar capacidade da mãe (mãe) do pai para alimentar o bebé'. Each item has a status indicator (e.g., 'Ativo', 'Resolvido').
- FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO:** A table listing attention and diagnostic points.

Foco de Atenção	Diagnóstico	Ativo	Resolvido
Intervenção	Sem vinculação comprovada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenção de Segurança	Caracterização sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevenção de Segurança	Caracterização sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenvolvimento Infantil	Caracterização do nível atual do pai sobre desenvolvimento infantil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação à Vacinação	Avaliação à vacinação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INTERVENÇÕES INICIAIS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO:** A table listing initial interventions.

Intervenção	Ativo	Resolvido
Caracterização do nível atual do pai sobre desenvolvimento infantil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caracterização sobre subdesenvolvimento com a mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Observações:** A text area containing notes such as '12 Out 2020 18:17: Caracterização sobre subdesenvolvimento com a mãe (Responsável: LUIS MIGUEL CARDOSO DORNES)'.
- Assessoria:** Lists the names of the professionals involved, such as 'Resp. Infância: LUIS DORNES' and 'Resp. Terapeuta: LUIS DORNES'.

P.N.S.I.J. Saúde Infantil

← → ↻ bisp.mn-saude.pt/pt/contratacao/ldg/Paginas/default.aspx ☆

Apps Gmail YouTube Maps

 **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  **BI-CSP**
Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

🔍 👤

INÍCIO BI-UF CONTRATUALIZAÇÃO E-QUALIDADE AUDITORIA INVESTIGAÇÃO BIBLIOTECA

Doença Aguda Respiratória	0,30	2013.074.01 FL	14 - Projeção RN c/ cans. +65. vigi. até 28 dias vida	FL		N	202008	85,00	95,00	100,00	100,00	91.142	100
Hipertensão Arterial	60,00	2013.075.01 FL	15 - Projeção RN c/ domicílio enf. até 12º dia de vida	FL	15	N	202008	30,00	50,00	100,00	100,00	0,000	100
Multimorbilidade e Outros Tipos de Doença	0,30	2013.076.01 FL	16 - Projeção crianças c/ 6+ cans. até vigi. 1º ano	FL		N	202008	85,00	70,00	100,00	100,00	88.888	100
Gestão da Saúde	62,68	2013.077.01 FL	17 - Projeção crianças c/ 3+ cans. até vigi. 2º ano	FL		N	202008	100,00	100,00	100,00	100,00	72.222	100
Desempenho Assistencial	53,30	2013.095.01 FL	18 - Projeção crianças c/ 6+ cans. até vigi. 3º ano	FL		N	202008	95,00	95,00	100,00	100,00	95.527	100
Acesso	33,60	2013.094.01 FL	83 - Projeção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202008	95,00	95,00	100,00	100,00	98.765	100
Cobertura ou Utilização	0,00	2013.095.01 FL	84 - Projeção crianças 3A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202008	95,00	95,00	100,00	100,00	97.121	100
		2013.095.01 FL	85 - Projeção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	5	S	202008	95,00	95,00	100,00	100,00	97.121	100

Obrigado pela atenção!

APÊNDICE III - Mapa Concetual

Questão PICO

Quais as intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar ao casal com filhos, com disfunção sexual, na transição para a parentalidade?

Enfermeiro de família

Sexualidade

Transição

Nascimento

Parentalidade

Disfunção sexual

Áreas do conhecimento:

Enfermagem

Psicologia

Sociologia

APÊNDICE IV - Mnemónica PICO

Quadro 1: Mnemónica PICO

P	PARTICIPANTES	Quem foi estudado?	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiros;• Casal com filhos.
I	INTERVENÇÃO/ INTERESSE	O que foi feito?	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as alterações na vivência da sexualidade e funcionalidade sexual na transição para a parentalidade;• Identificar as intervenções de Enfermagem de Família relacionadas com a transição para parentalidade.
C	COMPARAÇÃO	Quais?	Adaptação comportamental à parentalidade feminina e masculina.
O	OUTCOMES	Que resultado?	Intervenções que podem ser desenvolvidas no âmbito da competência específica do Enfermeiro de Família ao casal com filhos com disfunção sexual, na transição para a parentalidade.

Palavras – Chave: Enfermeiros; Parentalidade; Disfunções sexuais; Nascimento

Key-words: *Nurses; Parents; Sexual Dysfunctions; Childbirth*

APÊNDICE V – Critérios de Inclusão e Exclusão

Quadro 1: Critérios de Inclusão e Exclusão

QUESTÃO PICO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População (P)	<p>Adulto com idade igual ou superior a 19 anos;</p> <p>Homens e mulheres em contexto de transição para a parentalidade por nascimento.</p>	<p>Pessoa com idade inferior a 19 anos;</p> <p>Pessoa adulta em processo de doença: crónica; cancro; doença infectocontagiosa, doença mental; mutilação genital.</p> <p>Casal em processo de gravidez.</p> <p>Casal com filhos cujo nascimento é pré-termo.</p>
Intervenção (I)	<p>Intervenção de enfermagem de família na facilitação da transição para a parentalidade no âmbito da sexualidade e disfunção sexual</p> <p>Contexto comunitário</p>	<p>Intervenção de enfermagem de família que não inclua alteração da funcionalidade sexual e sexualidade.</p> <p>Contexto hospitalar/Internamento</p>
Comparação	Adaptação masculina e feminina à transição para a parentalidade.	
Resultados esperados (Outcomes)	Identificação de intervenções adaptadas à Enfermagem de Família no âmbito das alterações à funcionalidade sexual e sexualidade do casal após nascimento do filho.	Intervenção de Enfermagem de Família que não inclua alteração da funcionalidade sexual e sexualidade no processo de transição para a parentalidade.
Tipos de estudos	<p>Estudos de investigação de natureza qualitativa ou quantitativa.</p> <p>Estudos num horizonte temporal de 5 anos (2017-2022)</p> <p>Estudos em língua inglesa ou portuguesa.</p> <p>Estudos de outras áreas de conhecimento que não Enfermagem que consigam dar resposta à questão PICO.</p>	<p>Excluem-se revisões sistemáticas da literatura, narrativas ou artigos de opinião.</p> <p>Excluem-se artigos no âmbito do ensino em Enfermagem.</p> <p>Excluem-se os artigos que não cumpram os critérios de inclusão.</p>

APÊNDICE VI - Limitadores de Pesquisa

Quadro 1: Limitadores de Pesquisa

Bases de Dados Limitadores	Bases de Dados – EBSCO host				Base de dados B ON	PubMed
	Medline Complete	CINAHL Complete	MedicLatina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive		
Limitadores de pesquisa	Aplicar assuntos equivalentes Texto completo Resumo disponível Língua inglesa Idioma: <i>English</i> Data de publicação: 2017-01-01-2022-01-31 Humano Relacionado à idade: <i>Adult: 19 + years</i> Modos de busca – TX Boleano <i>And</i>	Aplicar assuntos equivalentes Texto completo Resumo disponível Qualquer autor é enfermeiro Língua inglesa Idioma: <i>English</i> Data de publicação: 2017-01-01-2022-01-31 Humano; Sexo: tudo Faixas etárias: <i>All Adult</i> Modos de busca – TX Boleano <i>And</i>	Aplicar assuntos equivalentes Texto completo Texto completo em PDF Data de publicação: 2017-01-01-2021-01-31 Modos de busca – TX Boleano <i>And</i>	Aplicar assuntos equivalentes Texto completo Texto completo em PDF Data de publicação: 2017-01-01-2021-01-31 Modos de busca – TX Boleano <i>And</i>	Aplicar assuntos equivalentes Texto Integral Disponível na Coleção da Biblioteca Idioma: Inglês Data de publicação: 2017-01-01-2021-01-31; Disciplina: Saúde e Medicina; Enfermagem e Medicina Auxiliar, Psicologia; Medicina complementar e alternativa Modos de pesquisa – TX Boleano <i>And</i>	<i>All Fields</i> 2017-2022 Boleano <i>And</i> <i>Abstract Free full text</i> <i>Publication date 5 years</i> <i>Humans</i> <i>Language: English</i> Idade: <i>Adult +19</i>
Data de pesquisa	A pesquisa nas bases de dados foi realizada em Caldas da Rainha no dia 22/01/2022					

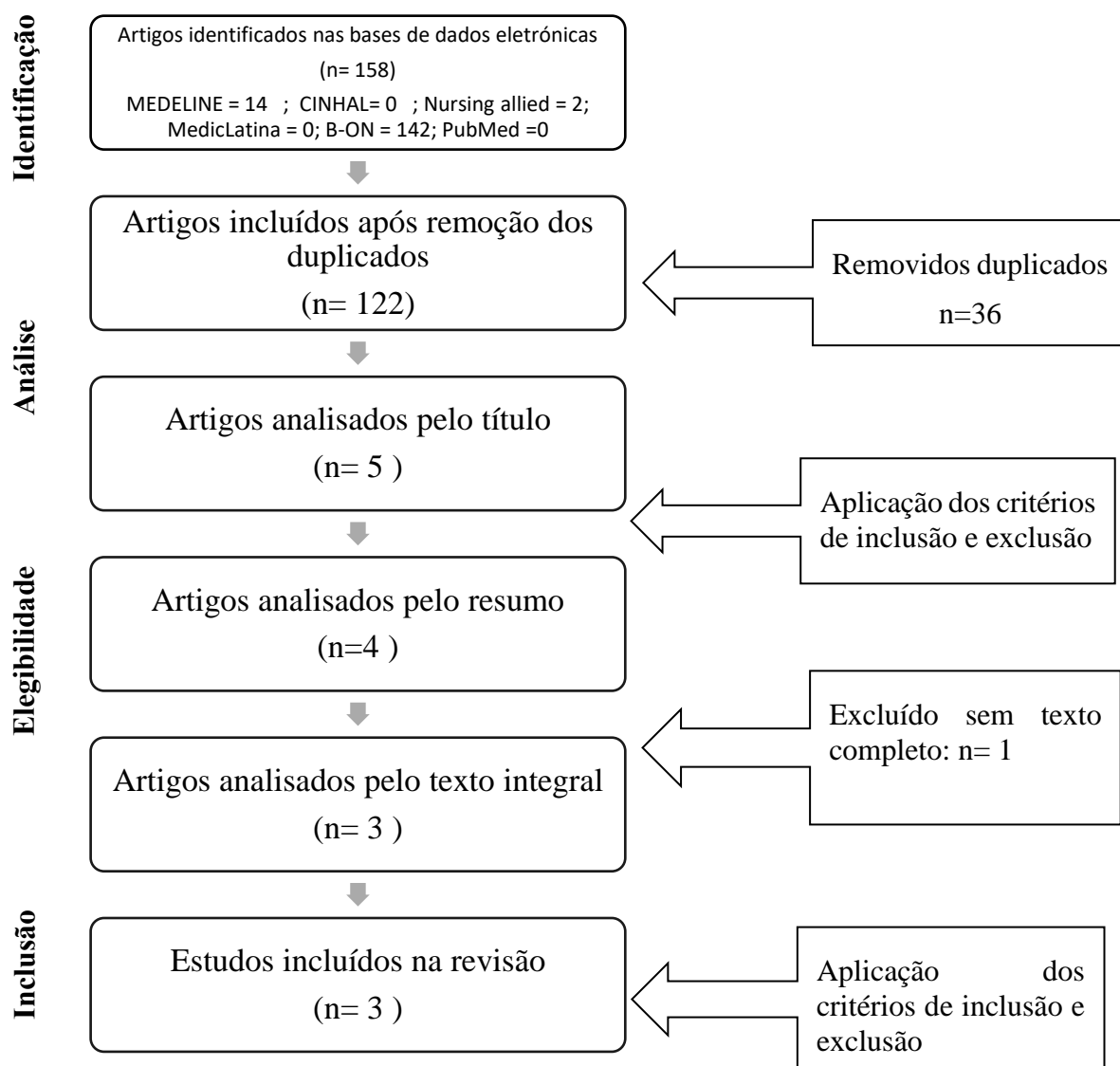
APÊNDICE VII – Resultados Obtidos: nº de Artigos por Base de Dados

Quadro 1: Resultados Obtidos: nº de Artigos por Base de Dados

Bases de Dados Palavras-chave (descritores)	Bases de Dados – EBSCO host				Base de dados B ON	PubMed
	Medline Complete	CINAHL Complete	MedicLatina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive		
1 – Nurses	48594	1082	2115	15741	386534	893
2 – Parents	42083	160	1308	15561	473095	1378
3 - Sexual Dysfunctions	3042	13	97	427	21700	99
4 - Childbirth	8411	70	597	1589	79187	442
1 and 2	8431	159	203	3421	58582	39
1 and 3	527	13	14	162	3067	2
1 and 4	2622	70	97	606	15992	20
2 and 3	356	2	5	76	2298	1
2 and 4	2427	20	76	703	15107	70
3 and 4	160	1	4	26	1051	2
1 and 2 and 3 and 4	14	0	0	2	142	0
Total de artigos	158					

APÊNDICE VIII - Processo de identificação e inclusão dos estudos – *Prisma Diagram Flow*

Esquema 1: Processo de identificação e inclusão dos estudos – *Prisma Diagram Flow*



APÊNDICE IX - Síntese dos artigos selecionados

Quadro 1: Síntese dos artigos selecionados – *Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Selfdisclosure in Women with Sexual Problems after Childbirth: A Randomized Trial*

Título	Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Selfdisclosure in Women with Sexual Problems after Childbirth: A Randomized Trial
Publicação	<p>Autores: Farzane Karimi , Raheleh Babazadeh, Robab Latifnejad Roudsari, Negar Asgharipour, Habibollah Esmaily. (Karimi <i>et al</i>)</p> <p>Tipo: Artigo original</p> <p>Ano:2021</p> <p>Jornal: Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research</p> <p>Páginas: 68 – 74</p>
Tema	A efetividade do aconselhamento sexual a mulheres com problemas sexuais após nascimento, com base em modelos terapêuticos de intervenção.
Objetivos	Identificar a eficácia de terapia individual através de modelos terapêuticos, como o BETTER comparativamente ao modelo PLISSIT de forma a melhorar a vivência da sexualidade em mulheres com problemas sexuais após o nascimento de filho.
Resumo	A expressão e vivência sexual é um dos fatores que afetam a satisfação sexual, assim o recurso a modelos de terapia e sua comparação são cruciais para melhorar a expressão sexual em mulheres com problemas sexuais após o parto. Revela-se assim, deste estudo que a eficácia do modelo de aconselhamento BETTER aumenta a expressão sexual da mulher após o parto, através do recurso às diferentes fases terapêuticas do modelo.
Palavras-chave	<i>Postpartum;</i> <i>Sexual dysfunctions;</i> <i>Self disclosures</i> <i>Sex counseling.</i>
Metodologia	<p>Desenho do estudo: artigo de investigação</p> <p>Materiais e Métodos: “ This 2-group randomized trial was conducted from August to March 2017 on 80 women referring to 8 healthcare centers in the city of Mashhad, Iran, with a sexual complaint within 4 weeks to 6 months after childbirth.” – Pág 69</p> <p>População: 80 mulheres residentes em Mashhad, casadas e únicas esposas entre os 18-45 anos de idade, capazes de comunicar, saudáveis gravidez única e de termo, com nascimento recente.</p> <p>Contexto: Irão</p> <p>Colheita e tratamento de dados: “The research instruments included a demographic questionnaire, the Female Sexual Function Index (FSFI) and Hulbert sexual self-disclosure index.” – página 68 “ The data analysis was conducted using independent t-test, paired t-test, Chi-square, analysis of covariance (ANOVA), and Mann-Whitney U test in SPSS (p < 0.05)” – página 68</p>
Dados relevantes para RSL	<p>“Sexual self-disclosure involves the 3 dimensions of the ability to express feelings, the ability to express pleasant and unpleasant thoughts and beliefs, and make a clear decision even if it results in being deprived of benefits, or is difficult to do it emotionally, and the ability to sustain one’s rights and not allow others to harass or use one’s weakness.” Página 69</p> <p>“Sex therapists have found that discussing the sexual preferences of individuals increases sexual satisfaction and decreases sexual problems.[3] Couples increase their sexual</p>

<p>Dados relevantes para RSL (Continuação)</p>	<p>satisfaction through sexual self-discourse.[4] Open conversations and finding ways to create intimacy can help couples to accept their roles as parents.” – página 68</p> <p>“According to the World Health Organization (WHO), the postpartum period is an ideal time for giving information or advice on sexuality and identifying women’s sexual health and sexual function needs.[8] It is necessary to design and use counseling, support, and special techniques to maintain and promote intimacy and sexuality in the postpartum period.” – página 68</p> <p>“The Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy (PLISSIT) model is a standard model and one of the most commonly used.” – Página 68</p> <p>“Another model particularly for women in their postpartum period, is the Bring up, Explain, Tell, Timing, Educate, and Record (BETTER) model.[10,11] Martinez recommended the use of the BETTER counseling model because of its simplicity and specific emphasis on improving dialogues concerning sexual dysfunction as a person-directed approach.” – Página 69</p> <p>“The PLISSIT model consists of 4 levels including Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy. 1- Permission: The client is allowed to start talking about sensitive issues and her sexual problem and the counselor should listen to her without any judgment. 2: limited information: The counselor explains the female sexual response cycle and the postpartum period. In this stage, the counselor focuses on addressing and correcting myths. 3: Specific Suggestions: Sensate focus is discussed and practiced.” – Página 70</p> <p>“The BETTER model consists of the 6 levels of Bring up, Explain, Tell, Timing, Educate, and Record. 1- Bringing up the issue: The counselor raises sexual issues with clients at ease and encourages women to speak more about their problem and asks them about intimacy and relationship with their husbands after childbirth. 2- Explaining: The counselor explains the importance and the impact of sexual issues on an individual’s quality of life (QOL). The counselor also explains the impact of intimacy and effective communication after childbirth and encourages the woman to talk more about her feelings and sexual problems with her husband. 3- Telling: The counselor assures the client of the provision of complete information for the resolution of their problems and information is provided on postpartum dyspareunia and potential solutions, including lubricants. 4- Timing: The counselor determines the counseling time as the client prefers. 5- Training: The counselor teaches the clients about the effects of childbirth complications and breastfeeding on their sexual life. The counselor also discusses and practices sensate focus and pelvic floor exercises with the client. 6- Recording: Assessments interventions, and therapeutic consequences are recorded by the counselor”- Página 70,71</p> <p>“Therefore, the result of this study showed that the BETTER model, which is client-centered and emphasizes the creation of an appropriate environment between the client and the counselor, will enable women to better express their sexual problems that will affect the treatment process, especially after childbirth.” – Página 71</p>
<p>Principais conclusões</p>	<p>“The BETTER sexuality model with an emphasis on sexual communication and determination of counseling time tailored to clients’ preferences could have a greater impact on sexual self-disclosure in women. Therefore, this model can be used as a developed framework by midwives as a counseling approach, with ease of implementation, to postpartum sexual dysfunction. The further investigation of the effectiveness of the BETTER counseling model on the quality of sexual life in women after childbirth is recommended” – Página 73</p>

Quadro 2: Síntese dos artigos selecionados - *The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry*

Título	<i>“The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry”</i>
Publicação	<p>Autores: Lidia Pardell-Dominguez, Patrick A. Palmieri, Karen A. Dominguez-Cancino, Dorian E. Camacho-Rodriguez, Joan E. Edwards, Jean Watson and Juan M. Leyva-Moral. (Pardell-Dominguez <i>et al</i>)</p> <p>Tipo: Artigo de investigação</p> <p>Ano:2021</p> <p>Jornal: BMC Pregnancy and Childbirth</p> <p>Páginas: 1 – 13</p>
Tema	Saúde sexual da mulher após o parto.
Objetivos	Descrever a experiência sexual após o parto em mulheres primíparas.
Resumo	<p>A saúde sexual é um fenómeno multidimensional que abarca fatores pessoais, sociais e culturais, que continua a ser estudado com base num modelo biomédico. Após o parto a mulher experiência uma transição para a maternidade, bem como na relação com o parceiro e do casal com a família. Uma nova realidade é criada com as novas responsabilidades e com grande impacto na qualidade da saúde sexual.</p> <p>Assim, é fundamental usar competências específicas na abordagem da saúde sexual da mulher após o parto, procurando o esclarecimento e a tomada de decisões, assim, esta intervenção deverá ser incorporada nas guidelines da intervenção, através de uma abordagem presente, autêntica, individualizada e com comunicação ativa.</p>
Palavras-chave	<p><i>Pregnancy;</i></p> <p><i>Postpartum;</i></p> <p><i>Sexual health;</i></p> <p><i>Sexuality;</i></p> <p><i>Body image;</i></p> <p><i>Social support.</i></p>
Metodologia	<p>Desenho do estudo: artigo de investigação</p> <p>Materiais e Métodos: “...phenomenological study with a purposive sample of primiparous women.” – Página 1</p> <p>População: “Ten women were interviewed from which five themes emerged...” – Página 1</p> <p>Contexto: Catalunha, Espanha.</p> <p>Colheita e tratamento de dados: “Data was collected through semi-structured interviews until saturation. Analysis followed Colaizzi’s seven-step process with an eighth translation step added to limit cross-cultural threats to validity. Also, the four dimensions of trustworthiness were established through strategies and techniques during data collection and analysis” – Página 1</p> <p>“The data were manually analyzed in Spanish with the seven-step method described by Colaizzi [84], including: 1) familiarization, 2) identifying significant statements, 3) formulating meanings, 4) clustering themes, 5) developing an exhaustive description, 6) producing the fundamental structure, and 7) seeking verification of the fundamental structure.” – Página 4</p>
Dados relevantes para RSL	“Sexuality is central to being human with an evolving meaning across the lifespan [1] that encompasses gender role, sexual identity and orientation, eroticism, pleasure, and intimacy [2]. Influenced by the dynamic interplay of variables [3] such as biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious, and

<p>Dados relevantes para RSL (Continuação)</p>	<p>spiritual factors [4], sexuality is the integration of life experiences manifesting as a multidimensional phenomenon.” – Página 2</p> <p>“Sexuality is embedded differently within cultures [5] through conventions, assigned roles, and behaviors that express sexual desires, diverse emotion and power relationships [6], mediated by the beliefs, values, attitudes, feelings and position in society [7].” - Página 2</p> <p>“As a subjective experience, sexuality depends on the person, and usually their partner, in the context of bodies, feelings, and emotions” – Página 2</p> <p>“In the context of women, however, sexuality is influenced by significant life events and experiences associated with pregnancy, childbirth, and motherhood [10, 11].” – Página 2</p> <p>“Today, sexual health is “a state of physical, emotional, mental and social wellbeing in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity” [15]” – Página 2</p> <p>“For women in varied contexts, unique cultures and different countries, shifting roles and evolving responsibilities in the postpartum period negatively impact their sexual desire as well as satisfaction [32–44], and even stimulates fear [45].” – Página 2</p> <p>“...reported a variety of issues that impact the overall experience of women when returning to sexual activity, including: dyspareunia [22, 34, 36, 40, 41, 46–52], decreased libido [51, 53–55], problems achieving orgasm [11, 46, 48, 56], negative body image [32, 53, 54], fatigue and sleep deprivation [53–55, 57], relationship dissatisfaction [43, 57], household responsibilities [54], and concern about satisfying partner...” – Página 2</p> <p>“Also, women report emotional concerns and personal conflicts [50, 53, 54, 60, 61], such as feeling guilty for their problems and failing their partners [51, 53, 54] and even depression [34, 46, 55, 57, 62].” – Página 3</p> <p>“More adaptative to changes in their sexuality than their partners [65], women in the postpartum period hesitantly return to sexual activity without guidance from their providers to satisfy their partners or to feel attractive and desired [43, 59].” – Página 3</p> <p>“Regardless of the explanation, the available evidence suggests increased couple time, effective communication, partners engaged in newborn care, and shared household responsibilities [53, 54, 60, 61] decreases conflicts and increases intimacy resulting in improved postpartum sexual experiences.” – Página 3</p> <p>“Almost all the women reported they had no sexual desire; describing their return to an active sexual relationship as complicated and scary, especially because they feared the unknown including the prospect of physical pain with intercourse. Several women reported they dwelled more on their fears rather than the possibility of enjoying sexual activity. Half the women confessed they did not feel ready to resume intercourse, either due to physical and/or emotional reasons.” – Página 5</p> <p>“The loss of libido, changing roles, breastfeeding, awareness of the newborn, and feeling that the ‘entire weight’ of the new family fell on them, contributing to the women feeling sad, seeking to escape, and thinking they were unfit mothers. The women felt alone as their husbands returned to work, increasing their sense of overload and their insecurity about not knowing how to care for their newborn.” – Página 5</p> <p>“Almost all the women reported they were able to cope with their situation when their partners were understanding and supportive. Feeling respected and encouraged by their partners gave the women a sense of security, a peace of mind.” – Página 5</p> <p>“The women devoted most of their time to caring for their baby; contributing to the feeling of losing their womanhood and producing the nostalgia for needing their personal space.</p>
---	---

<p>Dados relevantes para RSL (Continuação)</p>	<p>Following the birth, the women felt overloaded until they found a harmony with their baby.” – Página 6</p> <p>“They highlighted the need for balance in caring for their baby and attending to their partner; achieving this relational balance required mutual support and reciprocal collaboration.” – Página 6</p> <p>“The lack of personal time and the distancing required couples to ‘book’ a time for intimacy. This translated into scheduled versus spontaneous sexual activity, further hindering their sexual desire” – Página 7</p> <p>“The women argued more information needed to be shared with them, including life experiences from other mothers, to understand the meaning of being the new mother in the context of being part of a couple.” – Página 7</p> <p>“Although all the women attended postpartum maternal education classes, they felt lost and alone; not only in relation to caring for their baby, but also in resuming sexual activity.” - Página 8</p> <p>“The women wanted to talk openly, explicitly, and without generalizations, with someone about their sexual health in the postpartum period. Above all, the women wanted their clinicians to be honest and direct about their sexual health, without glossing over the negative aspects and addressing the real difficulties they would most likely experience following childbirth.” – Página 8</p> <p>“Disruption of body image was another factor directly influencing the way women perceived their sexual health as well as their satisfaction with intercourse during the postpartum period. Although the women did not feel rejected by their partners, their dissatisfaction with their physical appearance resulted in them feeling less intimate and less confident about returning to sexual activity.” - Página 9</p> <p>“In this case, poor communication specific to problems with sexual health continues to contribute to decreased quality of life [110]. For example, the inability or unwillingness of women, as well as some men [111], to speak about their sexual health concerns during pregnancy, including the postpartum, results in sexual dysfunction and decreased quality of life...” – Página 9</p> <p>“In retrospect, the women expressed dissatisfaction with the health services they received because their sexual health was neglected...” – Página 9</p> <p>“...recommended partner education is very important as the couple need to be involved in discussions about their mutually dependent sexual health in the postpartum period. Yet, addressing concerns about sexual health can be difficult for nurses [117, 118], midwives [53, 113], and physicians...” – Página 9</p> <p>“The human caring practices proposed by Watson [126] can be incorporated into existing guidelines to better manage sexual health throughout pregnancy and postpartum. Instead of avoiding conversations about sexual health [127], clinicians need to offer holistic care including comprehensive sexual assessments [128]. During visits, clinicians need to be authentically present, engaging in active communication, listening to positive and negative experiences, and seeking solutions for identified problems [129].” – Página 10</p> <p>“... postpartum sexual health can be improved by offering optional programs to women that include psychoeducation, skills to enhance sexual satisfaction either within the act of vaginal intercourse or other types of intimate sexually stimulating and satisfying activities, conversations about relationships, and safe spaces for women to discuss their challenges with other women [130].” – Página 10</p>
<p>Principais conclusões</p>	<p>“Postpartum sexual health is a multifaceted concern for women as they transition from woman to mother, partner to parent, and couple to family. The women in this study were primarily motivated to return to sexual activity to please their partner without guidance</p>

Principais conclusões (continuação)	from their clinicians. The transition to motherhood needs to include increased awareness about the changes to their bodies, their new responsibilities, and their relationship with partners. Understanding how women experience postpartum sexual health opens a wide range of possibilities to improve a clearly difficult and often confusing experience. In the context of theory guided practice informed by evidence, additional qualitative studies could lead to better understanding of postpartum sexual health in more contexts, cultures, and countries.” – Página 11
--	---

Quadro 3: Síntese dos Artigos Seleccionados - *Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey*

Título	“Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey”
Publicação	Autores: Marjan Khajehei e Maryanne Doherty. (Khajehei e Doherty) Tipo: Artigo de investigação Ano: 2018 Jornal: British Journal of Midwifery Páginas: 318 – 328
Tema	Experiência sexual da mulher durante a gravidez e após o nascimento.
Objetivos	Explorar a experiência pessoal da mulher nas mudanças associadas à sua funcionalidade sexual durante a gravidez e após nascimento.
Resumo	As mulheres experimentam múltiplas mudanças na sua funcionalidade sexual durante a após gravidez. Os profissionais de saúde devem adotar uma intervenção próxima para incrementar a vivencia da saúde sexual e da sua funcionalidade.
Palavras-chave	<i>Australia;</i> <i>Childbirth;</i> <i>Pregnancy;</i> <i>Postpartum;</i> <i>Qualitative;</i> <i>Sexual function.</i>
Metodologia	Desenho do estudo: artigo de investigação Materiais e Métodos: “This was a population-based qualitative survey of postpartum women in Australia.” – Página 319 “This was an online qualitative survey...” – Página 318 População: “women across Australia who had given birth in the previous 12 months were invited to take part. A total of 273 responses were included.” – Página 318 Contexto: Austrália Colheita e tratamento de dados: “Data were analysed using Colaizzi’s (1978a; 1978b) process for thematic analysis...” – Página 1
Dados relevantes para RSL	“The women in this study stated that they needed to be assured of being loved and appreciated outside the bedroom. The women reported wanting their life with their partner to be their focus, not just their sex life, especially as women need to connect emotionally, mentally and intellectually before they can connect sexually (Ramsey and Hoyt, 2015)” – Página 324

<p>Dados relevantes para RSL (Continuação)</p>	<p>“Sexual health education has been shown to promote women’s sexual and marital satisfaction and improve their quality of life (Mahmodi and Valiee, 2016). Educational sessions can be held to inform pregnant or postpartum women and their partners about changes in sexual function, mental health and the quality of relationships, while providing information on adapting to their new roles and responsibilities during and after pregnancy. Training should include strategies for providing active, woman-centred counselling with an open atmosphere to enable postnatal women to freely discuss their issues, needs and expectations (Edvardsson et al, 2011), to help women pursue more effective coping strategies.” – Página 325</p> <p>“Peer support groups can also provide postnatal women with support and guidance to help them find answers to their questions, resolve their problems and increase involvement in community activities (Doornbos et al, 2013).” – Página 325</p> <p>“Providing timely and appropriate professional counselling and support can help women maintain a good quality of life.” – Página 325</p> <p>“Assessment of sexual function needs to be included in perinatal visits, where appropriate and timely education, counselling and support should be provided. Health professionals should initiate conversations in a confidential and friendly environment, asking open questions and shaping the dialogue so that the women feel comfortable to express their concerns and seek support (Bahadoran et al, 2015; Rivas et al, 2016).” – Página 325</p> <p>“Some women in the study found that pregnancy and giving birth helped them to gain a new perspective of themselves and improved their sexual function by making them feel empowered and relaxed”- Página 325</p> <p>“Some other women were negatively affected by the birth experience, hormonal fluctuation, difficult emotions, depression, fears and violation of privacy during labour. Obstetric violence, such as neglected needs and wishes, verbal humiliation, invasive practices and forced medical intervention, negatively affected women’s mind and body.” – Página 326</p>
<p>Principais conclusões</p>	<p>“Five main themes were discovered in this study: mental health changes, obstetric violence, relationship issues, physical changes and role conflict. While some women experienced no changes in their sexual function during pregnancy and after childbirth, others reported some negative impacts of pregnancy and childbirth on their sexual function, while some women reported that their sex lives improved during pregnancy or after giving birth. This indicates that pregnancy and childbirth cannot necessarily be negative experiences. Pregnancy and giving birth can help women feel empowered and relaxed and have better sexual function. To achieve this, women need to be assured of being loved and appreciated outside the bedroom and need to connect emotionally, mentally and intellectually before they can connect sexually.” – Página 326</p>

APÊNDICE X - Processo de categorização dos resultados *à posteriori*

Quadro 1: Processo de categorização dos resultados *à posteriori*

Categoria	Subcategorias	Dados relevantes
<p>Estratégias de abordagem educacional da disfunção Sexual na transição para a parentalidade</p>	<p>Comunicação eficaz</p>	<p>A mulher procura/espera aconselhamento especializado junto dos profissionais de saúde antes e após o nascimento do filho; Período pós-parto é ideal para o aconselhamento profissional pelos profissionais de saúde; Os profissionais de saúde devem assumir uma postura comunicacional ativa relativamente às questões relacionadas com a sexualidade e disfunção sexual desde a gravidez até após nascimento; A comunicação por parte dos profissionais de saúde/enfermeiros deve ser centrada no casal/Família e não exclusivamente na mulher; Promoção da saúde sexual e reprodutiva como um fator crucial para a vivência da sexualidade e atividade sexual do casal; Atender às alterações relacionadas com a definição dos papéis parentais; Promover ambiente tranquilo para uma interação enfermeiro- casal eficaz, que promova a resposta às expectativas do casal; Os profissionais de saúde devem atentar a questões como multiculturalidade e religião como fatores fundamentais a ter em consideração na relação com o casal.</p>
	<p>Fatores facilitadores</p>	<p>Ambiente tranquilo em atmosfera aberta, isenta de juízos de valor ou crítica; Comunicação ativa; Sentimento de apoio, suporte e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde na tomada de decisão; Centralidade nos cuidados no casal antes, durante e após nascimento; Características da relação conjugal: comunicação aberta entre os elementos do casal e participação de ambos na definição dos papéis parentais; Integração do parceiro/pai como parte ativa e fundamental no contexto da disfuncionalidade sexual; Relação com a família alargada e suporte familiar.</p>
	<p>Fatores dificultadores</p>	<p>Ambiente não propício por via da falta de privacidade na relação enfermeiro – casal; Expectativas da mulher/casal que não correspondem à realidade de adaptação vivida; Perceção pela mulher de negligência por parte do profissional de saúde da área relacionada com a sexualidade e disfunção sexual, sendo um assunto por vezes não abordado de forma ativa pelos mesmos; Violência obstétrica – humilhação verbal; práticas médicas invasivas; Fatores culturais/religiosos específicos que inibam a exposição/comunicação ativa com o parceiro ou profissionais de saúde; Indisponibilidade dos profissionais de saúde por via das suas limitações/dificuldades na abordagem da disfunção sexual e sexualidade; Centralidade na saúde física materno-infantil; Juízos de valor dos profissionais de saúde.</p>

Intervenção no processo de educação para a saúde	Profissionais de saúde	<p>Devem promover um aconselhamento antes, durante e após gravidez;</p> <p>Centralizar a sua intervenção no casal e não exclusivamente na mulher ou bebé;</p> <p>Promover sessões de educação para a saúde no decorrer do processo de transição para a parentalidade;</p> <p>Iniciar e integrar na sua atividade a disfunção sexual e sexualidade como parte integrante e fundamental da vivência do casal;</p> <p>Permitir espaço para que o casal possa expor as suas dúvidas de forma aberta, sem receio de crítica ou juízo de valor;</p> <p>Identificar o problema com o casal e dar oportunidade para a discussão e reflexão e procura da solução;</p> <p>Devem ser proativos na formação contínua e aperfeiçoamento de competências na área da saúde sexual e reprodutiva, em temas como a disfunção sexual, de forma a dar resposta às necessidades do casal;</p> <p>Abordagem psicoeducativa;</p> <p>Basear a sua intervenção em <i>guidelines</i>, orientando a sua prática para uma sistematização da mesma, através de modelos de abordagem, tais como: BETTER ou PLISSIT;</p> <p>Evidenciar através de uma prática estruturada e fundamentada a sua prática especializada.</p>
	Contexto da intervenção	<p>Cuidados de Saúde Primários;</p> <p>Ambiente tranquilo e privado;</p> <p>No decorrer das consultas de vigilância;</p> <p>Em ambiente familiar, no domicílio do casal – visita peri e pós-natal;</p> <p>Comunidade – sessões de grupo com outras mulheres/casais na mesma situação e outros mais experientes, na partilha de experiência de pares;</p>
Domínios da intervenção	Domínio físico	<p>Alterações físicas estruturais relacionadas com a gravidez e o parto;</p> <p>Dor e desconforto associado ao parto;</p> <p>Abordagem da temática relacionada com a violência obstétrica;</p> <p>Amamentação;</p> <p>Alteração na imagem corporal percebida pela mulher/casal;</p> <p>Fadiga e cansaço associados ao papel parental de mãe pelos cuidados ao recém-nascido e de provedora dos cuidados ao mesmo e à casa;</p> <p>Fadiga e cansaço associados ao papel parental de pai, o homem com provedor do sustento da casa;</p>
	Domínio Psicossocial e emocional	<p>Alteração dos papéis dos elementos do casal, na transição para a parentalidade;</p> <p>Alterações da autoimagem da mulher;</p> <p>Depressão associada à sobrecarga de cuidados ao recém-nascido e adaptação ao papel parental de mãe;</p> <p>Medo de retomar atividade sexual, pelo desconforto físico, mas também por receio de não corresponderem às expectativas do parceiro;</p> <p>Sentimentos de culpa associados às suas dificuldades de retoma da atividade sexual, devido à sua disfuncionalidade;</p> <p>Diminuição da intimidade entre o casal e conseqüentemente da autoconfiança dos seus elementos;</p> <p>Integração do parceiro como parte ativa do processo de recuperação pós-parto na definição do seu papel parenta.</p>
	Cultural	<p>Atender que diferentes culturas entendem a sexualidade e atividade sexual de forma diferente;</p> <p>Especificidade cultural do casal;</p> <p>Conceitos parentais associados à vivência cultural;</p> <p>Influência da família alargada no casal.</p>

ANEXOS

ANEXO I – Lista de Inscritos por moradas

Mês: Total, Unidade Funcional / Polo
 Hospitalar: USF Bombarral, Flag Médico
 Família: Total, Médico Família: Total
 P01.R02. Inscritos > Geografia de Habitação

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Métrica	Nº
			Utentes Inscritos
Águeda	Valongo do Vouga		1
Aveiro	União das freguesias de Glória e Vera Cruz		1
Moura	União das freguesias de Moura (Santo Agostinho e São João Baptista) e Santo Amador		1
Serpa	União das freguesias de Serpa (Salvador e Santa Maria)		1
Braga	União das freguesias de Real, Dume e Semelhe		1
Vila Nova de Famalicão	União das freguesias de Gondifelos, Cavalões e Outiz		2
Bragança	União das freguesias de Sé, Santa Maria e Meixedo		1
Coimbra	União das freguesias de Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu)		1
Figueira da Foz	Buarcos		1
Évora	União das freguesias de Bacelo e Senhora da Saúde		4
Faro	União das freguesias de Faro (Sé e São Pedro)		2
Lagoa	Porches		1
Loulé	Boliqueime		1
	Loulé (São Clemente)		2
Portimão	Portimão		1
São Brás de Alportel	São Brás de Alportel		1
Alcobaça	Alfeizerão		3
	Benedita		1
	São Martinho do Porto		1
Bombarral	Carvalhal		2.122
	Roliça		2.182
	Pó		700
	União das freguesias do Bombarral e Vale Covo		6.104

Caldas da Rainha	A dos Francos	1
	Landal	1
	Salir de Matos	1
	Vidais	3
	União das freguesias de Caldas da Rainha - Nossa Senhora do Pópulo, Coto e São Gregório	31
	União das freguesias de Caldas da Rainha - Santo Onofre e Serra do Bouro	19
	União das freguesias de Tornada e Salir do Porto	3
Leiria	União das freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes	11
Nazaré	Nazaré	3
Óbidos	A dos Negros	8
	Amoreira	1
	Olho Marinho	15
	Vau	1

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Métrica	Nº
			Utentes Inscritos
Óbidos	Gaeiras		8
	Usseira		5
	Santa Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa		20
Peniche	Atouguia da Baleia		17
	Serra d'El-Rei		2
	Ferrel		8
	Peniche		3
Pombal	Pombal		1
Porto de Mós	Calvaria de Cima		1
	Juncal		1
Alenquer	Olhalvo		3
	Ventosa		1

Azambuja	Alcoentre	1
Cadaval	Alguber	2
	Peral	1
	Vermelha	17
	Vilar	3
	União das freguesias do Cadaval e Pêro Moniz	37
	União das freguesias de Lamas e Cercal	2
	União das freguesias de Painho e Figueiros	1
	Cascais	União das freguesias de Carcavelos e Parede
Lisboa	Beato	1
	Benfica	1
	Campolide	1
	Lumiar	1
	Marvila	2
	São Domingos de Benfica	3
	Alvalade	1
	Arroios	1
	Avenidas Novas	1
	Campo de Ourique	2
	Parque das Nações	3
	Loures	Loures
União das freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas		3
União das freguesias de Camarate, Unhos e Apelação		1
Lourinhã	Moita dos Ferreiros	15
	Reguengo Grande	19
	União das freguesias de Lourinhã e Atalaia	10
	União das freguesias de Miragaia e Marteleira	2
	União das freguesias de São Bartolomeu dos Galegos e Moledo	2
Sintra	Algueirão-Mem Martins	1
	Rio de Mouro	1

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Métrica	Nº
			Utentes Inscritos
Sintra	União das freguesias do Cacém e São Marcos		2
	União das freguesias de Massamá e Monte Abraão		1
	União das freguesias de Queluz e Belas		1
Torres Vedras	Ponte do Rol		2
	Ramalhal		1
	Silveira		1
	Turcifal		1
	Ventosa		1
	União das freguesias de A dos Cunhados e Maceira		5
	União das freguesias de Campelos e Outeiro da Cabeça		7
	União das freguesias de Maxial e Monte Redondo		2
	União das freguesias de Torres Vedras (São Pedro, Santiago, Santa Maria do Castelo e São Miguel) e Matacães		12
Vila Franca de Xira	União das freguesias de Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras		2
	União das freguesias de Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa		1
Amadora	Alfragide		1
	Águas Livres		1
	Venteira		1
Odivelas	Odivelas		6
	União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto		2
Portalegre	União das freguesias da Sé e São Lourenço		1
Valongo	Valongo		4
Cartaxo	Vila Chã de Ourique		1
Rio Maior	Alcobertas		1
	Rio Maior		1
Santarém	União das freguesias de Santarém (Marvila), Santa Iria da Ribeira de		3

	Santarém, Santarém (São Salvador) e Santarém (São Nicolau)	
Tomar	Asseiceira	1
Ourém	Fátima	2
	Nossa Senhora da Piedade	1
Almada	União das freguesias de Caparica e Trafaria	1
	União das freguesias de Laranjeiro e Feijó	1
Barreiro	União das freguesias de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena	1
	União das freguesias de Barreiro e Lavradio	1
Moita	Alhos Vedros	1
Montijo	Canha	1
Seixal	Corroios	2

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Métrica	Nº
			Utentes Inscritos
Seixal	Fernão Ferro		1
Mortágua	União das freguesias de Mortágua, Vale de Remígio, Cortegaça e Almaça		1
Funchal	São Martinho		1
	Funchal (Sé)		1
Vila da Praia da Vitória	Praia da Vitória (Santa Cruz)		1
Desconhecido	DESCONHECIDO		102
Total			11.621

ANEXO II – Indicadores USF Bombarral fevereiro 2021

Ano Contratual: 2021, Tipo P02.01.R02. Indicadores da unidade
 Indicador: FLUTUANTE, Grupo defuncional - cumpridores e não cumpridores
 Indicadores: Todos os Indicadores
 Com ou Sem MdF: CSP com médico

Unidade		Mês	2021-02		
Funcional / Polo Hospitalar	Indicador	Métrica	Utentes Cumpridores	Utentes Não Cumpridores	Total Utentes
USF Bombarral	<u>BI</u>	2013.002.01 FL Taxa de utilização global de consultas médicas	7.292	4.329	11.621
	<u>BI</u>	2013.006.01 FL Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	8.816	2.805	11.621
	<u>BI</u>	2013.008.01 FL Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	861	1.446	2.307
	<u>BI</u>	2013.009.01 FL Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	584	1.723	2.307
	<u>BI</u>	2013.010.01 FL Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	618	1.689	2.307
	<u>BI</u>	2013.011.01 FL Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	80	7	87
	<u>BI</u>	2013.012.01 FL Propor. gráv. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.	45	27	72
	<u>BI</u>	2013.013.01 FL Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	0	85	85
	<u>BI</u>	2013.014.01 FL Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	79	1	80
	<u>BI</u>	2013.015.01 FL Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	0	74	74
	<u>BI</u>	2013.016.01 FL Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	23	14	37
	<u>BI</u>	2013.017.01 FL Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	31	21	52
	<u>BI</u>	2013.018.01 FL Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	1.477	2.290	3.767
	<u>BI</u>	2013.019.01 FL Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	519	3.178	3.697
	<u>BI</u>	2013.020.01 FL Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	231	974	1.205

<u>BI</u>	2013.021.01 FL	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	495	3.272	3.767
<u>BI</u>	2013.022.01 FL	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	558	2.181	2.739
<u>BI</u>	2013.023.01 FL	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	746	1.631	2.377
<u>BI</u>	2013.025.01 FL	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	310	3.387	3.697
<u>BI</u>	2013.030.01 FL	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	1.933	1.895	3.828
<u>BI</u>	2013.031.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	65	30	95
<u>BI</u>	2013.032.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	39	88	127
<u>BI</u>	2013.033.01 FL	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	4.841	5.497	10.338
<u>BI</u>	2013.034.01 FL	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	671	968	1.639
<u>BI</u>	2013.035.01 FL	Proporção DM com exame pés último ano	550	666	1.216
<u>BI</u>	2013.036.01 FL	Proporção utentes DM com registo de GRT	96	1.120	1.216
<u>BI</u>	2013.037.01 FL	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	682	534	1.216
<u>BI</u>	2013.038.01 FL	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	477	702	1.179
<u>BI</u>	2013.039.01 FL	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	521	695	1.216
<u>BI</u>	2013.040.01 FL	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	266	950	1.216
<u>BI</u>	2013.041.01 FL	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	22	1.101	1.123
<u>BI</u>	2013.042.01 FL	Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina	430	693	1.123
<u>BI</u>	2013.043.01 FL	Proporção DM c/ acompanham. adequado	78	1.101	1.179
<u>BI</u>	2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	1.164	559	1.723

<u>BI</u>	2013.045.01 FL	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	1.113	1.422	2.535
<u>BI</u>	2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	2.190	1.881	4.071
<u>BI</u>	2013.047.01 FL	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	4.857	5.481	10.338
<u>BI</u>	2013.049.01 FL	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	41	95	136
<u>BI</u>	2013.050.01 FL	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	43	42	85
<u>BI</u>	2013.051.01 FL	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	16	56	72
<u>BI</u>	2013.052.01 FL	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	521	1.786	2.307
<u>BI</u>	2013.053.01 FL	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	4.797	5.541	10.338
<u>BI</u>	2013.054.01 FL	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	52	64	116
<u>BI</u>	2013.055.01 FL	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	307	907	1.214
<u>BI</u>	2013.057.01 FL	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	74	6	80
<u>BI</u>	2013.059.01 FL	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	88	7	95
<u>BI</u>	2013.060.01 FL	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado	31	21	52
<u>BI</u>	2013.061.V1 FL	Proporção crianças 6A, livres cárie dentária	13	0	13

Ano Contratual: 2021, Tipo P02.01.R02. Indicadores da unidade
 Indicador: FLUTUANTE, Grupo defuncional - cumpridores e não cumpridores
 Indicadores: Todos os Indicadores
 Com ou Sem MdF: CSP com médico

Unidade		Mês	2021-02			
Funcional / Polo Hospitalar		Métrica	Utentes Cumpridores	Utentes Não Cumpridores	Total Utentes	
USF Bombarral	<u>BI</u>	2013.062.V1 FL	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	5	4	9
	<u>BI</u>	2013.063.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	68	27	95
	<u>BI</u>	2013.064.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	69	58	127
	<u>BI</u>	2013.067.01 FL	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	3.339	5	3.344
	<u>BI</u>	2013.088.01 FL	Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses	627	589	1.216
	<u>BI</u>	2013.089.01 FL	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	1.213	2.554	3.767
	<u>BI</u>	2013.091.01 FL	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	45	294	339
	<u>BI</u>	2013.092.01 FL	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	8	83	91
	<u>BI</u>	2013.093.01 FL	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	92	3	95
	<u>BI</u>	2013.094.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	91	4	95
	<u>BI</u>	2013.095.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	120	3	123
	<u>BI</u>	2013.097.01 FL	Proporção DM c/ microalbum. último ano	641	575	1.216
	<u>BI</u>	2013.098.01 FL	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	7.933	1.044	8.977
	<u>BI</u>	2013.099.01 FL	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	6.898	4.723	11.621
	<u>BI</u>	2013.261.01 FL	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	543	673	1.216

<u>BI</u>	2013.262.01 FL	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	2.134	4.464	6.598
<u>BI</u>	2013.265.01 FL	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	548	604	1.152
<u>BI</u>	2013.266.01 FL	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	2	1.150	1.152
<u>BI</u>	2013.274.01 FL	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	22	21	43
<u>BI</u>	2013.275.01 FL	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	26	25	51
<u>BI</u>	2013.277.01 FL	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	195	1.293	1.488
<u>BI</u>	2013.295.01 FL	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	27	45	72
<u>BI</u>	2013.296.02 FL	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	0	172	172
<u>BI</u>	2013.297.01 FL	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	2.706	638	3.344
<u>BI</u>	2013.301.01 FL	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	21	16	37
<u>BI</u>	2013.303.01 FL	Proporção grávidas 6+ cons. vig. enf. gravidez	39	31	70
<u>BI</u>	2015.306.01 FL	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	80	2.560	2.640
<u>BI</u>	2015.307.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	64	20	84
<u>BI</u>	2015.308.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	68	17	85
<u>BI</u>	2015.309.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	54	29	83
<u>BI</u>	2015.313.01 FL	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	81	675	756
<u>BI</u>	2015.314.01 FL	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	676	540	1.216
<u>BI</u>	2015.315.01 FL	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	455	761	1.216
<u>BI</u>	2015.316.01 FL	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	211	991	1.202

<u>BI</u>	2017.375.01 FL	Proporção de RN de termo, de baixo peso	0	59	59
<u>BI</u>	2017.380.01 FL	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	353	125	478
<u>BI</u>	2017.381.01 FL	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	1.224	520	1.744
<u>BI</u>	2017.382.01 FL	Prop. adultos com DM, com diagn.	1.106	22	1.128
<u>BI</u>	2017.383.01 FL	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	3.055	120	3.175
<u>BI</u>	2017.384.01 FL	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	80	2	82
<u>BI</u>	2018.395.01 FL	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	4.847	5.364	10.211
<u>BI</u>	2018.396.01 FL	Prop. ut. [10; 15[anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	31	514	545
<u>BI</u>	2018.397.01 FL	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	1	933	934
<u>BI</u>	2018.398.01 FL	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	0	27	27
<u>BI</u>	2018.404.01 FL	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	96	10.038	10.134
<u>BI</u>	2019.424.01 FL	Prop. crianças [0; 1[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	41	12	53
<u>BI</u>	2019.425.01 FL	Prop. crianças [0; 6[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	154	91	245
<u>BI</u>	2019.427.01 FL	Proporção de grávidas com parto por cesariana	10	26	36

ANEXO III – Indicadores Enfermeira Conceição Nobre fevereiro 2021

Unidade			Mês		2021-02	
Funcional / Polo	Indicador		Métrica	Num.	Den.	Valor
Hospitalar						
USF Bombarral	BI	2013.001.01 FL	Proporção de consultas realizadas pelo MF	1.167,00	1.603	72,801
	BI	2013.002.01 FL	Taxa de utilização global de consultas médicas	998,00	1.604	62,219
	BI	2013.003.01 FL	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	2,00	1.661	1,204
	BI	2013.004.01 FL	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	198,00	1.661	119,205
	BI	2013.005.01 FL	Proporção de consultas realizadas pelo EF	446,00	1.702	26,204
	BI	2013.006.01 FL	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	1.181,00	1.604	73,628
	BI	2013.008.01 FL	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	107,00	271	39,483
	BI	2013.009.01 FL	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	79,00	271	29,151
	BI	2013.010.01 FL	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	75,00	271	27,675
	BI	2013.011.01 FL	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	12,00	12	100,000
	BI	2013.012.01 FL	Propor. gráv. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.	8,00	8	100,000
	<u>BI</u>	2013.013.01 FL	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	0,00	13	0,000
	<u>BI</u>	2013.014.01 FL	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	15,00	15	100,000
	<u>BI</u>	2013.015.01 FL	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	0,00	13	0,000
	<u>BI</u>	2013.016.01 FL	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	3,00	3	100,000
	<u>BI</u>	2013.017.01 FL	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	0,00	3	0,000
	<u>BI</u>	2013.018.01 FL	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	160,00	534	29,963
	<u>BI</u>	2013.019.01 FL	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	67,00	520	12,885
	<u>BI</u>	2013.020.01 FL	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	27,00	123	21,951
	<u>BI</u>	2013.021.01 FL	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	61,00	534	11,423
	<u>BI</u>	2013.022.01 FL	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	60,00	394	15,228
	<u>BI</u>	2013.023.01 FL	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	66,00	331	19,940
	<u>BI</u>	2013.025.01 FL	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	38,00	520	7,308
	<u>BI</u>	2013.030.01 FL	Proporção idosos ou doença crônica, c/ vac. gripe	286,00	590	48,475
	<u>BI</u>	2013.031.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	5,00	14	35,714
	<u>BI</u>	2013.032.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	6,00	16	37,500
	<u>BI</u>	2013.033.01 FL	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	603,00	1.451	41,558
	<u>BI</u>	2013.034.01 FL	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	42,00	173	24,277
	<u>BI</u>	2013.035.01 FL	Proporção DM com exame pés último ano	62,00	164	37,805

BI	2013.036.01 FL	Proporção utentes DM com registo de GRT	23,00	164	14,024
BI	2013.037.01 FL	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	97,00	164	59,146
BI	2013.038.01 FL	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	56,00	158	35,443
BI	2013.039.01 FL	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	69,00	164	42,073
BI	2013.040.01 FL	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	5,00	164	3,049
BI	2013.041.01 FL	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	4,00	147	2,721
BI	2013.042.01 FL	Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina	50,00	147	34,014
BI	2013.043.01 FL	Proporção DM c/ acompanham. adequado	18,00	158	11,392
BI	2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	127,00	225	56,444
BI	2013.045.01 FL	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	110,00	301	36,545
BI	2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	228,00	570	40,000
BI	2013.047.01 FL	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	534,00	1.451	36,802
BI	2013.049.01 FL	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	5,00	24	20,833
BI	2013.050.01 FL	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	10,00	13	76,923
BI	2013.051.01 FL	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	5,00	8	62,500
BI	2013.052.01 FL	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	45,00	271	16,605
BI	2013.053.01 FL	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	519,00	1.451	35,768
BI	2013.054.01 FL	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	8,00	16	50,000

Unidade		Mês		2021-02		
Funcional / Polo	Indicador	Métrica	Num.	Den.	Valor	
USF Bombarral	BI	2013.055.01 FL	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	37,00	146	25,342
	BI	2013.057.01 FL	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	13,00	15	86,667
	BI	2013.059.01 FL	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	7,00	9	77,778
	BI	2013.060.01 FL	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado	0,00	3	0,000
	BI	2013.061.V1 FL	Proporção crianças 6A, livres cárie dentária	3,00	3	100,000
	BI	2013.062.V1 FL	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	0,00	2	0,000
	BI	2013.063.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	8,00	14	57,143
	BI	2013.064.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	5,00	16	31,250
	BI	2013.066.01 FL	Proporção medicam. faturados, que são genéricos	8.913,00	20.661	43,139

BI	2013.067.01	FL	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	605,00	605	100,000
BI	2013.068.01	FL	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	280.095,86	1.035	270,624
<u>BI</u>	2013.069.01	FL	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (p. conv. s/ TM)	47.173,13	982	48,038
<u>BI</u>	2013.070.01	FL	Despesa (PVP) medic. prescr. compart. p/ utiliz.	320.664,98	1.035	309,821
<u>BI</u>	2013.071.01	FL	Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)	59.468,33	1.035	57,457
<u>BI</u>	2013.074.01	FL	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	1.604,00	1.612	99,504
<u>BI</u>	2013.088.01	FL	Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses	84,00	164	51,220
<u>BI</u>	2013.089.01	FL	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	165,00	534	30,899
<u>BI</u>	2013.090.01	FL	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)	192.176,21	1.035	185,677
<u>BI</u>	2013.091.01	FL	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	4,00	29	13,793
<u>BI</u>	2013.092.01	FL	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	1,00	10	10,000
<u>BI</u>	2013.093.01	FL	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	7,00	9	77,778
<u>BI</u>	2013.094.01	FL	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	13,00	14	92,857
<u>BI</u>	2013.095.01	FL	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	12,00	14	85,714
<u>BI</u>	2013.097.01	FL	Proporção DM c/ microalbum. último ano	95,00	164	57,927
<u>BI</u>	2013.098.01	FL	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	960,00	1.324	72,508
<u>BI</u>	2013.099.01	FL	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	897,00	1.604	55,923
<u>BI</u>	2013.100.01	FL	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	1.316,00	1.604	82,045
<u>BI</u>	2013.261.01	FL	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	62,00	164	37,805
<u>BI</u>	2013.262.01	FL	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	281,00	835	33,653
<u>BI</u>	2013.263.01	FL	Despesa medic. pres. utili. (PVP) comp. não comp.	329.684,37	1.035	318,536
<u>BI</u>	2013.264.01	FL	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)	51.122,28	982	52,059
<u>BI</u>	2013.265.01	FL	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	63,00	156	40,385
<u>BI</u>	2013.266.01	FL	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	0,00	156	0,000
<u>BI</u>	2013.267.01	FL	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	125,00	271	0,461
<u>BI</u>	2013.269.01	FL	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	1,95	3	0,650
<u>BI</u>	2013.270.01	FL	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	7,00	8	0,875
<u>BI</u>	2013.271.01	FL	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	66,66	158	0,422
<u>BI</u>	2013.272.01	FL	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	263,18	520	0,506
<u>BI</u>	2013.274.01	FL	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	4,00	6	66,667
<u>BI</u>	2013.275.01	FL	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	3,00	9	33,333

<u>BI</u>	2013.276.01 FL	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	17.178,80	64.362	26,691
<u>BI</u>	2013.277.01 FL	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	24,00	143	16,783
<u>BI</u>	2013.278.01 FL	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	17.437,00	27.095	64,355
<u>BI</u>	2013.294.01 FL	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	190,00	650	292,308
<u>BI</u>	2013.295.01 FL	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	4,00	8	50,000
<u>BI</u>	2013.297.01 FL	Prop. idosos s/ prescr. prol. ansiol/sedat/hipnót	487,00	605	80,496
<u>BI</u>	2013.298.01 FL	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	48.457,29	1.035	46,819

Unidade		Mês		2021-02		
Funcional / Polo	Indicador	Métrica	Num.	Den.	Valor	
USF Bombarral	<u>BI</u>	2013.299.01 FL	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	2.664,99	1.035	2,575
	<u>BI</u>	2013.300.01 FL	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	28,00	1.035	0,027
	<u>BI</u>	2013.301.01 FL	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	3,00	3	100,000
	<u>BI</u>	2013.302.01 FL	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	3,00	3	1,000
	<u>BI</u>	2013.303.01 FL	Proporção grávidas 6+ cons. vig. enf. gravidez	8,00	10	80,000
	<u>BI</u>	2015.306.01 FL	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	13,00	354	3,672
	<u>BI</u>	2015.307.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	9,00	13	69,231
	<u>BI</u>	2015.308.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	10,00	12	83,333
	<u>BI</u>	2015.309.01 FL	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	9,00	13	69,231
	<u>BI</u>	2015.310.01 FL	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	10,52	13	0,809
	<u>BI</u>	2015.311.01 FL	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	8,65	13	0,665
	<u>BI</u>	2015.312.01 FL	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	5,25	14	0,375
	<u>BI</u>	2015.313.01 FL	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	9,00	84	10,714
	<u>BI</u>	2015.314.01 FL	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	96,00	164	58,537
	<u>BI</u>	2015.315.01 FL	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	66,00	164	40,244
	<u>BI</u>	2015.316.01 FL	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	29,00	123	23,577
	<u>BI</u>	2017.254.01 FL	Rácio PVP quinolonas e antibiót. fatur.	252,43	1.122	22,498
	<u>BI</u>	2017.255.01 FL	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	22,00	163	13,497
	<u>BI</u>	2017.256.01 FL	Rácio PVP cefalosporinas e antibiót. fatur.	164,50	1.122	14,661
	<u>BI</u>	2017.257.01 FL	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	18,00	163	11,043

<u>Bl</u>	2017.259.01 FL	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	560,00	9.103	6,152
<u>Bl</u>	2017.330.01 FL	Índice de utilização anual de consultas médicas	2.238,75	3.019	0,742
<u>Bl</u>	2017.331.01 FL	Índice de utilização anual de consultas enferm.	1.112,00	1.840	0,604
<u>Bl</u>	2017.335.01 FL	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	1.380,00	1.405	98,221
<u>Bl</u>	2017.342.01 FL	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	326,00	350	93,143
<u>Bl</u>	2017.344.01 FL	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	585,00	1.612	36,290
<u>Bl</u>	2017.345.01 FL	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	560,00	1.674	33,453
<u>Bl</u>	2017.346.01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	567,00	3.329	17,032
<u>Bl</u>	2017.347.01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	762,00	3.329	22,890
<u>Bl</u>	2017.348.01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	1.275,00	3.329	38,300
<u>Bl</u>	2017.349.01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	725,00	3.329	21,778
<u>Bl</u>	2017.350.01 FL	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	89.071,27	164	543,118
<u>Bl</u>	2017.351.01 FL	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	48.096,00	69	697,043
<u>Bl</u>	2017.352.01 FL	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	41.224,71	534	77,200
<u>Bl</u>	2017.353.01 FL	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	14.257,11	132	108,008
<u>Bl</u>	2017.375.01 FL	Proporção de RN de termo, de baixo peso	0,00	9	0,000
<u>Bl</u>	2017.378.01 FL	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	0,00	448.063	0,000
<u>Bl</u>	2017.379.01 FL	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	135,82	448.063	0,030
<u>Bl</u>	2017.380.01 FL	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	42,00	57	73,684
<u>Bl</u>	2017.381.01 FL	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	151,00	254	59,449
<u>Bl</u>	2017.382.01 FL	Prop. adultos com DM, com diagn.	146,00	157	92,994
<u>Bl</u>	2017.383.01 FL	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	439,00	468	93,803
<u>Bl</u>	2017.384.01 FL	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	13,00	13	100,000
<u>Bl</u>	2018.339.01 FL	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	600,04	1.644	36,499
<u>Bl</u>	2018.395.01 FL	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	534,00	1.435	37,213
<u>Bl</u>	2018.396.01 FL	Prop. ut. [10; 15[anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	0,00	69	0,000
<u>Bl</u>	2018.397.01 FL	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	0,00	104	0,000

Unidade			Mês			
Funcional / Polo			2021-02			
Hospitalar			Métrica	Num.	Den.	Valor
Indicador						
BI 2018.398.01 FL	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT		0,00	4		0,000
BI 2018.404.01 FL	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M		3,00	1.384		21,676
BI 2018.405.01 FL	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente		8,00	593		1,349
BI 2018.407.01 FL	Rácio despesa gliflozinas e antidiab. não insul.		11.687,76	51.303		22,782
BI 2018.408.01 FL	Rácio despesa agon. GLP-1 e antidiab. não insul.		6.894,23	51.303		13,438
USF Bombarral	BI 2018.410.01 FL	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	27,18	1.644		1,653
	BI 2018.411.01 FL	Taxa anual ajust. utiliz. muito freq. urg. hosp.	2,64	1.644		0,161
	BI 2018.412.01 FL	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	450,00	795		56,604
	BI 2019.424.01 FL	Prop. crianças [0; 1[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	7,00	10		70,000
	BI 2019.425.01 FL	Prop. crianças [0; 6[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	19,00	26		73,077
	BI 2019.427.01 FL	Proporção de grávidas com parto por cesariana	0,00	5		0,000

ANEXO IV – Artigos selecionados para Revisão Sistemática da Literatura

Original Article

Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Self-disclosure in Women with Sexual Problems after Childbirth: A Randomized Trial

Abstract

Background: Sexual self-disclosure is one of the factors that affect sexual satisfaction. The aim of this study was to assess the efficacy of individual therapy using the Bring up, Explain, Tell, Timing, Educate, and Record (BETTER model) in comparison to individual therapy using the Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy (PLISSIT model) in terms of increasing sexual self-disclosure in women with sexual problems after childbirth. **Materials and Methods:** This randomized trial was conducted in 2017 in Mashhad, Iran. 80 women with sexual problems within 4 weeks to 6 months after childbirth were randomized into two equal groups and received the interventions in 2 sessions of 60–90 minutes. The research instruments included a demographic questionnaire, the Female Sexual Function Index (FSFI) and Hubert sexual self-disclosure index. Changes in mean (SD) scores of sexual self-disclosures between groups were assessed before and 4 weeks after the intervention and the results (mean changes) were compared between groups. The data analysis was conducted using independent t-test, paired t-test, Chi-square, analysis of covariance (ANOVA), and Mann-Whitney U test in SPSS ($p < 0.05$). **Results:** In the PLISSIT group, the mean (SD) sexual self-disclosure score at baseline was 43.80 (9.50) and after 4 weeks was 51.60 (8.30). In the BETTER group, at baseline and after 4 weeks the mean (SD) sexual self-disclosure score was, respectively, 44.10 (10.30) and 55.60 (8.20) ($Z = -2.5, p = 0.013$). **Conclusions:** The findings confirm the effectiveness of the BETTER counseling model in increasing sexual self-disclosure after childbirth.

Keywords: Postpartum, sexual dysfunctions, self disclosures, sex counseling

Introduction

Sexual self-disclosure is one of the factors that affect sexual satisfaction.^[1] Sexual self-disclosure involves the 3 dimensions of the ability to express feelings, the ability to express pleasant and unpleasant thoughts and beliefs, and make a clear decision even if it results in being deprived of benefits, or is difficult to do it emotionally, and the ability to sustain one's rights and not allow others to harass or use one's weakness.^[2] Sex therapists have found that discussing the sexual preferences of individuals increases sexual satisfaction and decreases sexual problems.^[3] Couples increase their sexual satisfaction through sexual self-disclosure.^[4] Open conversations and finding ways to create intimacy can help couples to accept their roles as parents.^[5] Interest and sexual response can dramatically change after childbirth.

Many couples are not ready to adapt to these changes.^[6] Sexual self-disclosure affects sexual satisfaction; thus, couples should be encouraged to talk more about their emotions in order to obtain better sexual function during.^[7] According to the World Health Organization (WHO), the postpartum period is an ideal time for giving information or advice on sexuality and identifying women's sexual health and sexual function needs.^[8] It is necessary to design and use counseling, support, and special techniques to maintain and promote intimacy and sexuality in the postpartum period. The Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy (PLISSIT) model is a standard model and one of the most commonly used.^[9]

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: WJNMR@medknow.com

How to cite this article: Karimi F, Babazadeh R, Roudsari R, Asgharipour N, Esmaily H. Comparing the effectiveness of sexual counseling based on PLISSIT and BETTER models on sexual self-disclosure in women with sexual problems after childbirth: A randomized trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26:68-74.

Submission: 27-Nov-19, Revised: 07-Jul-2020
Accepted: 06-Oct-2020, Published: 18-Jan-2021

Farzane Karimi¹,
Raheleh Babazadeh^{2,3},
Robab Latifnejad Roudsari^{4,5},
Negar Asgharipour⁶,
Habibollah Esmaily⁷

¹Lecturer, Department of Medicine, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran, ²Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, ³Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, ⁴Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, ⁵Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, ⁶Professor of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, ⁷Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Address for correspondence:
Dr. Raheleh Babazadeh,
School of Nursing and Midwifery Mashhad University of Medical Sciences University Street, Mashhad, Iran.
E-mail: babazadehr@munms.ac.ir

Access this article online

Website: www.ijnmrjournal.net

DOI: 10.4103/ijnmr.2021.19

Quick Response Code:



RESEARCH ARTICLE

Open Access

The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry



Lidia Pardell-Dominguez¹ , Patrick A. Palmieri^{2,3,4,5*} , Karen A. Domínguez-Cancino^{5,6,7} 
Doriam E. Camacho-Rodríguez^{5,8} , Joan E. Edwards^{4,9} , Jean Watson^{10,11}  and Juan M. Leyva-Moral^{1,4,5} 

Abstract

Background: Sexual health is a multidimensional phenomenon constructed by personal, social, and cultural factors but continues to be studied with a biomedical approach. During the postpartum period, a woman transitions to mother, as well as partner-to-parent and couple-to-family. There are new realities in life in the postpartum period, including household changes and new responsibilities that can impact the quality of sexual health. This phenomenon is understudied especially in the context of Spain. The purpose of this study was to describe the lived experience of postpartum sexual health among primiparous women giving birth in Catalonia (Spain).

Methods: This was a phenomenological study with a purposive sample of primiparous women. Data was collected through semi-structured interviews until saturation. Analysis followed Colaizzi's seven-step process with an eighth translation step added to limit cross-cultural threats to validity. Also, the four dimensions of trustworthiness were established through strategies and techniques during data collection and analysis.

Results: Ten women were interviewed from which five themes emerged, including: Not feeling ready, inhibiting factors, new reality at home, socio-cultural factors, and the clinician within the health system. Returning to sexual health led women to engage in experiential learning through trial and error. Most participants reported reduced libido, experienced altered body image, and recounted resumption of sexual activity before feeling ready. A common finding was fatigue and feeling overloaded by the demands of the newborn. Partner support was described as essential to returning to a meaningful relationship. Discussions about postpartum sexual health with clinicians were described as taboo, and largely absent from the care model.

(Continued on next page)

* Correspondence: Patrick.Palmieri@bva.org, patrick.palmieri@uwatenedu.pe, ppalmieri@atsuedu

¹Vicerectorado de Investigación, Universidad Norbert Wiener, Av. Aequipa 444, 15046 Lima, Peru

²College of Graduate Health Studies, A. T. Still University, 800 West Jefferson Street, Kirksville, MO 63501, USA

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey

Abstract

Background Women's sexual function can be dramatically affected during and after pregnancy.

Aims To explore Australian women's personal experience of changes in their sexual function during pregnancy and childbirth.

Methods This was an online qualitative survey in which women across Australia who had given birth in the previous 12 months were invited to take part. A total of 273 responses were included.

Findings The five main themes that emerged were: mental health changes; obstetric violence (including lack of support from caregivers, violation of privacy, instrumental delivery and episiotomy); relationship issues (including lack of support from partner, lack of intimacy and domestic violence); physical changes (including birth trauma and negative body image); and role conflict (including role incompatibility, breastfeeding and lack of sleep). Mental health changes were reported to have both positive and negative impacts on women's sexual function.

Conclusions Women experience many changes in their sexual function during and after pregnancy. Health professionals should take an integrated approach to improve women's sexual function and overall wellness.

Keywords

Australia | Childbirth | Pregnancy | Postpartum | Qualitative | Sexual function

Marjan Khajehei (corresponding author)
Clinical midwifery consultant, women's health research, Westmead Hospital, Australia
Conjoint senior lecturer, University of New South Wales, Sydney, Australia
Senior research fellow, University of Sydney

Maryanne Doherty
Associate Professor, School of Public Health, Curtin University
Marjan.Khajehei@health.nsw.gov.au

Women's sexual function is a multifaceted phenomenon that mirrors psychological, physiological, sociocultural, inter- and intra-personal influences, including the health of the whole body and internal systems (Chang et al, 2010; Cunningham et al, 2010; Nunes et al, 2010; Pauleta et al, 2010; Johnson, 2011). Impairments to women's normal sexual function can have negative influences on mental health and quality of life (American Psychiatric Association, 2003; Mercer et al, 2005; Howard, 2010). These problems can also be an economic burden to the family and the healthcare system (Dagher et al, 2012). These burdens are not limited to 'direct' diagnostic and treatment costs such as medication, visits to a clinic or hospitalisation, but instead go much further, with 'hidden costs' of diseases affecting growth at a macroeconomic level (Trautmann et al, 2016). It has been reported that the cumulative global effect of mental disorders in terms of lost economic output could increase to US \$16 trillion in the next 20 years (Bloom et al, 2011).

Pregnancy and childbirth are potentially stressful events for many women and bring many changes to their lives. Women's sexual function is one aspect that can be dramatically affected during and after pregnancy. Sexual problems for women have a prevalence of 25.8%–91% (Khajehei et al, 2009; Echeverry et al, 2010; Ishak et al, 2010; Khajehei et al, 2015; Asselmann et al, 2016). The wide variation in range and prevalence of sexual problems is due to a variety of factors, such as different study populations and research methodologies. In a systematic review of previous studies, it was reported that the mean prevalence of sexual desire disorder, arousal disorder, orgasmic disorder and sexual pain were 64%, 31%, 35% and 26%, respectively (Hayes et al, 2006).

It has been suggested that women's sexuality needs to be considered during the perinatal period, with an emphasis on factors that affect their sexual function and satisfaction (Martínez-Martínez et al, 2017). These factors include, but are not limited to, dyspareunia (Fodstad et al, 2016), breastfeeding (Lagaert et al, 2017), fatigue (Alligood-Percoco et al, 2016), body image (Jawed-