



**PAULO JORGE
FONTES ALMEIDA
SOUSA ARAÚJO**

**REGISTOS DE ENFERMAGEM SOBRE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UTENTES
DEPENDENTES, NUMA UNIDADE DE
SAÚDE FAMILIAR**

Nursing records on prevention and treatment of pressure ulcers
in dependent users in a family health unit



**PAULO JORGE REGISTOS DE ENFERMAGEM SOBRE
FONTES ALMEIDA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
SOUSA ARAÚJO ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UTENTES
DEPENDENTES, NUMA UNIDADE DE
SAÚDE FAMILIAR**

Nursing records on prevention and treatment of pressure ulcers
in dependent users in a family health unit

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à
Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Doutor
Alexandre Marques Rodrigues e da Doutora Helena Maria
Almeida Macedo Loureiro, Professores Adjuntos da Escola
Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me têm apoiado ao longo desta caminhada: à minha família e verdadeiros amigos!

O júri

Presidente

Professor Doutor Pedro Miguel Garcez Sardo
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Paulo Jorge Pereira Alves
Professor Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto

Professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
(orientador)

Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
(orientadora)

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues e Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a sua concretização; a todos os meus colegas de trabalho da USF Fiães, pelo seu apoio e motivação; aos colegas deste curso de mestrado pelo espírito de partilha e entreaajuda que sempre têm demonstrado; por fim, à minha esposa, filhos, família e amigos, por toda a compreensão e apoio demonstrado durante todo este percurso, abdicando de muito do nosso tempo juntos.

A todos, muito obrigado!

Palavras-chave

Úlcera por Pressão, Sistemas de Informação em Saúde, Registo Clínico Eletrónico, Enfermagem Familiar.

Resumo

O estágio de natureza profissional foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fiães, por representar um contexto de excelência para o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Paralelamente, serviu de contexto para a realização de um estudo de investigação alusivo à problemática dos registos dos enfermeiros de família (EF'S) associados à prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão (UPP), as quais se revestem de um impacto importante nos utentes, famílias e serviços de saúde. Concomitantemente, tem-se assistido a uma crescente evolução científica e tecnológica, com o aparecimento e aperfeiçoamento dos "Sistemas de Informação em Saúde" (SIS's), relevando, desta forma, a importância dos registos de enfermagem para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, assim como para a produção de conhecimento científico e valorização profissional. O objetivo da realização do presente relatório foi descrever o percurso de aprendizagem, efetuando uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, assim como, no âmbito da investigação, analisar os registos informatizados de uma USF, relativos à prevenção e tratamento de UPP's e o significado que lhes é atribuído pelos EF's. Para tal, foi utilizada uma metodologia mista: na primeira parte do estudo, uma abordagem quantitativa, observacional, retrospectiva e descritiva; na segunda parte, adotou-se uma abordagem qualitativa, observacional, descritiva e analítica, com a realização de um Grupo Focal com os enfermeiros. A análise dos dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva e a análise de conteúdo do Grupo Focal foi efetuada seguindo o Modelo de Bardin. Relativamente aos utentes dependentes, apresentavam uma média de cerca de 80 anos e de baixa escolaridade e, maioritariamente, um nível de dependência grave, multimorbilidades associadas e "alto risco" de desenvolvimento de UPP. A taxa de incidência de UPP's obtida, para 2019, foi de 11,6%, com ponto de prevalência, a 31-12-2019, de 4,5%. Foram identificadas 36 UPP's, com maior prevalência de categoria II e localizadas nas regiões sagrada, trocântérica e calcânea. De forma generalizada, verificou-se um défice de registos dos cuidados prestados e de documentação das UPP's, destacando-se a avaliação do risco nutricional, os conhecimentos e capacidades dos prestadores de cuidados, a categorização das UPP's, os tratamentos instituídos e a monitorização da dor. Apesar deste défice, os enfermeiros evidenciam conhecimentos alusivos à temática, enumerando a principal informação a registar, e demonstram

compreender a importância dos registos de enfermagem e dos SIS's, identificando, como justificação, inúmeros constrangimentos para a elaboração de registos, destacando-se uma desvalorização dos registos e falta de sensibilização, falta de formação e limitações na operacionalidade do SClínico e no acesso aos dados registados. Concomitantemente, este estudo revelou lacunas ao nível da prevenção de UPP's, sendo a gestão organizacional, a falta de tempo e uma desvalorização da vertente preventiva, os principais obstáculos, aliado a uma crescente responsabilização do prestador de cuidados. Os objetivos do estágio, conjugados como desenvolvimento do trabalho de investigação, foram atingidos, com o consequente desenvolvimento das competências definidas.

Keywords

Pressure Ulcer; Health Information Systems; Electronic Health Records; Family Nursing

Abstract

The internship of a professional nature was carried out at the Family Health Unit (USF) Fiães, as it represents a context of excellence for the development of skills in the area of Family Health Nursing. At the same time, it served as a context for conducting a research study alluding to the problem of family nurses (EF's) records (FE's) associated with the prevention and treatment of Pressure Ulcers (UPP), which have an important impact on users, families and health services. Concomitantly, there has been a growing scientific and technological evolution, with the appearance and improvement of "Health Information Systems" (SIS's), thus highlighting the importance of nursing records for the continuity and quality of care provided, as well as to produce scientific knowledge and professional development. The purpose of this report was to describe the learning path, carrying out a critical-reflective analysis of the skills developed, as well as, within the scope of the investigation, to analyze the computerized records of a USF, related to the prevention and treatment of UPP's and their meaning assigned to them by the FE's. For this, a mixed methodology was used: in the first part of the study, quantitative, observational, retrospective and descriptive approach; in the second part, a qualitative, observational, descriptive and analytical approach was adopted, with the realization of a Focus Group with nurses. Data analysis was performed using descriptive statistics and the Focus Group content analysis was performed following the Bardin Model. Regarding dependent users, they had an average of 80 years and low education and, mostly, a severe dependency level, associated multi-morbidities and "high risk" of developing UPP. The incidence rate of UPP's obtained, for 2019, was 11.6%, with a prevalence point, on 12-31-2019, of 4.5%. Thirty-six UPP's were identified, with a higher prevalence of category II and located in the sacral, trochanteric and calcaneal regions. In general, there was a lack of records of regarding the provided care and documentation of the UPP's, highlighting the assessment of nutritional risk, the knowledge and skills of caregivers, the categorization of UPP's, the treatments instituted and pain monitorization. Despite this deficit, nurses show knowledge related to the subject, listing the main information to be recorded and show evidence that understand the importance of nursing records and SIS's, identifying, as justification, numerous constraints for the preparation of records,

highlighting a devaluation of the registers and lack of awareness, lack of training and limitations in the operation of the SClinic and in the access to the registered data. Concomitantly, this study revealed gaps in the prevention of UPPs: organizational management, lack of time and a devaluation of the preventive aspect are assumed as the main obstacles, along with a growing responsibility of the caregiver.

The objectives of the internship, combined with the development of the research work, were achieved, with the consequent development of the defined competences.

Abreviaturas e Siglas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CIAP - Classificação Internacional de Assistência Primária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EB – Escala de Braden

EF – Enfermeiro de Família

EN - Escala Numérica

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

IMC – Índice de Massa Corporal

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MNA - Mini Nutritional Assessment

NRS-2002 - Nutrition Risk Screening-2002

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PC – Prestador de Cuidados

PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UPP – Úlceras Por Pressão

UR – Unidade de Registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	25
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	26
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	28
2.1. Envelhecimento populacional e dependência	28
2.1.1. RESPOSTA ADAPTATIVA FAMILIAR.....	29
2.2. Úlcera Por Pressão	30
2.2.1. FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO	30
2.2.2. TRATAMENTO.....	33
2.3. Sistemas de Informação em Saúde	34
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	37
3.1. Tipo de estudo.....	37
3.2. População e Amostra / Caracterização dos Participantes	38
3.3. Problemática e objetivos.....	38
3.4. Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção	39
3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	41
3.6. Procedimentos de análise dos dados.....	42
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	44
4.1. Registos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de UPP's em utentes dependentes	44
4.1.1. ANÁLISE DOS DADOS REGISTADOS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM.....	49
4.1.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.2. Perceção dos enfermeiros relativamente os registos informáticos sobre prevenção e tratamento de UPP's.....	57
4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS	57
4.2.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	58
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	69
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	8
Anexo I: Índice de Barthel	9
Anexo II: Escala de Braden	11
Anexo III: Mini Nutricional Assessment	14
Anexo IV: Escala Analógica Visual / Escala Numérica	16
Anexo V: Escala Resvech 2.0	18
Anexo VI: Parecer de autorização da USF Fiães e do ACES Entre Douro e Vouga I para a realização do estudo	20
Anexo VII: Parecer de autorização da Comissão de Ética de ARS Norte para a realização do estudo.....	28
APÊNDICES	31
Apêndice I: Formulário de recolha de dados (utentes dependentes)	33
Apêndice II: Formulário de recolha de dados (enfermeiros) - questionário.....	37
Apêndice III: Modelo de consentimento informado.....	41
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo ²	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na USF Fiães	18
Quadro 2: Objetivos específicos e estratégias de atuação	19
Quadro 3: Dados clínicos a recolher e respetiva forma de recolha	40
Quadro 4: Questões do guião orientador do grupo focal	41
Quadro 5: Caracterização sociodemográfica dos utentes dependentes	45
Quadro 6: Caracterização clínica dos utentes dependentes (diagnósticos médicos).....	46
Quadro 7: Caracterização clínica dos utentes dependentes (autocuidado, risco de desenvolvimento de UPP e risco nutricional)	47
Quadro 8: Caracterização clínica dos utentes dependentes (UPP).....	47
Quadro 9: Número de UPP's/utente.....	48
Quadro 10: Caracterização das UPP's (localização, categorização e cicatrização)	49
Quadro 11: Caracterização das UPP's (tempo de cicatrização e avaliação inicial)	49
Quadro 12: Registos relativos ao "autocuidado"	50
Quadro 13: Registos relativos ao "risco de desenvolvimento de UPP"	50
Quadro 14: Registos relativos ao "risco nutricional"	51
Quadro 15: Registos sobre a capacidade e conhecimentos do PC para prevenir UPP	51
Quadro 16: Registo das avaliações e tratamentos às UPP's	52
Quadro 17: Registos relativos à avaliação da dor	52
Quadro 18: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	57
Quadro 19: Informação a registar sobre UPP: UR's.....	62
Quadro 20: Contributos registos de enfermagem e dos SIS's: UR's.....	65
Quadro 21: Constrangimentos para elaboração de registos: UR's.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF Fiães, em Outubro de 2020.....	17
Figura 2: Desenho de estudo	37
Figura 3: Representação da árvore categórica referente à percepção dos enfermeiros sobre a operacionalização dos registos de enfermagem no SClínico, relativamente aos utentes dependentes, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's.	59

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu metas para a “Saúde 21”, impondo novos desafios para os enfermeiros. Embora o foco de atenção na família como unidade de cuidados seja relativamente antigo, ganha uma nova força e impulso na Conferência Europeia de Munique, no ano de 2000. Desta forma, com a Declaração de Munique, a família é reconhecida como unidade central na produção de saúde, permitindo a aprendizagem de comportamentos e atitudes que estimulem e promovam a adoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2000).

Esta perspetiva do indivíduo, como um ser complexo, multidimensional e integrado na sua família, assume uma nova visão da enfermagem, associando a família como alvo da prestação de cuidados (Hanson, 2005). Desta forma, focar o sistema familiar como unidade de cuidados, considerando a interdependência entre a saúde da família (enquanto sistema funcional) e a saúde de cada um dos seus membros, permitirá potenciar a eficácia das intervenções efetuadas (Figueiredo, 2009).

Neste sentido, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde), em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real) e o Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança), e tendo em conta os conteúdos programáticos do mesmo, foi-nos proposta a realização de um estágio de natureza profissional numa Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), por se assumirem como contextos de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, nas diversas fases da vida e nos diferentes contextos da comunidade (Decreto Lei nº 149 de 5 de Agosto do Ministério da Saúde, 2014). Assim sendo, este ensino clínico foi desenvolvido na USF Fiães, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre Douro e Vouga I, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

Com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) verificou-se uma aposta em unidades funcionais descentralizadas, mais próximas das pessoas e comunidades e promotoras do trabalho multiprofissional de saúde familiar (Ministério da Saúde, 2012). Neste sentido, com o Decreto Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto Do Ministério Da Saúde (2007) foi definido o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF's, assumidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e/ou familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, e integradas numa lógica de rede com as restantes unidades dos centros de saúde ou das unidades locais de saúde. Posteriormente, foram ainda estabelecidos, no Decreto Lei Nº 149 de 5 de Agosto, do Ministério da Saúde (2014, p. 4070), os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família (EF) que “na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde”. Este profissional deve, ainda, contribuir “para a ligação entre a família, os

outros profissionais e os recursos da comunidade, (...), garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde”.

Concomitantemente ao desenvolvimento de todas as atividades inerentes a este ensino clínico, a USF Fiães assumiu-se, de igual modo, como contexto para a realização de um trabalho de investigação, previamente identificado e definido, alusivo aos registos de enfermagem de família sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UPP's) em utentes dependentes. Este trabalho tem como finalidade aceder a evidências científicas que promovam as boas práticas de registos de enfermagem no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's.

Esta é uma temática com uma crescente preocupação e atenção nos últimos anos, fruto das alterações demográficas sentidas em Portugal e do aumento de utentes idosos, como evidenciado pelo Instituto Nacional de Estatística (2019). O envelhecimento assume-se como um fator de risco para o desenvolvimento de UPP e como uma limitação da resposta cicatricial, uma vez que, com a idade, verificam-se alterações estruturais a nível da pele, redução da massa muscular, redução da quantidade de elastina e colagénio, redução da mobilidade e atividade e aumento das comorbidades, entre outros condicionantes (Coelho et al., 2012). Consequentemente a este envelhecimento populacional, verifica-se, também, um aumento da população dependente e da incidência de doenças crónicas, originando, também, um risco ainda mais elevado de desenvolvimento de UPP's (Quirino et al., 2014). Este risco de desenvolvimento de UPP's é multifatorial, incluindo, além dos descritos anteriormente, fatores intrínsecos e extrínsecos aos indivíduos, tornando este num importante problema de saúde pública em Portugal (DGS, 2011), com impacto nas famílias e nos sistemas de saúde.

Assim, facilmente se compreende a importância do EF neste contexto, que assume um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, promovendo a saúde individual e familiar (Decreto Lei nº 149 de 5 de Agosto do Ministério da Saúde, 2014).

A acompanhar este fenómeno, tem-se verificado, também, um forte desenvolvimento tecnológico e consequente aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que se têm assumido, cada vez mais, como ferramentas auxiliaadoras na gestão dos cuidados prestados, promovendo o aumento da qualidade e estimulando o desenvolvimento de novos conhecimentos. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007) atribui aos registos de enfermagem, como parte integrante dos cuidados prestados, uma importância extrema para a continuidade e avaliação dos cuidados e na produção de conhecimento científico, e os enfermeiros reconhecem a importância destes (Vieira, 2018), contudo, parece também haver uma insatisfação quase geral, associada às limitações e obstáculos que estas ferramentas apresentam (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Esta é uma área em constante evolução e, nesse sentido, torna-se fundamental a avaliação destes instrumentos, de forma a se potenciar os seus contributos para os cuidados prestados pelo EF. De forma a intensificar as vantagens destes SIS's, a OE aprovou, em 2019, uma primeira versão da Ontologia de Enfermagem

(uniformizando conceitos relativos a diagnósticos e intervenções) que, sendo incorporados nos diversos sistemas eletrónicos, permitirão a interoperabilidade da informação (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Assim sendo, face ao aumento acentuado do número de utentes dependentes em Portugal e, tendo em conta, tanto o papel primordial que o EF assume na prevenção e tratamento das UPP's, como o apoio que os SIS's podem desempenhar na gestão e inovação destes cuidados, surge esta problemática e respetivo projeto de investigação. A escolha por esta problemática reflete, concomitantemente, uma preocupação profissional que se tem intensificado ao longo dos últimos anos, com o aumento de utentes com UPP e o tempo despendido nos respetivos registos de enfermagem.

Neste sentido, definiu-se, como objetivo principal deste relatório, descrever a aprendizagem realizada na USF Fiães, enquanto estudante do curso de Mestrado em ESF, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas. Procurar-se-á, ainda, apresentar o percurso de investigação desenvolvido e integrado neste estágio que visou, analisar os dados de enfermagem registados informaticamente na USF Fiães, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's, e analisar o significado que lhes é atribuído pelos enfermeiros desta unidade.

A linguagem utilizada ao longo deste documento, relativamente à enumeração de diagnósticos, intervenções e localizações anatómicas, está de acordo com a "Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem", com a versão 1.2019 da Ontologia de Enfermagem e, conseqüentemente, com a existente e utilizada no programa informático em estudo (SClínico).

Ao longo deste trabalho, além desta nota introdutória, serão ainda apresentados, num primeiro capítulo, uma contextualização do local de estágio e uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências. Seguidamente, num segundo capítulo, efetuar-se-á uma contextualização do estudo de investigação e o enquadramento teórico da respetiva temática, abordando, ainda, o desenho de investigação, bem como os resultados obtidos e conseqüente discussão e conclusões. Para terminar, serão apresentadas as principais conclusões que emergiram da elaboração deste relatório de estágio.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este Estágio Clínico, realizado no 3º semestre do curso de Mestrado em ESF, foi efetuado entre Outubro de 2020 e Fevereiro de 2021 (com uma duração de 540 horas), na USF Fiães. Esta unidade funcional é parte integrante do ACeS Entre Douro e Vouga I, da ARS Norte; está localizada na cidade de Fiães, concelho de Santa Maria da Feira, e encontra-se em funções desde 20 de Junho de 2010, em todos os dias úteis, das 8h às 20h.

A sua equipa atual é composta por 6 médicos, 6 enfermeiros e 4 secretárias clínicas. A grande maioria dos enfermeiros da USF Fiães é do sexo feminino (83,3%), com apenas um elemento do sexo masculino, e têm idades compreendidas entre os 36 e os 58 anos, com uma média de 47 anos. Relativamente às habilitações literárias, 83,3% dos enfermeiros tem o grau académico de Licenciatura, sendo que apenas um dos elementos possui o grau de Mestre. Destaca-se, também, no que se refere à categoria profissional, a existência de 2 enfermeiros especialistas na equipa, sendo os restantes enfermeiros generalistas. Quanto ao tempo de serviço, varia entre os 14 e os 35 anos, obtendo-se uma média de 22,7 anos de experiência profissional. Relativamente ao tempo de serviço em CSP, varia entre 13 e 35 anos (média: 20,8).

No início deste ensino clínico, estavam inscritos, na USF Fiães, 10508 utentes, perfazendo uma média de cerca de 1751 utentes por médico/enfermeiro. Tal como se pode observar na pirâmide etária (Figura 1), a distribuição destes utentes por sexo é relativamente equivalente, com 48,6% de utentes do sexo masculino e 51,4% do sexo feminino. A faixa etária entre os 50 e os 54 anos é, em ambos os sexos, aquela com maior predominância de utentes, fruto, provavelmente, da emigração massiva verificada nos anos 60 (Santos, 2004). A população idosa (≥ 65 anos) assume uma densidade significativa nesta unidade, com cerca de 19,5% dos utentes, sendo mais evidente no sexo feminino. À medida que se aumentam as faixas etárias, o número de idosos vai, naturalmente, diminuindo.

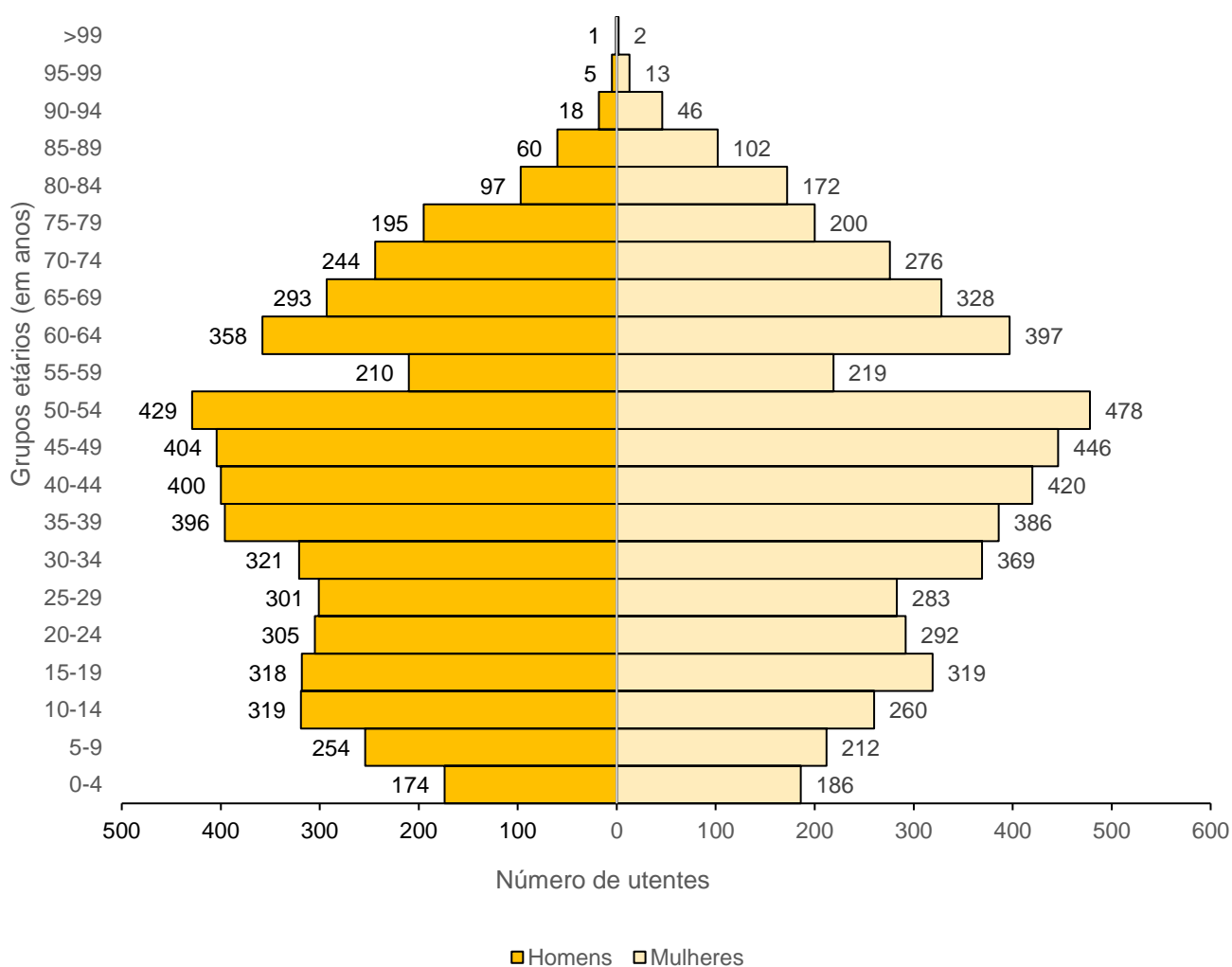


Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF Fiães, em Outubro de 2020

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita, tal como se pode verificar no Quadro 1, cerca de 67,1% da população é ativa, o que se pode relacionar com a localização da unidade num meio urbano e industrializado. O Índice de Dependência nos idosos atinge os 29,1% o que, juntamente com os elevados Índices de Envelhecimento e Longevidade, salientam a crescente importância da atenção dirigida aos idosos nesta USF, e neste trabalho em particular, à semelhança do que verifica no panorama nacional em geral.

Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na USF Fiães

Indicadores Demográficos	%
<p><i>Índice de Dependência Total</i></p> <p>$[(\text{Pop} \leq 14 \text{ anos} + \text{Pop} \geq 65 \text{ anos}) / \text{Pop } 15-64 \text{ anos}] \times 100$</p>	49,0
<p><i>Índice de Dependência de Idosos</i></p> <p>$(\text{Pop} \geq 65 \text{ anos} / \text{Pop } 15-64 \text{ anos}) \times 100$</p>	29,1
<p><i>Índice de Dependência de Jovens</i></p> <p>$(\text{Pop} \leq 14 \text{ anos} / \text{Pop } 15-64 \text{ anos}) \times 100$</p>	19,9
<p><i>Índice de Longevidade</i></p> <p>$(\text{Pop} \geq 75 \text{ anos} / \text{Pop} \geq 65 \text{ anos}) \times 100$</p>	44,4
<p><i>Índice de Envelhecimento</i></p> <p>$(\text{Pop} \geq 65 \text{ anos} / \text{Pop} \leq 14 \text{ anos}) \times 100$</p>	146,0
<p><i>População Ativa</i></p> <p>$(\text{Pop } 15-64 \text{ anos} / \text{Pop total}) \times 100$</p>	67,1

Após esta breve caracterização demográfica da área de abrangência de realização deste estágio, será, de seguida, feito o enquadramento do mesmo, descrevendo os objetivos definidos e as competências a aperfeiçoar. Neste sentido, este estágio profissional assumiu-se como uma oportunidade de excelência para a consolidação dos conhecimentos apreendidos nos dois primeiros semestres do mestrado e consequente aplicação prática, enquanto EF.

Os objetivos gerais definidos para este estágio, tal como preconizado pelas Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro & Instituto Politécnico de Bragança (2020, p.4) foram:

- “Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;

- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Elaborar um relatório de estágio”.

Tendo em atenção a área de intervenção do estudo de investigação, o foco de atenção foi direcionado para a temática das UPP's; concomitantemente, sendo esta uma área de intervenção de maior agrado, assumia-se, também, como um fator motivador. Assim sendo, foram definidos os objetivos específicos e respetivas estratégias de atuação, visíveis no Quadro 2.

Quadro 2: Objetivos específicos e estratégias de atuação

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
Compreender e aperfeiçoar a avaliação familiar, como etapa do processo de enfermagem familiar para a recolha e análise de dados relevantes da família;	Efetuar a avaliação familiar, com base na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), a 4 famílias com utentes dependentes com elevado risco de desenvolvimento de Úlceras Por Pressão (2 desses utentes com o diagnóstico de UPP).
Compreender e aperfeiçoar a avaliação familiar, como ferramenta importante para a formulação de diagnósticos de enfermagem;	
Aperfeiçoar a operacionalização da avaliação e intervenção familiar, segundo a matriz operativa do MDAIF, numa família com um membro em situação de dependência, com alto risco de desenvolvimento de Úlceras Por Pressão.	Planear, efetivar e reavaliar a intervenção familiar, com base na matriz operativa do MDAIF, às famílias em estudo. Analisar, de forma crítico reflexiva, os resultados obtidos.
Intervir no sentido de se atingir, na USF Fiães, uma taxa de vacinação antigripal $\geq 60\%$, na população elegível.	Administrar a vacina antigripal aos utentes dependentes e elegíveis da USF Fiães, dentro dos timings definidos e sem promover ajuntamentos.
Intervir no controlo da pandemia por infeção por SARS-CoV-2.	Efetuar inquéritos epidemiológicos aos utentes com diagnóstico ou suspeitos de contraírem infeção por SARS-CoV-2, com o objetivo de identificar pessoas potencialmente expostas (nomeadamente no contexto intrafamiliar); Proceder à sua avaliação com estratificação do risco; Implementar medidas, incluindo o isolamento profilático e a vigilância ativa (seguimento e monitorização relativamente à sua sintomatologia).

No sentido da concretização destes objetivos, era expectável que, no decorrer deste estágio, fossem realizadas todas as atividades que permitissem o acompanhamento de famílias ao longo de todo o seu ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, liderando e colaborando nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Assim sendo, pretendia-se que, ao longo deste período de aprendizagem, se conseguisse estabelecer uma devida relação terapêutica com as famílias e efetuar, com base em instrumentos próprios, uma correta avaliação familiar, que permitisse, sempre que necessário e com base em evidência científica, intervir eficazmente na promoção da saúde e recuperação do bem-estar. Desta forma, avaliando e monitorizando as respostas das famílias às intervenções definidas, articulando com outras equipas de saúde e mobilizando recursos, aperfeiçoar-se-ia a gestão do sistema de cuidados de saúde das famílias, nos diferentes níveis de prevenção.

Além deste desenvolvimento de competências profissionais inerentes à prestação de cuidados às famílias, pretendia-se, ainda, com este ensino clínico, realizar um estudo de investigação e a consequente produção de conhecimento científico. Desta forma, a USF Fiães assumiu-se como o campo para a colheita de dados deste trabalho de investigação que objetivava analisar os registos informatizados de uma USF, relativos à prevenção e tratamento de UPP's e o significado que lhes é atribuído pelos EF's.

Ao longo de todo este percurso, de forma a potenciar todas as aprendizagens e, conseqüentemente, atingir os objetivos definidos, pude contar com o acompanhamento, apoio e orientação dos orientadores pedagógicos, bem como da tutora clínica.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio clínico permitiram-me o desenvolvimento das competências esperadas e, nesse sentido, considero que todos os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, ainda que, em alguns casos, com dificuldades acrescidas.

Esta é uma área de intervenção na qual me enquadro com uma experiência profissional de 12 anos e, nesse sentido, todos os conhecimentos teóricos e práticos inerentes a esta experiência profissional, bem como de todos as rotinas associadas, permitiram-me uma maior autoconfiança e controlo de toda a ansiedade própria dos momentos de avaliação. A perceção dos cuidados a prestar às famílias no âmbito da ESF, fruto dos novos conhecimentos adquiridos ao longo deste curso, foi obrigatoriamente diferente e aprofundada.

Face aos objetivos definidos, foram desenvolvidas ao longo deste período diferentes atividades inerentes à prestação de cuidados ao indivíduos e respetivas famílias ao longo de todo o ciclo vital, no âmbito dos diferentes níveis de intervenção em saúde. No entanto, como referido anteriormente, o foco de atenção foi mais direcionado para a temática dos utentes dependentes, com diagnóstico de UPP's. Esta revelou-se uma área de excelência para o desenvolvimento das competências desejadas, uma vez que me permitiu, neste âmbito e no da ESF, liderar todos os processos de intervenção. Tal como referem Araújo et al. (2011), quando um dos membros da família experiência uma situação de dependência, toda a dinâmica e saúde familiar é afetada. Neste sentido, é fundamental considerar a interdependência que existe entre a saúde da família, enquanto sistema funcional, e a saúde dos seus membros, pelo que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior for o foco no sistema familiar como unidade de cuidados (Figueiredo, 2009). As famílias passam por mudanças ao longo de todo o ciclo vital que podem afetar o sistema familiar, pelo que é esperado que os EF's acompanhem e facilitem estas transições por si vivenciadas (Meleis, 2010). Estas situações representam transições complexas que exigiram, de minha parte (e de toda a equipa de saúde), uma especial atenção e acompanhamento, no sentido de promover o restabelecimento do equilíbrio sistémico dos utentes e respetivas famílias.

Os cuidados prestados neste âmbito ocorreram, maioritariamente, em contexto domiciliário que, tal como referem Santos et al. (2016), proporciona a oportunidade de conhecer o contexto social e familiar, auxiliando na tomada de decisão do processo de cuidar da família, promovendo uma corresponsabilização dos cuidados e fortalecendo o vínculo entre o enfermeiro e a família; assim, facilita o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, que se assume, na minha opinião, como a base para uma correta avaliação familiar e que, associado aos conhecimentos adquiridos, me permitiu definir, em parceria com cada família (e reconhecendo e respeitando a sua complexidade, globalidade e organização estrutural), os objetivos a atingir e um plano de cuidados personalizado e adequado a cada uma delas, capacitando-as para que pudessem reconhecer os seus obstáculos e potencialidades e, dessa forma, intervir com vista à promoção do seu bem-estar,

como defende Figueiredo (2009). Tal como evidenciam Araújo et al. (2010), cuidar do idoso e respetiva família, satisfazendo as suas necessidades, apenas será possível se se considerar o meio em que se inserem, bem como a sua estrutura, cultura, crenças, valores e rede social. Os instrumentos de avaliação familiar, ao sistematizarem e orientarem todo este processo, assumem-se, de facto, como facilitadores da colheita dos dados e da avaliação dos cuidados prestados. Este é um processo contínuo baseado em evidência científica, com uma monitorização e avaliação constantes, articulando e mobilizando, se necessário, outras equipas de saúde e recursos na comunidade, estimulando a participação ativa e promovendo uma progressiva e crescente autonomia das famílias. Os conhecimentos teóricos apreendidos durante o curso, e consequente aplicação prática, assumiram-se como um catalisador para o desenvolvimento de um pensamento mais sistemático e crítico, fundamental para uma avaliação familiar mais aprofundada e abrangente, possibilitando, desta forma, uma prestação de cuidados mais adequada, eficaz e consciente. O facto de ser o único profissional de saúde da unidade, nesta fase marcada pela pandemia por SARS-COV-2, a prestar cuidados diretos a estas famílias, liderando, desta forma, os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, enriqueceu este período formativo de desafios e oportunidades, potenciando, ainda mais, o desenvolvimento destas competências e enriquecimento do meu percurso profissional. Sendo assim, esta etapa assumiu-se como fundamental no meu processo de formação, enquanto especialista em enfermagem de saúde familiar, munindo-me de conhecimentos e competências para, tal como defende Araújo (2010), ultrapassar a perspetiva reducionista e centrada na pessoa, apostando numa perspetiva sistémica, relacional e centrada na ecologia social da família e nas redes complexas que a envolvem. Também os resultados obtidos e a satisfação demonstrada e partilhada pelos utentes e famílias se assumiram como fatores motivacionais para este constante processo formativo e de crescimento pessoal e profissional.

Paralelamente, durante este período, foi realizado o trabalho de investigação proposto, alusivo, também, a esta temática das UPP's (e registos de enfermagem). Consolidar e aprofundar conhecimentos nesta área revelou-se enriquecedor ao nível do desenvolvimento de competências, promovendo o meu desenvolvimento profissional, a produção de conhecimento científico, a visibilidade de ESF e os consequentes ganhos em saúde. Assim, espero que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros das USF's e da enfermagem em geral, uma vez que, como refere Barría (2014), a implementação da prática baseada na evidência assume-se como um pré-requisito fundamental para a eficácia, confiabilidade e segurança dos cuidados.

Por último, como já foi sendo referido, é de salientar neste relatório a situação pandémica vivenciada durante este período, que condicionou todo este percurso de aprendizagem, originando novas prioridades em saúde e, consequentemente, novas rotinas em toda a dinâmica da unidade. Neste contexto, estes foram fatores preponderantes para atingir os objetivos propostos para este ensino clínico e as estratégias delineadas para o seu attingimento. Assim, face ao cenário vivido (pandemia

por SARS-COV-2) e às consequentes necessidades em saúde, a inclusão de objetivos dirigidos a estas assumiram-se como uma necessidade absoluta. Foi o caso da específica intervenção no sentido de se promover uma elevada taxa de vacinação antigripal e de controlar a pandemia, que surgiram, naturalmente, como objetivos inevitáveis. Dedicar-lhes parte da minha disponibilidade de tempo (tanto enquanto profissional da unidade, e como de aluno) assumiu-se como uma prioridade em saúde que não poderia ser menosprezada. Assim sendo, colaborar como a saúde pública nos inquéritos epidemiológicos, efetuar o acompanhamento dos doentes em vigilância ativa e implementar medidas de isolamento profilático, entre outras, pela sua importância e pelo tempo que exigiram, merecem ser sublinhadas neste documento. As novas necessidades em saúde exigiram uma priorização dos cuidados de Saúde Pública. Mesmo neste contexto, e apesar de todas as condicionantes associadas, este assumiu-se como um período fértil em oportunidades de desenvolvimento profissional, relativamente à intervenção em saúde familiar. A elevada taxa de contágio intrafamiliar, assim como as transições a que estas famílias foram sujeitas durante este período atípico, elevaram a importância da avaliação familiar e capacitação destas famílias para se readaptarem, contexto em que o enfermeiro especialista em saúde familiar assume um papel de destaque. Esta situação causou alterações nas dinâmicas familiares, com limitações dos apoios sociais e informais a estes utentes e famílias, aumentando a importância e exigência das nossas intervenções. De forma a melhor compreendermos a família como unidade de cuidados, torna-se fundamental recorreremos a modelos conceituais (Figueiredo & Martins, 2009) e, nesse sentido, durante este estágio, orientei e sistematizei, sempre que possível, a minha atuação segundo o MDAIF, uma vez que se vem assumindo como um referencial teórico de destaque nos CSP.

Os efeitos da pandemia nas dinâmicas familiares foram evidentes nas 3 dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional), assim como nas diversas escalas aplicadas (escala de readaptação social de *Holmes & Rahe*, escala de coesão e adaptação familiar e APGAR familiar). O próprio conceito e perceção de bem-estar de cada utente e família acabou por ser, direta ou indiretamente, influenciado por todos estes fatores envolventes. Assim, facilmente se compreende a família como uma unidade em constante transformação, sujeita a transições (normativas ou não) decorrentes dos seus processos desenvolvimentais e influenciadas, também, por todos os sistemas que a envolvem (Meleis, 2010).

De igual modo, também as dinâmicas de trabalho tiveram que ser reestruturadas: as teleconsultas passaram a ser uma realidade constante (com todas as limitações associadas) e o tempo de exposição dos utentes (e profissionais) foi diminuído, entre outros. Os contactos não presenciais dificultam, como é evidente, o estabelecimento de uma relação de confiança e uma avaliação mais completa, que se assumem como a base para uma intervenção eficaz. Na verdade, os serviços de saúde e a própria conceptualização dos cuidados de enfermagem (e a sociedade em geral) não se encontravam adaptados para atuar numa realidade tão excecional quanto esta, pelo que as limitações foram notórias. Apesar destas contrariedades e obstáculos, tornou-se evidente, durante este período, a importância da utilização de um modelo operativo (neste caso, o MDAIF),

potenciando a orientação e sistematização das intervenções do EF, focando o sistema familiar como uma unidade de cuidados. A família é, desta forma, encarada como uma entidade dinâmica, com um ciclo familiar e capacidade de adaptação próprios. Esta atuação sistemática, associada à capacidade de produção de indicadores mensuráveis, contribuirão, certamente, para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar e, conseqüentemente, para a sua visibilidade. Apesar das vantagens evidentes, torna-se, também, importante refletir acerca dos constrangimentos encontrados na utilização deste modelo operativo. Efetivamente, este engloba uma avaliação familiar aprofundada e, conseqüentemente, impõe uma disponibilidade temporal alargada. Com a elevada sobrecarga de trabalho sentida nos CSP, esta exigência temporal assume-se com uma limitação para a sua aplicação mais abrangente. Os restantes cuidados não podem ser comprometidos e, nesse sentido, simplificar a operacionalização deste modelo, tornando-o menos moroso, poderia aumentar a sua efetiva aplicação prática pelos EF's. Este é um modelo de enfermagem exequível e adaptado aos sistemas de informação em utilização, contudo, pouco exequível ao contexto temporal em que foi realizado este estágio marcado por uma elevada sobrecarga de trabalho.

Concluindo, esta etapa, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionou, potenciou o meu processo de desenvolvimento de competências e revelou-se enriquecedora da minha formação em saúde familiar. A compreensão da heterogeneidade dos sistemas familiares, da sua unicidade organizacional e da potencialidade da diversidade dos seus meios envolventes nas respostas adaptativas destes, permitir-me-ão ampliar competências profissionalmente e prestar cuidados especializados aos utentes e suas famílias. Acresce ainda referir que, este aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, promovendo uma maior consciencialização, segurança e suporte científico dos cuidados prestados, potenciarão a sua eficácia, o meu desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, a valorização da Enfermagem de Saúde Familiar.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho de investigação foi iniciado durante o estágio clínico realizado na USF Fiães. Tal como referido anteriormente, a população inscrita nesta USF respeita a tendência nacional, apresentando um elevado índice de envelhecimento e longevidade, o que constitui um fenómeno demográfico preocupante e de pesadas consequências ao nível da saúde. Associado a esta alteração demográfica, surge o aumento da população dependente e, conseqüentemente, o aumento do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão nesta população. Assim, segundo a DGS (2011), as UPP's assumem-se como um problema de saúde pública recorrente em Portugal e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, com prevalências hospitalares de cerca de 11,5%.

O aparecimento de UPP é potenciado por um conjunto de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos aos indivíduos, bem como pelas suas condições clínicas. A determinação do risco de desenvolvimento de UPP e o acesso imediato a toda a informação clínica pertinente permitirão ao profissional definir um plano de cuidados preventivo e/ou curativo, personalizado e adaptado a cada utente e respetiva família, devendo incluir a formação e capacitação dos prestadores de cuidados que se vão assumindo, cada vez mais, como importantes parceiros neste âmbito.

Segundo o Decreto Lei N.º 149 de 5 de Agosto do Ministério da Saúde (2014, p. 4070), “o enfermeiro da família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde”. Este documento veio ainda reconhecer ao EF, a “sua contribuição 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”. Assim, tendo em conta as suas competências e a sua proximidade aos utentes/famílias, o EF assume-se como o profissional mais habilitado e capacitado para definir estratégias e intervenções que permitam, não só a prevenção e/ou cicatrização das UPP nestes utentes, mas também a promoção da saúde familiar em que os mesmos se inserem.

Paralelamente às alterações demográficas descritas anteriormente, têm-se também verificado, nos últimos anos, uma crescente evolução científica e tecnológica, com o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos SIS's, que permitem promover um aumento da qualidade dos cuidados prestados (The Boston Consulting Group, 2016; Rodrigues, Boscaroli, & Balloni, 2014), na medida em que, agilizando o acesso à informação, facilitam tanto a continuidade dos cuidados, como a gestão da informação, a medição de resultados e o desenvolvimento de investigação em saúde. Desta forma, compreende-se a relevância atribuída, tanto pela OE, como pelos próprios profissionais, aos registos de enfermagem, como parte integrante dos cuidados prestados. Contudo, esta é uma área em constante evolução, pelo que a avaliação e aperfeiçoamento dos sistemas aplicativos devem ser, também, uma preocupação em saúde, de forma a se otimizar a gestão dos

recursos, aumentar a qualidade dos cuidados e promover o desenvolvimento do conhecimento científico.

Com base nas preocupações descritas anteriormente, surge este estudo de investigação, que objetiva analisar os registos informatizados de uma USF, relativos à prevenção e tratamento de UPP's e o significado que lhes é atribuído pelos EF's, definindo-se as seguintes questões de investigação:

- Quais os dados registados pelos enfermeiros da USF Fiães do ACeS Entre Douro e Vouga I, relativos à prevenção e tratamento de UPP's, em utentes inscritos com o programa "Dependentes"?
- Como percecionam, os enfermeiros da USF Fiães do ACeS Entre Douro e Vouga I, os registos que realizam no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's nos utentes inscritos com o programa "Dependentes"?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão bibliográfica assume-se como a base para o desenvolvimento de qualquer trabalho científico e, segundo Fortin (2009), além de permitir obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação, contribui, ainda, para a resolução deste.

Neste sentido, de forma a se efetuar um devido enquadramento conceptual das questões de investigação deste estudo, será abordada, de seguida, a problemática do envelhecimento populacional e da dependência funcional, focando, também, o papel do prestador de cuidados informal. De seguida, direccionar-se-á a atenção para os registos de UPP's diagnosticadas em utentes que realizam vigilância de saúde familiar em USF's, evidenciando os fatores que contribuem para o seu específico desenvolvimento, assim como as condicionantes da sua cicatrização. Por último, abordar-se-á a temática dos SIS's, com especial referência aos registos de enfermagem.

2.1. Envelhecimento populacional e dependência

Os dados mais recentes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (2019) revelaram que a esperança média de vida na Europa tem aumentado, situando-se, no caso de Portugal, em 2018, nos 81,5 anos. Consequentemente, tem-se verificado também um aumento dos utentes dependentes e um aumento das taxas de prevalência de doenças crónicas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), comparativamente a 2013, Portugal manteve a tendência de envelhecimento populacional, fruto da baixa natalidade, aumento da longevidade e saldos migratórios negativos, com um aumento de 174382 pessoas idosas. A Direção Geral da Saúde (DGS) estimava que, à data de 2018, existiriam, em Portugal, entre 230 mil a 240 mil pessoas em situação de dependência (Ministério da Saúde, 2019).

Relativamente à capacidade funcional do indivíduo, a sua avaliação baseia-se no desempenho das atividades de vida diária (AVD), sendo divididas em atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária (Imaginário, Machado, Rocha, Antunes & Martins, 2017). Desta forma, as atividades básicas de vida diária (ABVD) (SClínico: "autocuidado"), assumem-se como o nível mais básico de autonomia, sendo essenciais para uma vida independente (Simões et al., 2018; Janaudis-Ferreira et al., 2014). Assim sendo, uma limitação da autonomia a este nível aumentará, inevitavelmente, o risco de desenvolvimento de UPP e diminuirá a resposta cicatricial destes utentes, pelo que a sua avaliação deverá ser parte integrante do plano de cuidados destas situações. São vários os instrumentos de avaliação das ABVD, contudo o índice de Barthel assume, para este efeito, uma maior relevância, apresentando elevada fiabilidade e consistência interna (Simões et al., 2018;

Araújo et al., 2007) e estando validado para a população portuguesa em idosos não institucionalizados (Araújo et al., 2007).

Paralelamente, convém ainda refletir acerca do impacto dos cuidados a uma pessoa dependente ao nível da dinâmica familiar, uma vez que, também a família, sendo considerada um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, será fortemente afetada, tal como defende Figueiredo (2011). Desta forma, a atenção e intervenções do EF deverão ser direcionadas não apenas para o utente, mas também à família em que está inserido.

Este aumento da população idosa dependente e esta atenção nas dinâmicas familiares contribuirão, certamente, para uma sobrecarga de trabalho dos EF's, sendo necessário refletir acerca das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, uma vez que poderá ser uma das limitações para uma prestação de cuidados de excelência. Foi preconizado, pela OMS, este apoio por parte dos EF's aos indivíduos e famílias em situações de stresse ou de doença, aguda ou crónica, disponibilizando-lhes grande parte do seu tempo, em contexto domiciliário, e integrados numa equipa multidisciplinar (Figueiredo, 2011). Contudo, os estudos neste âmbito são ainda escassos em Portugal.

2.1.1. RESPOSTA ADAPTATIVA FAMILIAR

Face a este envelhecimento populacional, as famílias são, cada vez mais, confrontadas com situações de dependência de um dos seus membros, causando grande impacto nas dinâmicas familiares. De facto, segundo Meleis (2010), cada período de transição (normativo ou não), torna-se num momento marcante e de maior vulnerabilidade, exigindo, de cada pessoa e respetivas famílias, o desenvolvimento de novos comportamentos e competências, e promovendo transformações nos seus estados de saúde, relações, expectativas e capacidades. Desta forma, deste cenário de transição situacional emerge um novo desafio, tanto para a pessoa dependente, como para os seus familiares, que têm de assumir o papel de PC's (Maia, 2012; Meleis et al. 2000). Assim sendo, o EF deve focar-se, também, no seio familiar, auxiliando estas famílias na adaptação a este novo papel, capacitando-as nesse sentido (Silva, 2012).

Esta adaptação do PC merece, então, uma atenção especial por parte do EF, tendo por base a inclusão da família no planeamento e na prestação de cuidados, e considerando as necessidades da família como um todo, desvinculando-se da perspetiva reducionista e focada no indivíduo (Figueiredo, 2011; Hanson, 2005); assim, torna-se fundamental o reconhecimento da importância das crises interpessoais e o respetivo impacto na saúde familiar, respeitando as suas potencialidades e dificuldades de cada família, e capacitando-as para encontrarem as suas próprias soluções com vista ao estabelecimento de uma transição saudável (idem). Esta abordagem

sistêmica, avaliando o sistema familiar e focando a família como uma unidade de cuidados, possibilitará uma melhor compreensão da mesma e potenciará o reconhecimento das suas limitações e potencialidades, capacidades e recursos, promovendo a sua capacitação e, conseqüentemente, a saúde e bem-estar do utente e da família como sistema (Figueiredo, 2012).

2.2. Úlcera Por Pressão

A UPP é internacionalmente definida como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou combinação entre esta e forças de torção, podendo também estar relacionadas com dispositivos médicos, segundo a NPUAP et al. (2014). A sua classificação, segundo os mesmos autores (*idem*), é efetuada por 4 categorias: a categoria I é atribuída à pele intacta, em que se verifica uma ruborização não branqueável e localizada, sobre uma proeminência óssea; na categoria II, ocorre perda parcial da espessura da derme, verificando-se uma ferida superficial, com leito vermelho-rosa, sem tecido desvitalizado, ou flictena serosa. Apresenta-se, portanto, como úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose (indicador de suspeita de lesão nos tecidos profundos). Quanto à categoria III, verifica-se perda total da espessura da pele, com exposição de tecido adiposo subcutâneo, mas não de ossos, tendões ou músculos. Pode apresentar tecido desvitalizado que não oculta a profundidade da lesão. Relativamente à categoria IV, ocorre perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, tendinosa ou muscular, podendo apresentar tecido desvitalizado e/ou necrótico. Além destas 4 categorias, as úlceras por pressão podem ainda ser classificadas como “não graduáveis/inclassificáveis” (quando a base da úlcera se encontra coberta por tecido desvitalizado e/ou necrótico, tornando a profundidade indeterminada) ou “suspeita de lesão nos tecidos profundos” (quando apresenta uma área vermelho-escuro ou púrpura em pele intacta ou flictena hemática, impossibilitando também a determinação da profundidade).

2.2.1.FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

As UPP's são, na sua maioria, evitáveis, sendo fundamental fomentar práticas dirigidas para a sua prevenção, visando a correção dos problemas funcionais e considerando e minimizando o impacto dos fatores de risco, tal como recomendam a EPUAP et al. (2019). O risco do desenvolvimento de UPP é multifatorial, sendo que o primeiro passo para a prevenção deste tipo de úlceras é a identificação do risco individual (NPUAP et al., 2014; Kottner & Dassen, 2008; Ferreira et al., 2007).

A NPUAP et al. (2014) elaboraram um conjunto de intervenções neste âmbito, que incluem selecionar e aplicar uma escala de avaliação do risco validada, fiável e adequada à população, reconhecer outros fatores de risco, recorrendo ao juízo clínico, e efetuar, em todas as avaliações de risco, uma avaliação da pele, bem como registar as avaliações efetuadas. Com base nos resultados obtidos, não apenas da pontuação total, mas também das diversas subescalas, elaborar-se-á um plano de cuidados multidisciplinar e individualizado dirigido a cada um dos utentes vulneráveis, independentemente da idade ou contexto (hospitalar, domiciliário ou outros). Ainda, segundo a EPUAP et al. (2019), os utentes e/ou prestadores de cuidados informais devem ser envolvidos na supervisão e implementação deste programa preventivo.

São vários os instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP. Contudo, múltiplos estudos apontam a Escala de Braden (EB) como a mais utilizada e adequada, apresentando melhor relação entre sensibilidade e especificidade e, conseqüentemente, melhores níveis de confiabilidade. Esta escala também se revela efetiva em contexto domiciliário, na predição do aparecimento de UPP (Costa, 2016; Bouza & Espino, 2014; Freitas & Alberti, 2013; Coêlho et al., 2012; Pancorbo-Hidalgo et al., 2006).

O aparecimento de UPP é, então, potenciado por um conjunto de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos aos indivíduos, bem como pelas suas condições clínicas, tendo sido, este tema, alvo de inúmeros estudos científicos. Os fatores extrínsecos prendem-se, sobretudo, com as forças de tensão, fricção e humidade (Souza et al., 2017). Assim sendo, facilmente se compreende que as situações de dependência, limitação da mobilidade e redução ou perda de sensibilidade, representam, por si só, fatores intrínsecos potenciadores dos anteriores, assumindo-se, também, como fatores de risco. Desta forma, a EPUAP et al. (2019) recomendam a seleção de uma superfície de alívio e distribuição da pressão adequada às necessidades de cada utente, bem como o seu reposicionamento frequente (exceto quando contraindicado), onde o prestador de cuidados assume um papel fundamental. A análise individualizada das subescalas da EB permite identificar alguns fatores de risco e, conseqüentemente, implementar um plano de cuidados preventivo e/ou curativo, priorizando e otimizando recursos. Contudo, muitos outros fatores têm sido evidenciados, assumindo-se, também, como relevantes para esta temática.

A idade, fruto das alterações expectáveis do envelhecimento humano, como a diminuição da espessura da pele e do tecido adiposo subcutâneo nos membros, assim como a diminuição da capilaridade da pele e das fibras elásticas, assume-se como um fator que predispõe o aparecimento destas lesões (Campanili et al., 2015; Ortolan et al., 2013), sendo essencial instituir medidas de proteção da pele vulnerável (EPUAP et al., 2019). Além destas alterações, também a diminuição da capacidade funcional e o aparecimento de doenças crónicas e degenerativas, cuja incidência e prevalência aumenta com a idade, aumentam, também, o risco de desenvolvimento de UPP e diminuem a resposta cicatricial (Quirino et al., 2014; Baumgarten et al., 2008), na medida em que originam um comprometimento circulatório e, conseqüentemente, uma diminuição da oxigenação

(Cai et al. 2013). Assim sendo, são múltiplos os estudos que apontam comorbidades como hipertensão arterial, doenças respiratórias, cardiopatias, diabetes mellitus e, doenças neurológicas, potenciadores do aparecimento deste tipo de lesões (Cascão et al., 2017; Laranjeira & Loureiro, 2017; Souza et al., 2017; Aguiar et al., 2012). Minimizar o impacto destas patologias na perfusão e oxigenação é, também, uma recomendação da EPUAP et al. (2019), visando a prevenção das UPP's.

Outro importante fator associado a um risco aumentado de desenvolvimento de UPP ou à diminuição da resposta cicatricial é o uso contínuo de medicamentos (Souza et al. 2017). Os hipotensores, pela diminuição do fluxo sanguíneo e perfusão tecidual, os anti-inflamatórios, pela alteração causada na fase inflamatória do processo de cicatrização, os sedativos, pela diminuição da mobilidade, e os imunossupressores, citostáticos e radioterapia, pela diminuição da imunidade, são alguns dos fármacos evidenciados (Baumgarten et al. 2008). Outros estudos apontam ainda para os psicotrópicos, insulina e antidiabéticos orais, uma vez que podem originar alterações dérmicas, aumentando o risco do aparecimento de úlceras (Kottner & Dassen, 2008; Lahmann et al., 2006).

O défice nutricional é outro fator fundamental que poderá potenciar o desenvolvimento de UPP ou diminuir a sua cicatrização (Souza et al., 2017; Strazzieri-Pulido et al., 2015), uma vez que, além de diminuir a resposta imunitária e a capacidade funcional, poderá causar uma diminuição da oxigenação dos tecidos e, conseqüentemente, uma redução do aporte de nutrientes (Souza et al. 2017). Apesar da avaliação do estado nutricional ser um dos parâmetros da EB, devido à fragilidade desta subescala, parece fazer sentido a implementação precoce de rastreios, através de uma escala preditiva do risco nutricional, e sua monitorização, de forma a facilitar um correto diagnóstico e conseqüente estratégia terapêutica, visando a prevenção e/ou cicatrização das UPP's (Marques, 2016; Correia & Dias, 2012). O diagnóstico precoce de desnutrição permitirá, segundo a DGS (2019), na maioria dos casos, implementar tratamentos eficazes e de baixo custo; desta forma, "o rastreio do risco nutricional é assim uma estratégia importante para sinalizar doentes que necessitem de intervenção nutricional" (Pestana, 2019, p.2). São múltiplas as escalas disponíveis, sendo que a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e a British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) recomendam e identificam três delas como seguras na deteção da presença ou risco de desnutrição: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutrition Risk Screening-2002 (NRS-2002) e Mini Nutritional Assessment (MNA) (ESPEN, 2015; Loureiro, 2008). A MUST foi desenvolvida para uma aplicação em todos os níveis dos cuidados de saúde e baseia-se no IMC e nas percentagens de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses. A NRS-2002 foi desenvolvida para o contexto hospitalar e acrescenta, aos componentes avaliados pela MUST, o grau de severidade da doença, uma vez que, por si só, aumenta a necessidade nutricional. A MNA é específico para a população idosa e em qualquer contexto de saúde (ambulatório, lares, domicílios e hospitais) (Loureiro, 2008).

2.2.2. TRATAMENTO

As estratégias adotadas para a prevenção das UPP's sobrepõem-se, de certa forma, às definidas para o seu tratamento, sendo o alívio da pressão o fator mais importante (Henriques, 2014). Além das descritas anteriormente, acresce, ainda, segundo as recomendações da EPUAP et al. (2019), a classificação, avaliação e monitorização das UPP's, bem como avaliação e tratamento da dor, além da abordagem local à ferida.

A prestação de cuidados a um utente com UPP baseia-se em conhecimentos e competências teóricas e técnico-científicas, sendo este um processo integral e sistémico, no qual a avaliação da UPP se assume como parte fundamental para a identificação correta das suas condições e para a escolha do tratamento adequado (Lourenço, 2016; Greatrex-White & Moxey, 2015). A utilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis orientará os profissionais neste processo, promovendo uma correta e contínua monitorização da evolução da ferida (Antunes et al., 2015; Santo et al., 2013) e uma uniformização dos critérios de avaliação e tratamento das feridas (Marques, 2015), bem como, o desenvolvimento e partilha de informação científica e a comparação de resultados em diferentes países (Alves et al., 2015). A proliferação de instrumentos de medida nesta área revela a sua importância e necessidade. É, neste sentido, que surge o mais recente instrumento de avaliação de feridas crónicas: escala RESVECH 2.0. Esta escala objetiva a medição do processo de evolução para a cicatrização de feridas crónicas (Medrano, 2010) e revela-se mais completa, vasta e precisa que a escala PUSH-PT, integrando sinais e sintomas clínicos para uma correta avaliação de feridas crónicas, mantendo a facilidade de aplicação (Lourenço, 2016), e apresenta adequada fiabilidade e validade do conteúdo geral (Lourenço, 2016; Medrano, 2010). Segundo Lourenço (2016), a sua versão portuguesa é fiável e válida, revelando-se útil e eficaz na prática clínica, pelo que deverá ser parte integrante do plano de cuidados estabelecido para o tratamento das UPP's.

Além da caracterização das feridas (localização, classificação e duração) e da sua avaliação e monitorização através de instrumentos validados, os registos devem, ainda, conter os tratamentos efetuados e seus objetivos, bem como a data de reavaliação planeada, de forma a se promover a qualidade dos cuidados (Scott-Thomas et al., 2017). Antunes et al. (2015) consideram também fundamental, além da avaliação da ferida e do tipo de tratamento, a adição do registo fotográfico da mesma.

A dor, pela sua importância neste contexto, merece uma relevância especial, uma vez que se apresenta como uma das principais queixas de utentes com feridas, fruto de respostas fisiológicas decorrentes do estado de ferida (Cruz et al., 2016; Quege et al., 2008), podendo originar diversas alterações, como alterações do padrão de sono, apetite, diminuição da capacidade de concentração e irritabilidade, entre outras (Waidman et al., 2011). Segundo Calasans et al. (2016), estima-se que

cerca de 60% das pessoas com úlceras crónica vivenciam dor de forma contínua. A sua avaliação, mensuração e tratamento devem fazer parte do plano de cuidados definido para utentes com UPP, uma vez que se assume como um fator determinante para a qualidade de vida do utente, além de auxiliar a direcionar o tratamento e a avaliar a sua eficácia (Cruz et al., 2016). Paralelamente, quando não controlada, segundo Batalha (2016), tem o potencial para afetar negativamente a maioria das funções orgânicas, aumentando a morbidade e mortalidade. A dor é, então, assumida, desde 1989, como o 5º sinal vital, sendo que a DGS (2003) determinou que a avaliação da sua intensidade e registo fazem parte das boas práticas profissionais, devendo ser efetuada de forma contínua e regular. As escalas de avaliação assumem-se como importantes ferramentas de apoio, podendo ser classificadas como uni ou multidimensionais. As primeiras apenas avaliam a intensidade da dor, sendo as mais utilizadas a “Escala Analógica Visual” (EAV) e a “Escala Numérica” (EN). Ambas são de fácil e rápida aplicação e pouco dispendiosas, contudo apresentam a desvantagem de apenas poderem ser aplicadas a utentes conscientes e orientados. No entanto, a avaliação da dor deve abranger todos os utentes que beneficiem da mesma, independentemente da sua capacidade, ou não, de a verbalizarem (Batalha, 2016). Nestes casos, segundo o mesmo autor, as alterações comportamentais assumem-se como o melhor relato de dor. As escalas descritas anteriormente não incorporam estes aspetos, pelo que os profissionais de saúde devem estar preparados e munidos de conhecimentos que lhes permitam efetuar esta heteroavaliação. Algumas escalas, como a “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD), apresentam-se como alternativas válidas para estas situações. A autoavaliação, quando possível, deve ser o método selecionado, visto que o utente é o melhor avaliador da sua própria dor. Quando a escolha recai sobre uma heteroavaliação, a colaboração dos cuidadores pode revelar-se fundamental para se assegurar uma melhor avaliação (Batalha, 2016).

2.3. Sistemas de Informação em Saúde

Os registos de enfermagem há muito que se encontram envolvidos num valor inquestionável, não só pela sua importância como instrumento de defesa legal e de ordem ética e deontológica, mas também pela relevância que assumem na avaliação dos utentes e continuidade dos cuidados, assim como na avaliação dos mesmos, na gestão de recursos, formação e investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes registos são, aliás, parte integrante dos cuidados de enfermagem e devem ser, pela importância da informação que veiculam, encarados como tal. A qualidade dos cuidados prestados é, também, refletida na qualidade dos registos efetuados (Tareco & Fernandes, 2016).

Face a esta nova era tecnológica, também no domínio da enfermagem se revelam novos desafios e oportunidades de desenvolvimento. O Conselho Internacional de Enfermeiros & Ordem dos

Enfermeiros (2016) assumem que, incontestavelmente, e independentemente dos contextos clínicos, os enfermeiros recebem, gerem e produzem, diariamente, elevadas quantidades de informação e que a sua gestão e disponibilidade são requisitos para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A área da saúde tem procurado adaptar-se a esta evolução constante e, sendo produtora de elevadas quantidades de informação, torna-se necessário o desenvolvimento de SIS práticos, que permitam uma correta e eficaz gestão da mesma, de forma a facilitarem as tomadas de decisão dos profissionais, nos diferentes níveis (Odekunle, 2016). Assim, fruto da crescente evolução científica e tecnológica verificada nos últimos anos tem-se verificado uma promoção da qualidade dos serviços prestados (The Boston Consulting Group, 2016; Rodrigues et al., 2014).

Segundo a OMS (2000), os SIS's são componentes interrelacionas que permitem e promovem a aquisição, análise e disponibilização de informações para a gestão e monitorização dos programas e atividades de saúde. A Comissão Europeia (2012) refere, ainda, que a aplicação de tecnologias de informação e comunicação na saúde permitirão aumentar a sua eficiência e qualidade, além de estimular a inovação nos mercados clínicos. Assim sendo, estas transformações no setor da saúde deverão focar-se nos resultados, sendo fundamental a criação de um sistema de registos que reúna, de forma eficaz, a informação, e que permita a adoção e monitorização de indicadores em saúde (The Boston Consulting Group, 2016). Desta forma, estas novas ferramentas, permitindo o rápido acesso à informação, promoverão, não só a continuidade dos cuidados, bem como a medição de resultados e a gestão da informação e, conseqüentemente, potenciarão a investigação em saúde.

Face a esta premissa, e acompanhando a evolução tecnológica, surge, encarado como um SIS evolutivo, o "SClínico", desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Este sistema aplicativo assume-se como comum a todos os prestadores de cuidados de Saúde em Portugal, através da conjugação do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e do SAM (Sistema de Apoio Médico) (Vieira, 2018). Desta forma, objetiva-se uniformizar diagnósticos e intervenções e, conseqüentemente, homogeneizar as práticas e seus registos a nível nacional, promovendo uma maior qualidade dos serviços (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Paralelamente, permitirá a produção e monitorização de indicadores fundamentais para uma avaliação da prática profissional, assim como servir de base para a produção de novos conhecimentos.

Para tal, torna-se necessário que, por um lado, os enfermeiros documentem toda a informação que produzem e, por outro lado, os sistemas de informação sejam práticos e de fácil e rápida utilização. Nesse sentido, a OE, visando um controlo mais eficaz sobre os conceitos utilizados nos SIS's, efetuou uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto que culminou na aprovação, em 2019, de uma Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Segundo os mesmos, definiram-se e uniformizaram-se os conceitos centrais da disciplina, assim como as suas relações. Relativamente aos SIS's, estes deverão ser construídos de forma a, utilizando esta Ontologia de

Enfermagem, permitirem o processamento de informação interoperável, promovendo a formalização do conhecimento, a identificação das necessidades de investigação e a produção de indicadores.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

“A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” (Fortin, 2009, p.4). Assim sendo, será descrita, de seguida, a tipologia deste estudo, assim como as questões de investigação do mesmo, os objetivos, hipóteses e variáveis, população e amostra, os instrumentos de medida e, ainda, os procedimentos de recolha de dados, éticos e de análise dos dados.

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo foi desenhado em duas etapas distintas (Figura 2). A primeira etapa, que objetivou analisar os dados de enfermagem registados, assumiu uma metodologia quantitativa, sendo um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. A segunda etapa, na qual se pretendeu analisar a perceção dos enfermeiros sobre a operacionalização dos registos informáticos, no âmbito da prevenção e tratamento das UPP's, adotou uma metodologia qualitativa, observacional, descritiva e analítica.

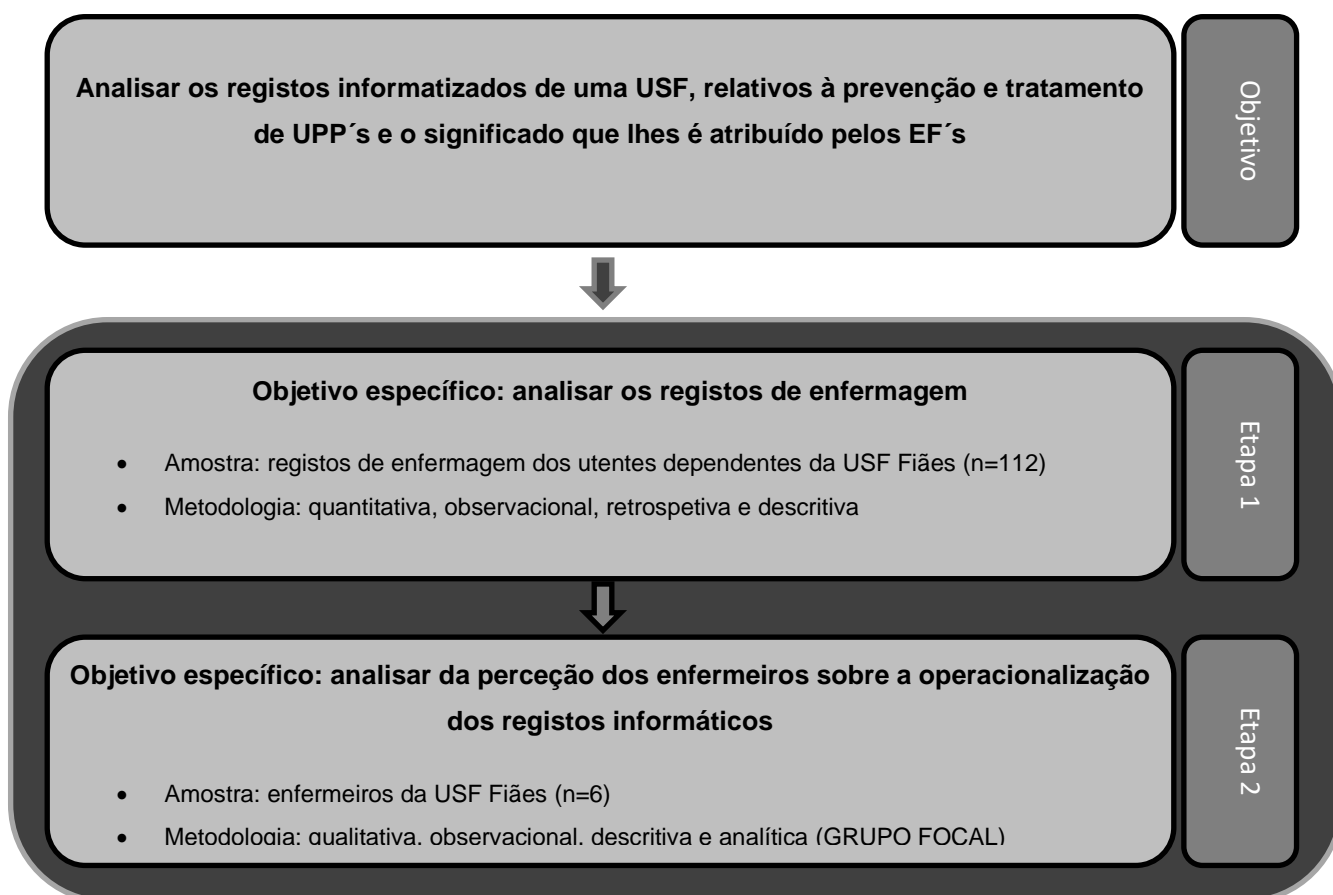


Figura 2: Desenho de estudo

3.2. População e Amostra / Caracterização dos Participantes

Atendendo aos objetivos específicos propostos para a realização do estudo empírico realizado, foram tidas em linha de conta 2 distintas populações-alvo.

Na primeira etapa, a população alvo foram os registos de enfermagem dos utentes inscritos na USF Fiães, à data de realização do estudo, com o programa “Dependentes” associado no SClínico (N=112 utentes), definindo-se os seguintes critérios de exclusão:

- Estar institucionalizado em lar ou outras instituições no período em análise;
- Ter óbito registado até 31 de Janeiro de 2019 (a Comissão de Qualidade e Segurança do ACES Feira Arouca indica, como referência, uma reavaliação mensal do risco de desenvolvimento de UPP, pelo que os utentes devem estar inscritos na USF pelo menos 1 mês, no ano em estudo).

A população-alvo da segunda etapa foram os enfermeiros que, à data de realização do estudo, exerciam funções nessa mesma unidade de saúde (N=6).

Relativamente aos enfermeiros, definiu-se como critério de exclusão: estar indisponível para participar por motivo de ausência laboral prolongada.

3.3. Problemática e objetivos

Um problema de investigação é uma situação problemática, causadora de inquietação e que necessita de uma solução ou elucidação (Fortin, 2009).

A problemática do presente estudo foi a qualidade dos registos de enfermagem com respeito às intervenções no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's, nos utentes dependentes, e a operacionalidade do SIS, no respetivo registo pelos EF's.

Desta forma, definiu-se como objetivo geral para este estudo “analisar os registos informatizados de uma USF, relativos à prevenção e tratamento de UPP's e o significado que lhes é atribuído pelos EF's”.

Para alcançar este objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

Etapa 1

- Caracterizar os registos informatizados efetuados no SClínico pelos Enfermeiros de Família, relativamente aos utentes dependentes inscritos na USF Fiães, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's.

Etapa 2

- Analisar a perceção dos Enfermeiros de Família sobre a operacionalização dos registos de enfermagem no SClínico, relativamente aos utentes dependentes, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's.

3.4. Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção

Na primeira etapa, para proceder à análise quantitativa dos dados provenientes dos registos de enfermagem, foi concebida e utilizada uma base de dados no IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25, tendo por fonte de informação o programa “Dependentes” integrado no sistema informático “SClínico” (nas áreas “Identificação do utente”, “Avaliação Inicial” e “Vigilância”). Desta forma, a recolha de dados, além da caracterização sociodemográfica (recolhida nas áreas “Identificação do Utente” e “Avaliação Inicial”, do SClínico), incidiu sobre o registo dos itens mencionados no Quadro 3.

Quadro 3: Dados clínicos a recolher e respetiva forma de recolha

Dados recolhidos	Forma de recolha
Nível do autocuidado (Índice de Barthel)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Barthel”
Risco de desenvolvimento de UPP (Escala de Braden)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Úlcera de Pressão”
Co morbilidades	SClínico – ícone “Acesso ao Processo Clínico” – “Problemas Pessoais”
Risco nutricional (Escala NRS-2002)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Diagnósticos de Enfermagem”
Localização da UPP (se existente)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Feridas/Úlceras” – ícone “Especificação”
Classificação da UPP (se existente)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Feridas/Úlceras” – ícone “Especificação”
Características da úlcera (Escala Resvech)	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Feridas/Úlceras” – ícone “Especificação”
Avaliação da dor (Escala Visual analógica ou Escala Numérica))	SClínico – ícone “Vigilância” – separador “Monitorização” – ícone “Dor”
Registo dos tratamentos à UPP definidos	SClínico – ícone “Processo”; “Executar tratamento à úlcera”; “Tratamentos”
Capacidade do PC para prevenir UPP	SClínico – ícone “Avaliação Inicial” – separador “Diagnósticos de Enfermagem”
Conhecimento do PC sobre prevenção de UPP	SClínico – ícone “Avaliação Inicial” – separador “Diagnósticos de Enfermagem”

Na segunda etapa, para aceder à perceção dos enfermeiros sobre a operacionalização dos registos informáticos, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's nos utentes dependentes, foi concebido um guião estruturado de entrevista para dinamização de um grupo focal (grupo de discussão) formado pelos enfermeiros da USF. Este guião foi construído mediante os dados recolhidos na primeira etapa do estudo, de forma a fomentar a discussão, sendo submetido, previamente à sua aplicação, a um pré-teste com dois enfermeiros de saúde familiar de outra USF, efetuando-se as devidas alterações. As questões que integravam o respetivo guião encontram-se descritas no Quadro 4.

Quadro 4: Questões do guião orientador do grupo focal

Questões
Quais os contributos dos Sistemas de Informação em Saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem de família, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's?
Qual a importância dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's?
Que dados consideram importante registar para a prevenção e tratamento de UPP?
Dos dados que obtivemos da análise dos registos efetuados pela equipa, verificamos que existem mais registos de a avaliação de risco de desenvolvimento de UPP em utentes com UPP do que nos utentes sem UPP. Na vossa perspetiva, qual a justificação que encontram para estes dados?
Em mais de metade dos casos analisados, não existem registos sobre a sua capacidade e conhecimentos do Prestador de Cuidados (PC) nesta área. Que razões apontam para esta falta de registos?
Face a estes dados e à vossa prática clínica, que sugestões apresentam para melhorar os registos no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's?

3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Segundo Fortin (2009), a investigação impõe desafios éticos complexos que exigirão do investigador responsabilidade, de forma a garantir o respeito pela proteção dos direitos de cada um dos intervenientes.

Desta forma, ao longo de todo o processo de investigação foi respeitada, de forma rigorosa, a confidencialidade dos dados, e o acesso aos resultados que foram unicamente utilizados para fins de investigação, respeitando os 4 princípios éticos proclamados por Beauchamp & Childress (2002):

- Princípio da não maleficência, garantindo não terão qualquer prejuízo com a investigação, podendo desistir em qualquer momento do estudo;
- Princípio da autonomia, na medida em que os enfermeiros participarão voluntariamente, sendo previamente e devidamente informados, juntamente com a entrega de uma declaração de consentimento livre e esclarecido;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes, tratando-os com respeito e dignidade.

Neste sentido, previamente ao início do estudo, foi solicitada autorização para realização do estudo ao Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, à Coordenadora da USF

Fiães, ao ACeS Entre Douro e Vouga I (anexo VI), à ARS Norte e, também, solicitado o parecer da Comissão de Ética e Conselho de Administração (anexo VII).

Os investigadores consideraram não existir qualquer risco para os intervenientes; na primeira etapa do estudo, os dados foram recolhidos pelos enfermeiros da equipa, arquivados em pasta própria, codificada e entregue ao investigador, garantindo-se a confidencialidade, quer dos sujeitos, quer dos dados recolhidos; as gravações do “Grupo Focal” foram, também, codificadas sem identificação dos sujeitos, sendo transcritas e analisadas apenas pelo investigador, numa perspetiva global e não individual, e mediante consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes. A identificação de cada participante foi codificada (na transcrição das suas respostas), tendo em conta o número do grupo que integrou, seguido de um número de série (distribuído aleatoriamente).

Todos os dados e informações recolhidas serão, no final do estudo, destruídos.

O convite para a participação no “Grupo Focal” foi efetuado a todos os enfermeiros da unidade, presencialmente, aferindo-se uma data, hora e local. A realização do mesmo ocorreu na sala de reuniões da USF Fiães.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Para dar resposta aos objetivos propostos, a análise dos dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva. Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos e tratados no programa de tratamento estatístico SPSS, na versão 23.0 para Windows.

Para análise dos dados sociodemográficos e clínicos dos utentes dependentes, recorreu-se, à estatística descritiva, de forma a caracterizar a amostra, obtendo informações acerca da distribuição de frequências, medidas de tendência central (média, mediana e valor mínimo e máximo) e dispersão de dados (desvio padrão).

Relativamente aos enfermeiros, a análise sociodemográfica e profissional foi efetuada, também, com recurso à estatística descritiva, à semelhança do que aconteceu com a amostra de utentes dependentes. Quanto ao tratamento da informação recolhida, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo predominantemente indutiva, seguindo o modelo de Bardin (Bardin, 2009). Este procedimento, segundo o mesmo autor, permite desenvolver técnicas de análise das comunicações, analisando, de forma precisa e sistemática, a informação recolhida, codificando e organizando estes dados. Após uma pré-análise e sistematização das principais ideias, definiram-se categorias e

subcategorias relacionadas com as mensagens recolhidas nas entrevistas, denominadas “unidades de registo”, procedendo-se, de seguida, ao seu tratamento, inferência e interpretação.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, os quais foram divididos de acordo com as duas etapas do estudo. Primeiro surgem os dados relativos à caracterização dos registos e a respetiva discussão, seguindo-se os resultados e discussão sobre a perceção dos enfermeiros de família sobre a operacionalização desses registos.

4.1. Registos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de UPP's em utentes dependentes

A amostra ficou composta por registos de enfermagem referentes a 112 utentes inscritos no programa “dependentes” integrado no SClínico. Estes utentes apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 102 anos, com uma média de 79,47 anos e desvio padrão de 17,51 anos. Metade dos utentes encontravam-se entre os 81 e os 90 anos, salientando-se o facto de 87,6% dos utentes apresentarem idades compreendidas entre os 71 e os 90 anos. Em menor número encontravam-se os utentes com idade inferior a 18 anos (0,9%).

Quanto ao sexo, constatou-se que a maioria dos utentes eram mulheres (61,6%) e, relativamente às habilitações literárias, verificou-se que 53,6% destes utentes possuíam uma escolaridade equivalente ao 1ª ciclo, existindo apenas 2,6% de utentes com ensino secundário. Realça-se ainda que 22,3% se encontravam registados como analfabetos e 17% dos utentes não apresentavam este registo efetuado.

Quadro 5: Caracterização sociodemográfica dos utentes dependentes

Utentes		Frequência absoluta (FA)	Frequência relativa (FR) (%)
Idade	<18	1	0,9
	18-60	9	8,0
	61-70	4	3,5
	71-80	21	18,8
	81-90	56	50,0
	>90	21	18,8
	Total	112	100,0
Sexo	Feminino	69	61,6
	Masculino	43	38,4
	Total	112	100,0
Habilitações literárias	Analfabeto	25	22,3
	1º ciclo	60	53,6
	2º ciclo	4	3,6
	3º ciclo	1	0,9
	Ensino Secundário	3	2,6
	Sem registo	19	17,0
	Total	112	100,0

No que diz respeito à caracterização clínica dos utentes (Quadro 6), os utentes apresentavam, em média, 10 (9,6) patologias diagnosticadas, registando-se o mínimo de 1 e o máximo de 28 patologias por utente, à data da colheita de dados. Quanto à distribuição destas patologias pelos capítulos do CIAP-2, verificou-se uma média de 6 (5,5) capítulos por utente, apresentando-se o mínimo de 1 e o máximo de 11 capítulos com patologias registadas. De todos os capítulos, destacam-se os capítulos K (circulatório), L (sistema musculoesquelético) e T (endócrino, metabólico e nutricional), por apresentarem médias mais elevadas de patologias diagnosticadas – aproximadamente 2 patologias por utente (1,9, 1,6 e 1,5, respetivamente). Pelo lado oposto, os capítulos W (gravidez, parto e planeamento familiar), F (olho), X (aparelho genital feminino) e Z (problemas sociais), foram aqueles que apresentaram menores patologias associadas.

Quadro 6: Caracterização clínica dos utentes dependentes (diagnósticos médicos)

	Média (DP)
Número de patologias diagnosticadas/utente	9,65 (+-5,571)
Número de capítulos do CIAP-2 com patologias diagnosticadas	5,50 (+-2,394)
Número de patologias do capítulo A do CIAP-2 - (geral e inespecífico)	0,36 (+-,696)
Número de patologias do capítulo B do CIAP-2 - (sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço)	0,21 (+-,468)
Número de patologias do capítulo D do CIAP-2 - (digestivo)	0,68 (+-,942)
Número de patologias do capítulo F do CIAP-2 - (olho)	0,30 (+-,598)
Número de patologias do capítulo H do CIAP-2 - (ouvido)	0,06 (+-,278)
Número de patologias do capítulo K do CIAP-2 - (circulatório)	1,95 (+-1,621)
Número de patologias do capítulo L do CIAP-2 - (sistema musculoesquelético)	1,61 (+-1,752)
Número de patologias do capítulo N do CIAP-2 - (neurológico)	,49 (+-,890)
Número de patologias do capítulo P do CIAP-2 - (psicológico)	,67 (+-,962)
Número de patologias do capítulo S do CIAP-2 - (pele)	,50 (+-,771)
Número de patologias do capítulo W do CIAP-2 - (gravidez, parto e planeamento familiar)	,02 (+-,133)
Número de patologias do capítulo Y do CIAP-2 - (aparelho genital masculino)	,15 (+-,449)
Número de patologias do capítulo R do CIAP-2 - (aparelho respiratório)	,42 (+-,877)
Número de patologias do capítulo T do CIAP-2 - (endócrino, metabólico e nutricional)	1,46 (+-1,130)
Número de patologias do capítulo X do CIAP-2 - (aparelho genital feminino)	,08 (+-,333)
Número de patologias do capítulo Z do CIAP-2 - (problemas sociais)	,09 (+-,344)
Número de patologias do capítulo U do CIAP-2 - (aparelho urinário)	,61 (+-,953)

Relativamente ao autocuidado (Quadro 7), mais de metade dos utentes com esta avaliação registada apresentava uma “Dependência Grave” (56%); realça-se, ainda, que 3,3% dos utentes eram, segundo os registos avaliados, “Totalmente Independentes” e 4,4% apresentavam “Dependência Ligeira”.

No que diz respeito ao risco de desenvolvimento de UPP, pouco mais de metade dos utentes apresentavam “Alto Risco” (55,9%) e, quanto à avaliação nutricional, todos os utentes avaliados se encontravam “Sem risco Nutricional”.

Quadro 7: Caracterização clínica dos utentes dependentes (autocuidado, risco de desenvolvimento de UPP e risco nutricional)

		FA	FR (%)
Autocuidado	Totalmente independente	3	3,3
	Dependência ligeira	4	4,4
	Dependência moderada	33	36,3
	Dependência grave	51	56,0
	Total	91	100,0
Risco de desenvolvimento de UPP	Baixo risco	41	44,1
	Alto risco	52	55,9
	Total	93	100,0
Risco nutricional	Sem risco nutricional	12	100,0

No decorrer do ano de 2019, 13 destes utentes desenvolveram novas UPP, obtendo-se uma taxa de incidência de 11,6%. A 1 de Janeiro de 2019, apenas 1 utente apresentava diagnóstico de UPP, calculando-se um ponto de prevalência de 0,9%; o ponto de prevalência obtido para o dia 31 de Dezembro de 2019 foi de 4,5% (Quadro 8).

Quadro 8: Caracterização clínica dos utentes dependentes (UPP)

Utentes	FA	FR (%)	Taxa (%)
S/ novas UPP's desenvolvidas em 2019	99	88,4	Incidência: 11,6
C/ novas UPP's desenvolvidas em 2019	13	11,6	
Total	112	100,0	
C/ UPP a 01/Jan/2019	1	,9	Prevalência: 0,9
C/ UPP a 31/Dez/2019	5	4,5	Prevalência: 4,5
Total	112	100,0	

O número total de UPP's registadas no sistema informático foi de 36, numa média de 2,77 UPP's/utente. Salienta-se, o facto de em 76,9% dos utentes com UPP se encontrarem registos de mais que 1 UPP e de se ter constatado um máximo de 5 UPP's/utente (Quadro 9).

Quadro 9: Número de UPP's/utente

Número de UPP's/utente	FA	FR (%)	Média
1	3	23,1	2,77
2	4	30,8	
3	1	7,7	
4	3	23,1	
5	2	15,4	
Total	13	100,0	

Relativamente à localização anatómica das UPP's, os trocânteres (SClínico: "ancas") surgiram como a mais frequente, com 38,9% dos casos, seguido da região sagrada (SClínico: "sacro") (33%). Também os calcâneos (SClínico: "calcanhares") apresentaram uma frequência significativa, com 22,2% dos casos (Quadro 10). Da categorização constante no registo inicial, 69,2% das UPPs encontravam-se classificadas com a categoria II. De salientar que apenas se verificou o registo de categoria IV em 7,7% dos casos (1 UPP), não havendo qualquer registo de UPP's de categoria I.

Em 27 das UPP's conseguiu-se atingir a cicatrização em 2019, numa taxa de 75%, com uma média de tempo de cicatrização de 50,56 dias, num intervalo mínimo de 3 e máximo de 249 dias (Quadro 11). No que diz respeito à avaliação destas UPP's obteve-se, na primeira avaliação efetuada com a escala existente no SClínico, um score médio de 7,73 pontos (com desvio padrão de 2,342), e um score máximo de 14.

Quadro 10: Caracterização das UPP's (localização, categorização e cicatrização)

UPP	FA	FR (%)	
Localização	Anca	14	38,9
	Calcanhar	8	22,2
	Sacro	12	33,3
	Outra	2	5,6
	Total	36	100,0
Categorização	Categoria II	9	69,2
	Categoria III	3	23,1
	Categoria IV	1	7,7
	Total	13	100,0
Termo	C/termo	27	75,0
	S/termo	9	25,0
	Total	36	100,0

Quadro 11: Caracterização das UPP's (tempo de cicatrização e avaliação inicial)

UPP	Mínimo	Máximo	Média
Tempo de cicatrização (dias)	3	249	50,56
Avaliação inicial da UPP (score)	5	14	7,73

4.1.1. ANÁLISE DOS DADOS REGISTADOS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Relativamente às avaliações da dependência no autocuidado (Quadro 12), em 19,6% dos utentes não se verificou qualquer registo, sendo registadas, em média, 2,04 avaliações/utente, sendo que, limitando a amostra aos utentes com UPP, este valor é superior ao dobro (média: 4,38) com um total de 57 avaliações. Destas, 47 foram registadas durante o período em que os utentes se encontravam em tratamento a UPP's. Realça-se, ainda, que em apenas 33,9% dos utentes se verificam registos de pelo menos uma avaliação da dependência no autocuidado em ambos os semestres.

Quadro 12: Registos relativos ao “autocuidado”

Autocuidado	FA	FR (%)
Utentes s/registo	22	19,6
Utentes c/registo	90	80,4
Total	112	100,0
Utentes c/ registo em apenas 1 dos semestres	52	46,4
Utentes c/ registo nos 2 semestres	38	33,9

No que diz respeito às avaliações do risco de desenvolvimento de UPP, não foram efetuados registos em 17% dos utentes que integram a amostra, sendo registadas, em média, em 2019, 2,59 avaliações por utente, subindo este valor para 9,54 quando limitamos a amostra a utentes com UPP. Das 124 avaliações registadas a utentes com UPP, 75,8% correspondem a registos efetuados durante os respetivos tratamentos, a que corresponde uma média de 7,23 avaliações nestas situações. Nenhum dos utentes apresentou registo mensal da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e apenas 6,3% dos utentes apresentaram registo de, pelo menos, uma avaliação nos 4 trimestres, sendo que, em quase metade dos casos (42%) se verificam registos de avaliações em apenas 1 trimestre (Quadro 13).

Quadro 13: Registos relativos ao “risco de desenvolvimento de UPP”

Risco de desenvolvimento de UPP	FA	FR (%)
Utente s/registo	19	17
Utentes c/registo	93	83,0
Total	112	100,0
Utentes c/ registo em apenas 1 dos trimestres	47	42,0
Utentes c/ registo em apenas 2 trimestres	24	21,4
Utentes c/ registo em apenas 3 trimestres	15	13,4
Utentes c/ registo nos 4 trimestres	7	6,3
Utentes c/ registo nos 12 meses	0	0

Relativamente aos registos das avaliações do risco nutricional (Quadro 14), estes são inexistentes em 90,2% dos utentes, e apenas 1,8% apresentam este registo em ambos os semestres. Salienta-se, ainda, que mesmo em utentes com UPP, em mais de metade dos casos não se verifica qualquer registo da avaliação nutricional (61,5%).

Quadro 14: Registos relativos ao “risco nutricional”

Risco nutricional	FA	FR (%)
Utentes s/registo	101	90,2
Utentes c/registo	11	9,8
Total	112	100,0
Utentes c/ registo em apenas 1 dos semestres	9	8,0
Utentes c/ registo nos 2 semestres	2	1,8

No que se refere ao prestador de cuidados, em 61,6% dos utentes não existem registos de diagnósticos relativos à sua capacidade para prevenir UPP, sendo que apenas 1,8% foram identificados como não tendo esta capacidade (Quadro 15). Também no que diz respeito ao conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de UPP, esta avaliação não se encontra registada em mais de metade dos casos (55,4%), não sendo identificado nenhum prestador de cuidados sem potencial para melhorar estes conhecimentos.

Quadro 15: Registos sobre a capacidade e conhecimentos do PC para prevenir UPP

		FA	FR (%)
Capacidade do PC	Sem potencial para melhorar a capacidade para prevenir UPP	2	1,8
	Potencial para melhorar a capacidade do PC para prevenir UPP	14	12,5
	Capacidade do PC para prevenir UPP	27	24,1
	S/registo	69	61,6
	Total	112	100,0
Conhecimento do PC	Potencial para melhorar o conhecimento do PC sobre prevenção de UPP	38	33,9
	Conhecimento do PC sobre prevenção de UPP	12	10,7
	S/registo	62	55,4
	Total	112	100,0

Quanto às UPP’s, em 63,9% dos casos não existe um registo inicial da sua categorização e em 27,8% não se verifica um registo da avaliação efetuada à mesma (Quadro 16). Limitando a amostra às UPP’s com avaliações registadas (n= 26), e tendo em conta a duração destes tratamentos, obteve-se uma periodicidade média destes registos de 7,09 dias, sendo o mínimo de 1,5 dias e o

máximo de 19,5 dias. Quanto ao tratamento inicial instituído à UPP, apenas existem registos em 8,3% dos casos.

Quadro 16: Registo das avaliações e tratamentos às UPP's

UPP	FA	FR (%)
C/registo da categoria	13	36,1
S/registo da categoria	23	63,9
C/registo da avaliação	26	72,2
S/registo da avaliação	10	27,8
C/registo do tratamento instituído	3	8,3
S/registo do tratamento instituído	33	91,7
Total	36	100,0

Dos 13 utentes com UPP, apenas 23,1% têm registada a dor segundo a Escala numérica, não se verificando qualquer registo nos restantes utentes, no ano de 2019 (Quadro 17).

Quadro 17: Registos relativos à avaliação da dor

Avaliação da dor	FA	FR (%)
Utentes c/registo	3	23,1
Utentes s/registo	10	76,9
Total	13	100,0

4.1.2.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste subcapítulo será efetuada uma discussão sobre os resultados obtidos, à luz daquele que é o “estado da arte” existente sobre esta temática.

Relativamente à caracterização da amostra dos utentes, verificou-se uma análoga concordância com os diversos estudos com utentes dependentes, já publicados. No que diz respeito à idade dos utentes, são múltiplos os estudos que apontavam médias semelhantes à obtida, próximas dos 80 anos (Silva, 2019; Gonçalves, 2019; Trindade et al., 2017; Petronilho et al., 2017). Os mesmos autores também apontaram para uma predominância do sexo feminino entre a população dependente, o que ia ao encontro dos dados socio demográficos do Instituto Nacional de Estatística

(2020) que indicavam que os índices de envelhecimento, longevidade e dependência eram, em 2019, superiores nas mulheres.

No que confere às habilitações literárias, segundo a Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021), a população idosa possuía, na sua maioria, baixa escolaridade, com predominância para o 1º ciclo de escolaridade, à semelhança dos dados obtidos. Também o estudo de Petronilho et al. (2017) revelou uma baixa escolaridade entre a população dependente.

Quanto à caracterização clínica da amostra, os resultados obtidos apresentam semelhanças como um estudo de Gonçalves (2019), o qual apontava as patologias do sistema circulatório como das mais frequentes nestes utentes. Reforça-se, contudo, que as morbidades cardíacas, respiratórias, endócrinas e neurológicas, também com grandes prevalências na amostra, foram evidenciadas como potenciadoras do desenvolvimento de UPP's (Cascão et al., 2017; Laranjeira & Loureiro, 2017; Souza et al., 2017; Aguiar et al., 2012).

Relativamente à capacidade para o autocuidado, encontrou-se concordância com diversos estudos que também apontavam, na população portuguesa dependente, para níveis de dependência elevados (Gonçalves, 2019; Faustino, 2017; Trindade et al., 2017). Salienta-se, ainda, que apenas 3% dos utentes que integraram a amostra eram totalmente independentes, pelo que se supõe que seja um lapso na associação ao programa "Dependentes" ou a uma desatualização do nível de dependência.

No risco de desenvolvimento de UPP, os resultados obtidos foram congruentes com os dados anteriores, uma vez que níveis de dependência funcional mais elevados induzem o aumento deste risco (Mello et al., 2017; Lopes, 2017; Quirino et al., 2014). Estes valores foram, no entanto, inferiores aos registados num estudo realizado nos Açores, também com utentes dependentes, que ascendia aos 86% (Rodrigues & Soriano, 2011).

Ao analisar o risco nutricional, verificou-se que nenhum dos utentes avaliados apresentava risco. Estes valores não encontraram consonância com os resultados obtidos por Marques (2016), realizado também com utentes dependentes em contexto domiciliário, numa USF de Aveiro, que indicava que grande parte dos utentes estariam em risco de desnutrição. Também os dados apresentados pela DGS (2014) indicavam que cerca de 34% da população idosa se encontrava desnutrida ou em risco de desnutrição, sendo, por isso, discrepante dos resultados obtidos.

No que diz respeito às UPP's, são escassos os dados epidemiológicos, em Portugal, em contexto domiciliário. Contudo, a taxa de incidência obtida revelou valores enquadrados aos descritos pelo Instituto da Qualidade em Saúde (2004, cited in Alves et al., 2015), que apontava para valores entre os 2 e os 13%, em Portugal. Em contexto domiciliário, segundo Lyder (2003), estes valores poderiam variar entre 0% e 17%, sendo que idealmente deveriam ser inferiores a 2%, tal como se verificou neste estudo. Relativamente à prevalência, obteve-se, com este trabalho, pontos de prevalência

inferiores aos descritos para a Ilha Terceira, para a Região Autónoma dos Açores e em Espanha, também em contexto domiciliário, que apontavam para valores de 9,4%, 26,5% e 8,3%, respetivamente (Rocha & Dias, 2019; Rodrigues & Soriano, 2011; Agreda et al., 2006). Estudos internacionais também revelaram valores superiores aos obtidos (entre os 3% e os 20%) (Pieper, 2012; Briggs et al., 2013; Cabello-Granado & Arévalo-Velasco, 2016; Smith et al., 2017). Segundo um outro estudo realizado em Portugal por Alves (2014), 61,8% dos utentes com UPP encontravam-se nos CSP's, no entanto, 29,58% das UPP's tiveram origem em contexto hospitalar.

Relativamente ao rácio de UPP por utente com úlcera, os dados obtidos foram semelhantes aos apresentados para outros contextos. Estudos realizados em 2 hospitais portugueses obtiveram um rácio de 1,76 e 2,6 UPP/utente (Sardo, 2016; Cruz, 2015), enquanto estudos europeus revelaram valores entre 1,4 e 1,73 (Gunningberg et al., 2013; Vanderwee et al., 2007).

A localização anatómica das UPP's mais frequente, identificada nos utentes cujos dados foram alvo deste estudo, foram a anca, seguida do calcânhar e sacro. Estes resultados são consistentes com a literatura existente, uma vez que outros estudos efetuados em Portugal, em contexto hospitalar, apresentaram valores e regiões semelhantes. Sardo (2016) obteve prevalências superiores a 20% para a região sacrococcígea e calcânea, enquanto que Cruz (2015), apresentou, também, valores superiores aos 20% para estas três localizações. Estudos realizados na Alemanha e Espanha obtiveram resultados idênticos, destacando-se o sacro e o calcâneo, com valores superiores a 30% e 24%, respetivamente (Lahmann et al., 2006; Pancorbo-Hidalgo et al., 2014), o que é concordante com os dados obtidos.

Quanto ao estadió das UPP's, cerca de 70% destas encontrava-se na categoria II. Resultados semelhantes foram também obtidos por outros estudos portugueses, em contexto hospitalar, que apontavam esta como a categorização mais frequente (Vieira et al., 2014; Cruz, 2015). Valores discrepantes foram obtidos por Yashchuk (2019) e por Sardo (2016), que apresentaram maiores prevalências para UPP's de categoria I. Realça-se que, contrariamente aos estudos anteriores, não se verificou qualquer registo de úlceras neste estadió. Relativamente ao score das UPP's através da escala existente no SClínico, não se encontraram estudos comparativos, impossibilitando, desta forma, uma análise comparativa com a literatura.

Neste estudo obteve-se uma taxa de cicatrização, para o período em análise, de 75%, com um tempo de cicatrização médio de cerca de 50 dias. Também estes valores encontraram concordância com o que referiram Luz et al. (2010), que apontaram, para úlceras pequenas (menores que 1 cm), médias de cicatrização de 30 dias e, para úlceras com mais de 4 cm, de 70 dias. Salienta-se, contudo, que são inúmeros os fatores que podem influenciar a evolução e cicatrização destas feridas.

A análise dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's revelou que cerca de 80% dos utentes apresentavam registo da avaliação do autocuidado. Visto que o desenvolvimento de UPP's é afetado por fatores extrínsecos como forças de tensão, fricção e humidade (Souza et al. 2017), a limitação da mobilidade e a dependência funcional, ao potenciarem os anteriores, assumem-se, inevitavelmente, com fatores de risco. Neste sentido, esperava-se que a análise efetuada revelasse que esta avaliação fosse efetuada a uma maior percentagem de utentes. Paralelamente, sendo esta amostra relativa a utentes com o programa "Dependentes" associado no SClínico, esta avaliação/intervenção assume-se como fundamental neste âmbito, pelo que se considera que estes dados se deveriam aproximar dos 100%. Esta área tem sido, também, foco de atenção e auditorias por parte da Comissão de Qualidade e Segurança do ACeS a que esta USF pertence, definindo, como critério mínimo, uma avaliação semestral neste âmbito (ACeS Entre Douro e Vouga I, 2019). Os dados analisados revelaram que apenas cerca de 34 % dos utentes respeitaram os critérios definidos e, neste sentido, denota-se, claramente, um défice de registos. Resultados díspares destes foram obtidos por Silvestre (2012), num estudo realizado num hospital no Barreiro que revelou que registos alusivos ao grau de dependência estavam presentes em todos os processos clínicos.

Relativamente à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP's, segundo a NPUAP et al. (2014), esta assume-se como o primeiro passo para a prevenção deste tipo de lesões. Assim, e considerando que à população dependente corresponde, por norma, um maior risco, esperava-se que esta intervenção fosse aplicada a todos os utentes. Os dados analisados revelaram, contudo, que em 17% dos utentes não se encontrou esta avaliação registada. A Comissão de Qualidade e Segurança deste ACES definiu que esta avaliação deveria ser efetuada, no mínimo, mensalmente (ACeS Entre Douro e Vouga I, 2019), o que não se verificou em nenhum destes utentes.

Esta análise evidenciou, ainda, que mais de 90% dos utentes não possuíam registo da avaliação do risco nutricional, o que se assume como um dado muito preocupante e que poderá comprometer a eficácia dos planos preventivos e curativos instituídos a estes utentes. O défice nutricional assume-se como um importante fator potenciador do desenvolvimento de UPP's ou limitador da cicatrização das mesmas (Marques, 2016; Vieira et al., 2014) e a sua monitorização através de uma escala preditiva do risco promoverá um correto diagnóstico e, conseqüentemente, uma intervenção atempada e eficaz (Cascão et al., 2017). A escala disponível no sistema operativo "SClínico" para este efeito é a NRS-2002. No entanto, a MNA apresenta especificidade para a população idosa, podendo ser utilizada em qualquer contexto de saúde, nomeadamente o domiciliário (Loureiro, 2008), pelo que, dadas as características desta amostra, esta parece assumir-se como a mais indicada.

No que diz respeito ao PC, é de salientar que não se verificou qualquer registo em mais de 60% dos casos relativamente à sua capacidade para prevenir UPP's; quanto aos seus conhecimentos neste âmbito, em mais de 55% também não se evidenciou qualquer registo. Sendo este um estudo

desenvolvido em contexto comunitário, o papel dos PC's assume-se como fundamental para o sucesso do plano de cuidados instituído. Nesse sentido, segundo Rodrigues & Soriano (2015) e Dopierała et al. (2007), torna-se essencial capacitá-los para uma efetiva e eficaz prevenção das UPP's. Desta forma, estes dados revelaram um acentuado défice de registos a este nível, considerando-se que esta percentagem deveria ser significativamente superior à obtida. Estes dados obtidos foram inferiores aos demonstrados por Rodrigues & Soriano (2011), num estudo, também em contexto domiciliário, nos Açores, que apontava taxas de ensinos aos cuidadores superiores a 70%.

Relativamente à categorização das UPP, os dados analisados indicaram que em cerca de 64% dos casos, o seu registo não foi efetuado no momento do diagnóstico. Segundo a DGS (2011), a caracterização das UPP's e respetivo registo assume-se como um fator fundamental para a correta monitorização dos cuidados prestados, visto que permitem a definição e instituição de um plano de cuidados eficaz. Assim sendo, verificou-se, claramente, um défice de registos neste âmbito, que poderá comprometer o sucesso dos cuidados implementados. Convém, no entanto, evidenciar, tal como defendem Alves et al. (2013), que esta categorização é unicamente utilizada para classificar a profundidade dos tecidos afetados, não se revelando eficaz para a monitorização da evolução das UPP's. Para esse efeito, existem disponíveis instrumentos de avaliação válidos e confiáveis que permitem uma correta e contínua monitorização, potenciando um melhor acompanhamento das feridas (Antunes et al., 2015; Santo et al., 2013). Esta avaliação inicial da UPP, e a sua reavaliação, pelo menos, semanal, de forma a monitorizar o processo cicatricial, surge como uma declaração de boas práticas segundo a EPUAP et al. (2019), contribuindo para a escolha do tratamento adequado (Lourenço, 2016). Assim, também neste âmbito, embora com uma taxa de registos bastante superior à anterior, a análise efetuada demonstrou resultados pouco satisfatórios, uma vez que, em cerca de 30% dos casos, esta avaliação inicial não se encontrava registada. A periodicidade média com que foi registada (7 dias), atendendo à recomendação enunciada anteriormente, encontrava-se ajustada. Relativamente ao tratamento instituído, a análise revelou também um défice de registos, uma vez que apenas cerca de 8% dos casos apresentavam estes dados documentados. De acordo com Antunes et al. (2015), o registo do tratamento efetuado é fundamental para o acompanhamento do processo cicatricial das feridas e, nesse sentido, esperava-se uma maior documentação neste âmbito.

No que diz respeito à avaliação da dor em utentes com UPP, os resultados obtidos revelaram que em apenas 23% dos casos este registo é efetuado; também Silvestre (2012), num estudo realizado em contexto hospitalar, obteve resultados que demonstram que esta é uma área pouco valorizada nos registos de enfermagem. A avaliação abrangente da dor em pessoas com UPP é uma recomendação da EPUAP et al. (2019), com nível de evidência B1, pelo que estes valores deveriam de se aproximar dos 100%. Também a DGS (2003) recomendou a avaliação contínua e regular da dor, sendo este um indicador das boas práticas profissionais.

4.2. Perceção dos enfermeiros relativamente os registos informáticos sobre prevenção e tratamento de UPP's

Neste capítulo será efetuada a caracterização da amostra de enfermeiros que constituiu o grupo focal, seguida da apresentação e discussão dos seus discursos, com base nas evidências decorrentes da primeira etapa e do mais recente estado da arte no âmbito do referencial teórico que o suporta.

4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, a amostra é composta por 6 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 36 e os 58 anos, com uma média de 49 anos. Apenas 1 elemento da equipa, como se pode ver no Quadro 18, é do sexo masculino e e, relativamente às habilitações literárias, apenas 1 elemento possui mestrado, sendo que os restantes licenciados. Quanto à categoria profissional, existem 4 enfermeiros generalistas e 2 enfermeiros especialistas.

Quadro 18: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

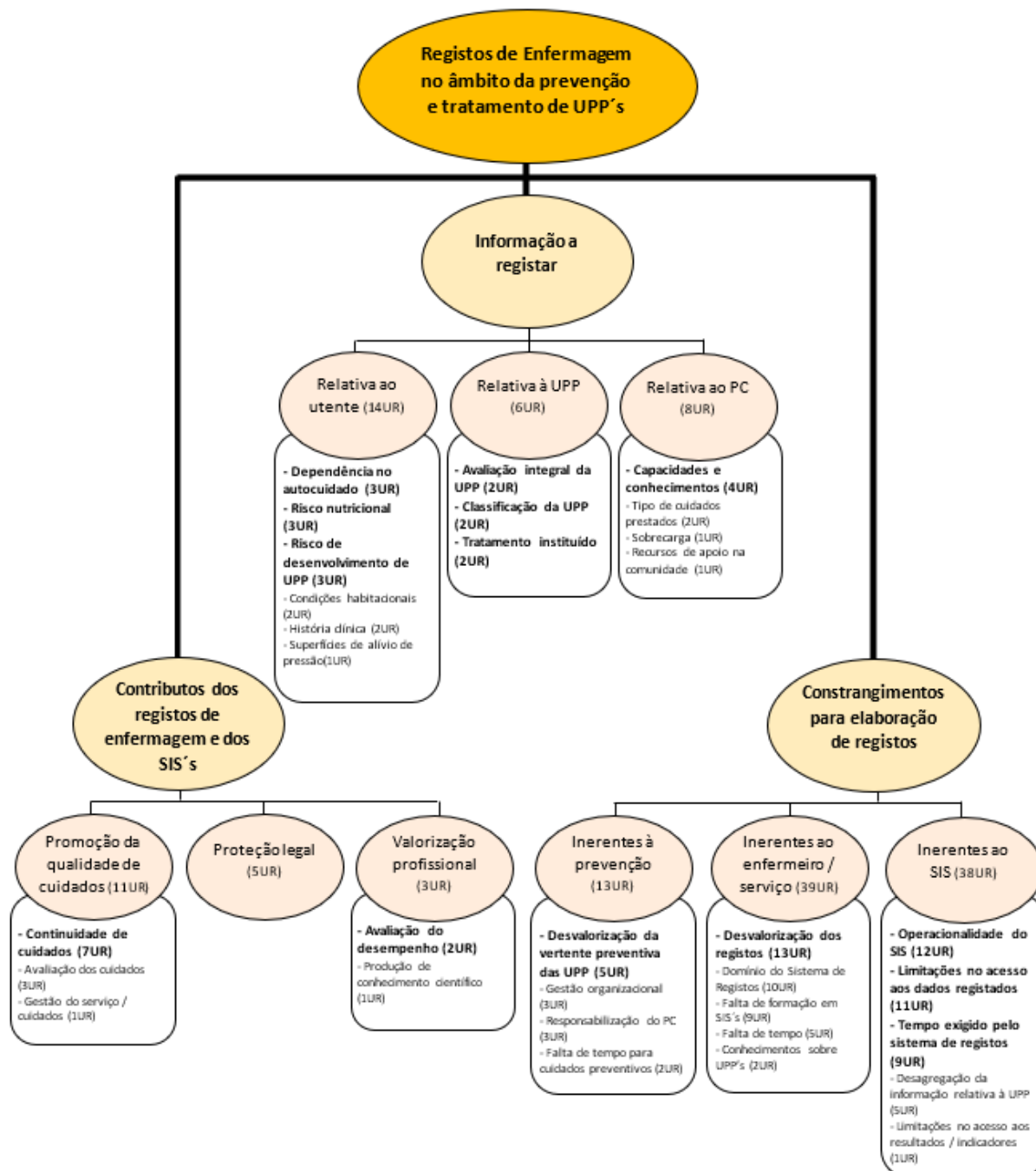
Enfermeiros		FA	FR (%)
Sexo	Feminino	5	83,3
	Masculino	1	16,7
Habilitações literárias	Licenciatura	5	83,3
	Mestrado	1	16,7
Categoria profissional	Enfermeiro	4	66,7
	Enfermeiro especialista	2	33,3
Total		6	100

Quanto à experiência profissional dos enfermeiros, o tempo de serviço, varia entre os 14 e os 35 anos, obtendo-se uma média de 24,4 anos, realizada, maioritariamente, em CSP. Relativamente à formação, 3 dos enfermeiros (50%) tiveram formação específica na prevenção e/ou tratamento de feridas/UPP's temática nos últimos 10 anos e, todos tiveram formação em registos de enfermagem nos últimos 13 anos.

4.2.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Através da análise do conteúdo dos seus discursos e de comparações constantes, os dados obtidos permitiram definir as dimensões **“Informação a registar sobre UPP”**, **“Contributos dos registos de enfermagem e dos SIS´s”** e **“Constrangimentos para a elaboração de registos”**. A respetiva árvore categórica que emergiu do discurso dos participantes é apresentada na figura 3.

Figura 3: Representação da árvore categórica referente à percepção dos enfermeiros sobre a operacionalização dos registos de enfermagem no SClínico, relativamente aos utentes dependentes, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's.



1

Relativamente à dimensão “**Informação a registar sobre as UPP**” (Quadro 19), o discurso dos enfermeiros indicou que no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's devem ser registadas

¹ Na árvore categórica, as subcategorias com mais UR's encontram-se evidenciadas a negro, de forma a se facilitar a leitura e compreensão.

informações relativas ao utente, relativas à UPP e, relativas ao PC. Pela análise efetuada percebe-se a importância que estes enfermeiros atribuem ao utente como um todo, não limitando o foco da sua atenção, cuidados e respetivos registos apenas na UPP. De facto, as informações relativas aos utentes assumem, pelo discurso dos participantes, uma relevância maior que aquelas relativas à UPP. Isto justifica-se pela etiologia multifatorial que envolve o desenvolvimento destas feridas e que condicionam a sua cicatrização, englobando fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo (Cruz, 2015; Quirino et al., 2014). Também o PC se assume como uma preocupação destes profissionais e, conseqüentemente, como alvo dos seus cuidados, devendo ser envolvidos no plano de cuidados destes utentes (EPUAP et al., 2019; Rodrigues & Soriano, 2015).

Quanto à informação relativa ao utente, emergiram sete subcategorias: *dependência para o autocuidado*, *avaliação do risco nutricional*, *avaliação do risco de desenvolvimento de UPP*, *existência de superfícies de alívio de pressão*, *condições habitacionais* e *história clínica da pessoa cuidada*.

A *dependência para o autocuidado*, o *risco nutricional* e o *risco de desenvolvimento de UPP*, assumem-se como aspetos fundamentais e associados entre si. De facto, a dependência física aumenta as forças de pressão e cisalhamento e, por consequência, o risco de desenvolvimento de UPP's. Neste sentido, a NPUAP et al. (2014) consideram necessária uma avaliação completa do risco, de forma a se implementar um plano de cuidados preventivo e adequado. Nesse sentido, são vários os autores que apontam a identificação do risco individual como o primeiro passo para a prevenção deste tipo de feridas (NPUAP et al., 2014; Vanderwee et al., 2011; Ferreira et al., 2007). Além da utilização de um instrumento de avaliação válido e fiável, o reconhecimento dos fatores de risco adicionais e o recurso ao juízo clínico, assumem-se essenciais e partes integrantes de uma avaliação completa do risco (NPUAP et al., 2014).

Também o défice nutricional é assumido como outro importante fator que poderá potenciar o desenvolvimento de UPP ou diminuir a sua cicatrização (Baron et al., 2020; Souza et al., 2017), especialmente em utentes idosos e com comorbilidades, uma vez que tendem a apresentar maiores dificuldades alimentares e, por isso, um risco acrescido de subnutrição.

As *superfícies de alívio de pressão* e as *condições habitacionais* foram, também, evidenciados nos discursos dos enfermeiros como recursos materiais/estruturais relevantes neste âmbito. De acordo com vários autores (Yashchuk, 2019; Junkin & Gray, 2009; Fowler et al., 2008), a escolha e utilização adequada e planeada dos materiais para o alívio de pressão poderá, efetivamente, reduzir o aparecimento deste tipo de lesões.

Também a *história clínica* e os *fatores de risco* foram realçados, sendo vários os estudos que apontam e identificam comorbilidades como potenciadores do aparecimento deste tipo de lesões (Cascão et al., 2017; Laranjeira & Loureiro, 2017; Souza et al., 2017).

Quanto à informação relativa às UPP's, foi consensual que a *avaliação* da ferida e a sua *classificação*, bem como o *tratamento* instituído à mesma, são aspetos fundamentais a incluir nos registos de enfermagem, como refere G2E1: “*avaliação da úlcera em si, o seu tratamento e a evolução da ferida*”. A avaliação da UPP assume-se como um aspeto fundamental para a classificação, diagnóstico e tratamento destas feridas, permitindo uma maior segurança na definição do plano de cuidados (Lourenço, 2016; NPUAP et al. ,2014), sendo que, Scott-Thomas et al. (2017) e Antunes et al. (2015) consideram, também, essencial o registo dos tratamentos efetuados e respetivos objetivos. É também de realçar a ausência de referências, por parte dos participantes, relativamente à dor. Sendo este um dos sintomas mais prevalentes em utentes com feridas (Cruz et al., 2016) e com impacto direto na qualidade de vida destes, seria exetável que a sua avaliação e registo, sendo um indicador das boas práticas profissionais (DGS, 2003), fosse valorizado por estes profissionais.

No que diz respeito à informação relativa ao PC, este deverá ser, também, encarado como um foco da atenção por parte dos profissionais de enfermagem familiar, pois enunciaram que “*também a capacitação do cuidador é um aspeto fundamental*” (G2E2), à semelhança do que defendem Chayamiti et al. (2010). Também Rodrigues & Soriano (2015) afirmam que, neste contexto e neste âmbito, se recomenda a implementação de estratégias educacionais sobre os cuidadores, capacitando-os e integrando-os na planificação, execução e avaliação dos cuidados, de forma a encará-los como um prolongamento do enfermeiro no domicílio. Desta forma, afirmações como “*prestamos mais atenção ao cuidador e à sua capacitação do que à ferida em si*” (G2E2) permitem compreender a importância que estes profissionais atribuem aos PC's como parceiro de cuidados; esta foi, contudo, uma das áreas que suscitou mais discussão e dúvidas relativamente à operacionalidade dos registos de enfermagem e limitações dos SIS's.

Também foram referidos o tipo de cuidados que estes prestam, a sua sobrecarga e os apoios da comunidade de que dispõem, o que vai de encontro ao que defendem Costa & Abreu (2017), que sublinham o aumento da vulnerabilidade dos PC's e o stresse associado a este novo papel. As responsabilidades onerosas que recaem sobre o PC, muitas vezes pouco preparados e sem recursos de apoio, podem originar exaustão física e emocional e, nesse sentido, prejudicar a qualidade de vida do cuidador (Revilla-Ahumada et al. 2020). Neste sentido, torna-se importante destacar as poucas referências efetuadas pelos enfermeiros, neste âmbito. O PC é encarado mais como um parceiro de cuidados do que como alvo dos mesmos, não se verificando ainda a sensibilização e consciencialização da importância da avaliação familiar e da necessidade de se focar a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, saúde e bem-estar, tal como defende Figueiredo (2012).

As unidades de registo (UR's) relativas a esta dimensão são apresentadas no quadro 19.

Quadro 19: Informação a registar sobre UPP: UR's

Categorias	Subcategorias	UR's
Informação relativa ao Utente	Dependência no autocuidado	<p><i>"avaliação do autocuidado" – G1E2</i></p> <p><i>"o grau de dependência" – G2E1</i></p>
	Risco nutricional	<p><i>"estado nutricional" – G1E1</i></p> <p><i>"a alimentação do utente" – G2E2</i></p>
	Risco de desenvolvimento de UPP	<p><i>"escala de braden: esta avaliação tem de ser feita" – G2E2</i></p> <p><i>"o risco de desenvolvimento de UPP" - G1E2</i></p>
	Superfícies de alívio de pressão	<i>"dispositivos e ajudas técnicas" - G1E2</i>
	Condições habitacionais	<p><i>"estrutura física da casa" – G1E1</i></p> <p><i>"condições de higiene e habitabilidade" - G1E3</i></p>
	História clínica	<i>"toda a história clínica do utente" - G2E1</i>
	Fatores de risco	<i>"co morbilidades ou patologias do utente" – G2E2</i>
Informação relativa à UPP	Avaliação integral da UPP	<p><i>"avaliação e categorização, que está dentro da avaliação" - G1E3</i></p> <p><i>"avaliação da úlcera em si, o seu tratamento e a evolução da ferida" – G2E1</i></p>
	Classificação da UPP	<i>"devíamos de registar a categorização da UPP" – G2E1</i>
	Tratamento instituído à UPP	<i>"devíamos de registar que tratamento fizemos à ferida; (...) isso (registo do tratamento) é importante" – G1E3</i>
Informação relativa ao PC	Cuidados prestados pelo PC	<p><i>"é importante registar também o tipo de apoio por parte do PC e que cuidados presta" - G2E2</i></p> <p><i>"é importante avaliar o papel do PC" – G1E2</i></p>
	Capacidade e conhecimento do PC para prevenir UPP	<p><i>"fazemos mais ensinios ao PC do que ao próprio utente, às vezes" – G1E2</i></p> <p><i>"prestamos mais atenção ao cuidador e à sua capacitação" – G2E2</i></p> <p><i>"a avaliação das capacidades do PC e os ensinios são feitos, não são é bem registados" – G2E1</i></p>
	Sobrecarga	<i>"avaliar se o PC está cansado ou não, é muito importante" - G2E1</i>
	Apoios na comunidade	<i>"se há apoio ou não de outras instituições ao PC" – G2E2</i>

De acordo com o discurso dos participantes, relativamente aos “**Contributos dos registos de enfermagem e dos SIS’s**”, emergiram 3 categorias: promoção da qualidade dos cuidados, proteção legal dos enfermeiros e valorização profissional. A crescente e ampla utilização dos sistemas de informação tem sido valorizada e associada a inúmeras vantagens, pelo que a Ordem dos Enfermeiros (2007) sublinha os seus múltiplos contributos, realçando a sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade, qualidade e avaliação dos cuidados, para a gestão de recursos, para a formação e investigação.

A promoção da qualidade dos cuidados assume-se, para estes profissionais, como o principal contributo que estes sistemas apresentam, à semelhança do que defende Odekunle (2016), que sublinha o apoio que estes sistemas representam para os profissionais de saúde, minimizando erros clínicos, reduzindo custos na saúde e promovendo uma melhor coordenação e eficácia dos cuidados e, conseqüentemente, aumentando a qualidade dos mesmos.

Inerente a esta categoria, emergiram 3 subcategorias: *continuidade de cuidados*, *avaliação dos cuidados* e *gestão do serviço/cuidados*. Neste sentido, os enfermeiros destacam a importância extrema que os registos de enfermagem e SIS’s eficazes assumem na promoção da continuidade dos cuidados, (“os registos, sejam informáticos ou não, são uma forma de comunicação e de partilha de informação” - G1E2), evidenciando-se como um grande contributo para a promoção da qualidade dos cuidados. Esta promoção da comunicação e conseqüente continuidade dos cuidados assume, de facto, uma importância fulcral na qualidade dos cuidados prestados, de tal modo que melhorar a eficácia da comunicação foi uma das Metas Internacionais de Segurança do Doente estabelecidas pela Joint Commission International (2017). Apesar do evidente realce atribuído pelos participantes a este contributo, foram, ainda, identificadas outras vantagens destes sistemas, como a promoção da avaliação dos cuidados. Esta avaliação constante assume um papel fundamental na prevenção e de tratamento de UPP’s, permitindo identificar as necessidades e, nesse sentido, implementar intervenções ajustadas a cada situação em particular. Também Tareco & Fernandes (2016) sublinham a importância para promover a produção e monitorização de indicadores de qualidade.

A capacidade que os registos de enfermagem e os SIS’s apresentam para facilitar a gestão do serviço e dos cuidados a prestar, foi evidenciada como um contributo para potenciar a qualidade dos cuidados. Este aspeto é reforçado por Tareco & Fernandes (2016) na medida em que, ao disponibilizarem informações de forma rápida, fácil e segura, tornam os SIS’s numa útil ferramenta de apoio à gestão.

Paralelamente, também a proteção legal foi um aspeto consensual nos grupos de discussão, à semelhança do que defende a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 1), que realça a importância “dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação” para o registo dos cuidados prestados.

Além dos aspetos anteriores, realça-se a valorização profissional potenciada pelos registos e pelos sistemas de informação. Esta categoria, engloba a *avaliação de desempenho*, quando é referido que “*atualmente, também somos avaliados pelo tipo de registo que temos*” (G2E1) e a *produção de conhecimento científico* pois “*permite fazer estudos e analisar dados estatísticos*” (G2E2). Estas são vantagens já reconhecidas e associadas aos SIS’s, de tal forma que, de acordo com a Comissão Europeia (2016), grande parte dos países europeus já apresenta estratégias de medição do desempenho nos serviços de saúde. Villax (2015) reforça, também, a importância dos registos informáticos ao facilitarem e permitirem o apoio à investigação.

Na realização do grupo focal não se verificaram referências à capacidade para produção de indicadores de saúde que estes sistemas possuem, e que se tem assumido como um importante contributo. Tal como referem Nascimento et al. (2019, p. 965), “estes sistemas de informação, concretamente os sistemas de informação em enfermagem, têm como pressuposto que fossem extraídos dados que permitissem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, como consequência, um aumento da visibilidade dos cuidados, da valorização profissional e da monitorização da atividade”.

As UR’s que sustentam as categorias desta dimensão são apresentados no quadro 20.

Quadro 20: Contributos registos de enfermagem e dos SIS's: UR's

Categories	Subcategorias	UR's
Promoção da qualidade de cuidados	Continuidade de cuidados	<i>"promove o planeamento, orientação e continuidade dos cuidados"</i> – G1E1 <i>"os registos, sejam informáticos ou não, são uma forma de comunicação e de partilha de informação"</i> - G1E2
	Avaliação dos cuidados	<i>"permite avaliar melhor a evolução da úlcera em si, e mesmo do estado geral do utente"</i> - G2E1 <i>"permitem documentar as avaliações efetuadas e as intervenções efetuadas"</i> – G1E2
	Gestão do serviço / cuidados	<i>"teoricamente também deveria de facilitar a organização e gestão do nosso trabalho"</i> - G2E2
Proteção legal		<i>"serve para nossa salvaguarda e proteção; ficando lá a informação registada, acaba por nos dar uma certa proteção"</i> – G1E2 <i>"também, em termos legais, para justificar o nosso trabalho: é a imagem do nosso trabalho"</i> - G2E2
Valorização profissional	Avaliação do desempenho	<i>"atualmente, também somos avaliados pelo tipo de registo que temos"</i> – G2E1 <i>"quando faz parte da avaliação de desempenho, toda a gente regista, mesmo que não preste para nada"</i> – G2E2
	Produção de conhecimento científico	<i>"permite fazer estudos e analisar dados estatísticos"</i> – G2E2

Com base na experiência dos participantes neste contexto clínico, identificaram-se os principais **"Constrangimentos para elaboração de registos"**. Assim, de acordo com os discursos obtidos, os constrangimentos foram agrupados em três categorias: inerentes à prevenção, inerentes ao enfermeiro e ao serviço e inerentes ao SIS.

Relativamente aos constrangimentos inerentes à prevenção, emergiram quatro subcategorias: *falta de tempo para cuidados preventivos*, *desvalorização da vertente preventiva das UPP*, *gestão organizacional* e *responsabilização do PC*. Assim, tornou-se evidente que, na perceção destes enfermeiros, existe um insuficiente investimento ao nível dos cuidados preventivos e respetivos registos. Os participantes partilham a ideia de que a *desvalorização da vertente preventiva* das UPP's se assume como o fator mais relevante para esta situação: *"prevenção primária não é uma prioridade; existem outros indicadores prioritários que ocupam o nosso tempo"* – G1E1.

Também a *falta de tempo*, a *gestão organizacional* e a *crescente responsabilização do PC* contribuem, na opinião de alguns dos enfermeiros, para este desinvestimento. Estes dados vão de

encontro ao revelado por um estudo de Rodrigues & Soriano (2015), que, relativamente aos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de UPP's, identificou a falta de recursos humanos e materiais, a parca formação dos enfermeiros e a ausência de políticas preventivas das instituições como os principais fatores negativamente influenciadores.

No que diz respeito aos constrangimentos inerentes ao enfermeiro e ao serviço, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's, estes foram divididos por 5 subcategorias: *desvalorização dos registos, falta de tempo, falta de formação em SIS's, falta de conhecimentos sobre UPP's e falta de domínio do Sistema de Registos*. Esta informação vai de encontro à literatura existente, uma vez que são vários os estudos que apontam, a falta tempo, falta de recursos humanos e a falta de formação como os principais fatores justificativos (Muller-Sloof & McKenzie, 2017; Tareco & Fernandes, 2016; Ding, Lin & Gillespie, 2016; Braga, 2015; Narciso, Inácio & Carvalho, 2014). Outros autores referem, ainda, dificuldades em sensibilizar os profissionais para a problemática dos registos, que deveria ser entendida e assumida como parte integrante dos cuidados (Ding et al., 2016; Mota et al., 2014). Assim, facilmente se compreende a importância do envolvimento dos profissionais de saúde nos processos de implementação e melhoria dos SIS's, tal como preconizam Ahmadian et al. (2017) e Tareco & Fernandes (2016).

Relativamente aos constrangimentos inerentes ao SIS, foi outro dos aspetos abordados nestes grupos focais com uma participação mais ativa, por vários motivos, a seguir discriminados. Segundo um estudo elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2017), verifica-se uma insatisfação generalizada com o sistema de registos por parte desta classe profissional. Pelos discursos dos participantes, emergiram 5 subcategorias: *operacionalidade do SIS, desagregação da informação relativa à UPP, limitações no acesso aos dados registados, limitações no acesso aos resultados / indicadores e tempo exigido pelo sistema de registos*.

A equipa de enfermagem aponta a *operacionalidade do sistema operativo, a desagregação da informação relativa à UPP, as limitações no acesso aos dados registados anteriormente e o tempo que estes exigem* como os principais obstáculos para a realização de registos adequados e mais geradores de descontentamento. Estes fatores mencionados vão de encontro ao estudo realizado por Vieira (2018), segundo o qual a estrutura "pouco amigável" e pouco intuitiva do SClinico, com a necessidade de se realizarem inúmeros "passos", assim como a "lentidão na navegação", a rigidez e desadequação dos conteúdos parametrizados face a cada contexto clínico se assumem como condicionantes que originam um aumento do tempo necessário para a realização dos registos de enfermagem. A análise efetuada à perceção dos participantes acerca da funcionalidade deste sistema encontra concordância com o que defende Bailas (2016, p. 85), que afirma que "os utilizadores consideram que um sistema de informação é útil, quando a informação é relevante para os seus propósitos e quando precisam de despende menos tempo e esforço para extrair a informação que necessitam".

Além destes, também as *limitações no acesso aos resultados/indicadores* foi outro dos constrangimentos mencionados, embora com menor ênfase que os anteriores. A documentação eletrônica dos cuidados assume-se como um aspeto fundamental para a definição e produção de indicadores em saúde, percebendo-se, desta forma, o crescente interesse pela temática (Pouloudi et al., 2016; Alvarenga et al.; 2015; OCDE, 2013).

Neste sentido, como sugestões para uma maior rentabilização do tempo e, conseqüentemente, maior motivação dos profissionais, estes enfermeiros apontam para uma simplificação do sistema operativo, tornando-o mais rápido e intuitivo, à semelhança do que demonstrou um estudo elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2017). Espera-se, com a aprovação e utilização da Ontologia de Enfermagem, seja “possível desenvolver softwares mais intuitivos e amigáveis que permitam diminuir o tempo dedicado aos registos, melhorando de forma significativa a qualidade da informação” e, desta forma, apoiem os enfermeiros na tomada de decisão, baseada em evidência científica atual (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.1).

As respetivas UR’s associadas a esta dimensão são apresentadas no quadro 21.

Quadro 21: Constrangimentos para elaboração de registos: UR’s

Categorias	Subcategorias	UR’s
Inerentes à prevenção	Falta de tempo para cuidados preventivos	<p><i>“prevenção primária não é uma prioridade; existem outros indicadores prioritários que ocupam o nosso tempo” – G1E1</i></p> <p><i>“talvez por falta de tempo” – G1E2</i></p>
	Desvalorização da vertente preventiva das UPP	<p><i>“valorizamos mais a parte curativa que a preventiva” – G1E2</i></p> <p><i>“os próprios utentes e familiares não compreendem nem aceitam muito bem, porque não percebem essa necessidade, ao contrário da parte curativa” – G2E1</i></p>
	Gestão organizacional	<p><i>“talvez também haja uma má organização da equipa” – G1E1</i></p> <p><i>“andamos mais vezes atrás dos indicadores exigidos; se houvesse um indicador a pedir isso...” – G2E2</i></p>
	Responsabilização do PC	<p><i>“responsabilizamos mais o cuidador” – G1E3</i></p> <p><i>“em famílias capacitadas e autónomas, não se justifica o tempo investido a família sabe que estamos cá quando precisam de nós” – G2E2</i></p>
	Desvalorização dos registos	<i>“sei que os registos são importantes, mas o fundamental continua a ser a prestação direta de cuidados” – G1E3</i>

Inerentes ao enfermeiro/serviço		<p><i>“preocupa-me a saúde do utente; se está registado ou não, não me preocupa tanto” – G2E2</i></p> <p><i>“nós desvalorizamos um bocado os registos porque achamos que o sistema não nos traz muitos ganhos” – G1E2</i></p>
	Falta de tempo	<p><i>“para atender toda a gente, temos que descurar alguma coisa, nomeadamente nos registos” – G1E1</i></p> <p><i>“outras vezes, (não registo) porque não tenho tempo -G2E2</i></p>
	Falta de formação em SIS's	<p><i>“também era necessária mais formação em registos de enfermagem” – G1E2</i></p> <p><i>“a nossa formação não acompanhou essa evolução (tecnológica); é necessária motivação e formação” – G2E2</i></p> <p><i>“é necessária formação para tirarmos partido do que esses sistemas nos podem dar” – G2E2</i></p>
	Conhecimentos sobre UPP's	<p><i>“eu, às vezes, confesso que fico com dúvida na categorização” – G1E2</i></p> <p><i>“quando vejo a primeira vez (ruborização não branqueável), ponho sempre como maceração” – G2E1</i></p>
	Domínio do Sistema de Registos	<p><i>“prestamos muitos cuidados que não sabemos sequer onde registar nem onde procurar” – G1E3</i></p> <p><i>“o sistema, se calhar, até permite muita coisa; eu é que não sei chegar lá” – G1E3</i></p> <p><i>“também temos limitações informáticas inerentes à idade de cada um de nós” – G2E1</i></p>
Inerentes ao SIS	Operacionalidade do SIS	<p><i>“o sistema não é prático: nem como se faz, nem para obter os dados” – G1E3</i></p> <p><i>“pouco intuitivos, rápidos e práticos e bastante cansativos” – G1E2</i></p>
	Desagregação da informação relativa à UPP	<p><i>“devíamos de ter uma página onde lá estivesse tudo” – G1E3</i></p> <p><i>“ter um campo só, igual para todos os enfermeiros, com todos os pontos chave a registar” – G1E1</i></p> <p><i>“abrirmos um campo só e termos lá toda a informação e os itens a registar” - G2E2</i></p>
	Limitações no acesso aos dados registados anteriormente	<p><i>“simplificar o registo e, sobretudo, torná-lo mais facilitador de ver os registos anteriores” – G2E2</i></p> <p><i>“os registos seriam importantes, mas as limitações no acesso à informação registada não permitem ter ganhos evidentes imediatos” – G1E2”</i></p>
	Limitações no acesso aos resultados / indicadores	<p><i>“é muito difícil de consultar a informação registada e extrair resultados” - G1E3</i></p>
	Tempo exigido pelo sistema de registos	<p><i>“se quisermos fazer um registo completo, não fazemos mais nada” – G2E2</i></p> <p><i>“o registo tem que ser mais simples, de forma a exigir menos tempo que a prestação de cuidados em si” - G1E3</i></p>

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Ao longo deste capítulo, com base nos objetivos definidos, serão apresentadas as conclusões que emergiram da análise efetuada aos resultados obtidos com este estudo de investigação, as limitações identificadas, bem como as implicações para a prática clínica.

Os registos efetuados pelos EF's que foram analisados no presente estudo, permitiram caracterizar os doentes com risco e com UPP que são alvo de cuidados nesta USF, bem como perceber o tipo de informação registada no sistema. Trata-se de utentes dependentes com uma média de idades de cerca de 80 anos, com maior prevalência do sexo feminino e de baixa escolaridade. Clinicamente, os utentes apresentam, maioritariamente, um nível de dependência grave e multi morbilidades associadas, destacando-se as patologias do foro circulatório, musculoesquelético, endócrino, metabólico e nutricional. Relativamente ao risco de desenvolvimento de UPP's, pouco mais de metade apresentava "alto risco". A taxa de prevalência no final de 2019 foi de 4,5% e a taxa de incidência para o mesmo ano foi de 11,6%. Em utentes com UPP, foi identificada uma média de 2,77 UPP's/utente, prevalecendo a categoria II e localizadas, essencialmente, na região sagrada, trocânteres e calcâneos.

O estudo efetuado revelou que os enfermeiros demonstram conhecimentos alusivos à prevenção e tratamento de UPP's (enumerando as principais variáveis a avaliar e registar), e compreendem a importância e os contributos dos seus registos e dos SIS's; verificou-se, no entanto, uma taxa de registos baixa, identificando-se alguns constrangimentos para a sua realização.

Apesar da imensa quantidade de registos efetuados pelos enfermeiros no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's, verificou-se que uma grande maioria destes utentes não apresentava um registo semestral do autocuidado, nem registos mensais do risco de desenvolvimento de UPP's. Quanto ao risco nutricional, a taxa de registos também demonstrou ser baixa. Relativamente aos PC's, em mais de metade destes, não existiam registos alusivos às avaliações dos seus conhecimentos e capacidades. Apesar deste défice patente ao nível dos registos, os enfermeiros demonstram conhecimentos alusivos à temática, destacando, como principais avaliações a implementar (e registar) as capacidades e conhecimentos do PC's, a dependência no autocuidado, o risco de desenvolvimento de UPP's e o risco nutricional (onde se evidenciou uma baixa taxa de registos). Este estudo revelou, também, algumas lacunas ao nível da prevenção de UPP's; estas lacunas ficaram evidentes na análise dos registos de enfermagem e, concomitantemente, através da análise do discurso dos enfermeiros, que demonstraram uma desvalorização (consciente) desta vertente preventiva, identificando a gestão organizacional e a falta de tempo como principais obstáculos. Também a crescente responsabilização do PC, que se vem assumindo como um importante parceiro neste âmbito, é apontada como um aspeto influenciador destes resultados. Destaca-se, contudo, a necessidade de aumentar a preocupação com a sua sobrecarga e o seu

bem-estar, devendo estes ser encarados, não apenas como parceiro de cuidados, mas também como alvo dos mesmos, uma vez que enfrentam um complexo cenário de transição que aumenta a sua vulnerabilidade.

No que diz respeito à documentação das UPP's, deverá haver uma maior preocupação com os registos de enfermagem, destacando-se a categorização das UPP's, o tratamento instituído e a monitorização da dor, inexistentes na grande maioria dos utentes. Tanto a categorização das UPP's, como os seus tratamentos, foram, no entanto, aspetos evidenciados pelos enfermeiros como a englobar nos registos de enfermagem. A avaliação inicial das UPP's (também enumerada pelos enfermeiros como parte integrante dos registos) encontrava-se registada em 70% dos casos, sendo efetuada com a periodicidade sugerida pela EPUAP et al. (2019).

Foi notória a consonância entre os itens que evidenciaram um maior défice de registos (como é o caso da avaliação nutricional, categorização das UPP's e tratamentos instituídos) e os mais destacados pelos participantes como itens a registar, o que permite considerar que, efetivamente, demonstram consciência dos aspetos a melhorar. É, aliás, consensual, entre os diversos enfermeiros de família, que “os cuidados são prestados, não são é registados”.

Os enfermeiros demonstram compreender a importância dos registos de enfermagem e dos SIS's, identificando, como principais contributos destes, a promoção da qualidade dos cuidados, a proteção legal e a valorização profissional. Considera-se, contudo, importante sublinhar que a capacidade de produção de indicadores clínicos que os registos informáticos e os SIS's apresentam, não foram vantagens enumeradas por nenhum dos elementos, o que não seria expectável para enfermeiros em funções numa USF modelo B.

Relativamente aos constrangimentos para a sua realização, destacam-se os constrangimentos inerentes ao enfermeiro e ao serviço, e aqueles inerentes ao próprio SIS's. No que diz respeito aos enfermeiros, ficou patente uma consciente desvalorização dos registos e falta de sensibilização; paralelamente, é também reconhecido um défice de conhecimentos e domínio do sistema de registos em utilização, sendo que a falta de formação nesta área é um aspeto identificado como um dos principais obstáculos. Relativamente ao sistema de informação vigente na USF, denota-se uma certa insatisfação com a sua operacionalidade (pouco prática e intuitiva) e com as limitações no acesso aos dados registados; o tempo exigido para os registos é, para estes enfermeiros, excessivo, especialmente quando o próprio sistema limita as suas potenciais vantagens, restringindo o acesso à informação e, conseqüentemente, hipotecando a continuidade dos cuidados.

Como sugestões de melhoria, apontam uma simplificação dos registos com uma agregação de toda a informação relativa à UPP, o que poderia simplificar o raciocínio e o próprio registo, além de diminuir o tempo despendido para o mesmo. Concomitantemente, consideram fundamental facilitar o acesso aos registos anteriores, bem como uma maior aposta na formação contínua e sensibilização para os registos de enfermagem, potenciando, desta forma, todo este processo.

Limitações do estudo

Para a realização deste estudo, grande parte da colheita de dados foi efetuada manualmente e de forma individualizada para cada utente. A identificação de utentes por grau de dependência, nível de risco de desenvolvimento de UPP, em risco de desnutrição ou mesmo com UPP ativa, assim como as taxas de prevalência e incidência de UPP's, entre outros, não é permitida por este sistema, assumindo-se, neste sentido, como uma limitação deste SIS. Este fator assume-se, por si só, como um resultado e uma limitação deste estudo. A capacidade para produzir indicadores e extrair relatórios potencia a investigação, evidencia os ganhos em saúde e aumenta a visibilidade da enfermagem. Estas são vantagens fortemente associados a estes sistemas e, com o decorrer deste estudo, apesar de toda a evolução tecnológica que se tem sentido, ficou patente a capacidade redutora deste sistema neste contexto, devendo ser atualizada e melhorada.

A situação pandémica vivenciada forçou algumas decisões metodológicas no decurso do estudo, destacando-se a divisão do grupo focal em dois; considera-se, contudo, que a realização de apenas um grupo focal, com toda a equipa envolvida conjuntamente, poderia ter sido indutora de uma maior reflexão e discussão intra equipa, relativamente aos aspetos abordados.

Implicações para a prática profissional

Com este trabalho e respetivos resultados pretende-se contribuir para o constante desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, potenciando oportunidades e experiências de aprendizagem e, conseqüentemente, promovendo a visibilidade da família como um agente dinâmico e de importância fundamental na promoção da saúde de cada um dos seus elementos. Neste sentido, pretende-se divulgar os resultados obtidos pela USF e ACeS onde o trabalho foi desenvolvido, despertando, também, o interesse e sensibilização dos seus profissionais para esta temática. Também com o intuito de sensibilizar a comunidade científica para esta problemática, este estudo foi apresentado no evento “V Conferência Internacional de Investigação em Saúde: das tecnologias à disseminação em saúde”, no dia 9 de Abril de 2021.

Após a análise dos registos de enfermagem e a realização do grupo focal, foi, também, durante a realização do estágio clínico, efetuado um trabalho de sensibilização e formação dos enfermeiros de família desta USF, procurando minimizar e corrigir as principais lacunas identificadas com o mesmo.

Paralelamente, o trabalho será, também, partilhado, com os SPMS, sugerindo-se uma maior aposta na formação dos enfermeiros, principalmente quando existem atualizações dos sistemas em

utilização, potenciando, desta forma, a sua utilização e respetivas vantagens. Espera-se, ainda, que o trabalho desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros para que as empresas de desenvolvimento de software, nomeadamente os SPMS, utilizem a Ontologia de Enfermagem no backend dos seus sistemas, contribua para melhoria dos mesmos e das suas funcionalidades.

De forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido e colaborar na atualização deste sistema informático, pretende-se, com base nos resultados obtidos, efetuar um protótipo de “formulário de registos”, com uma agregação de toda a informação a registar (alusiva à temática), facilitando, desta forma, os registos de enfermagem, rentabilizando tempo e custos, e que será, também, partilhada com os SPMS.

Os SIS's assumem-se como importantes ferramentas ao dispor dos enfermeiros, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados prestados, potenciando a visibilidade dos mesmos e promovendo uma gestão, formação e investigação mais eficaz. Neste sentido, colaborar numa constante atualização destes sistemas e adequação a cada contexto clínico assume-se com um dever dos enfermeiros. Desta forma, pretende-se que o trabalho desenvolvido constitua um pequeno contributo nesta área, estimulando a implementação de medidas corretivas e, conseqüentemente, potenciando as suas vantagens.

A análise dos dados demonstrou que as limitações informáticas eram mais evidentes nos participantes com faixa etária mais elevada. Desta forma, seria interessante avaliar se as aptidões informáticas variam, efetivamente, consoante a idade, encontrando-se mais consolidadas nos mais jovens, tal como parece ocorrer neste trabalho.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Ao longo deste relatório reflexivo, procurou-se evidenciar o trabalho desenvolvido na USF Fiães, bem como analisar, de forma crítico-reflexiva, as competências desenvolvidas durante a realização deste ensino clínico, pelo que se considera que os objetivos do mesmo foram atingidos. Paralelamente, serviu, também, para apresentar o trabalho de investigação desenvolvido ao longo deste período, que objetivava analisar os registos de enfermagem informatizados de uma USF relativos à prevenção e tratamento de UPP's e o significado que lhes é atribuídos pelos EF's.

Prestar cuidados especializados a utentes dependentes implica, obrigatoriamente, assumir as suas famílias como parceiros e alvos destes mesmo cuidados, reconhecendo as necessidades, dificuldades e capacidades destas. O trabalho de proximidade desenvolvido com estas famílias durante este período formativo, ocorrendo em contexto domiciliário, tornou, ainda mais evidente, que a complexidade e dinâmicas destas constituem um desafio para o EF. Conhecer e compreender as particularidades de cada uma das famílias, identificando os seus recursos, potencia a qualidade dos cuidados prestados pelo EF, auxiliando as mesmas para que os momentos de crise e situações de transição se revelem potenciadores do crescimento, união e gratificação familiar.

O crescimento e desenvolvimento profissional deve ter, como pilares fundamentais, a formação, investigação e divulgação das boas práticas profissionais. Foi, com base nesta premissa que este longo período formativo foi encarado. Atendendo a que o risco de desenvolvimento da UPP é multifatorial e a prestação de cuidados a estes utentes é um processo integral e sistémico, deve-se priorizar uma abordagem multidisciplinar e contínua, onde o enfermeiro de família apresenta um papel extremamente relevante em contexto domiciliário. Os SIS's assumem-se como importantes ferramentas neste sentido, promovendo a partilha de informação e a continuidade dos cuidados. Paralelamente, têm, ainda, a capacidade de produzir indicadores de saúde e, conseqüentemente, aumentar a visibilidade da enfermagem de saúde familiar, potenciando, ainda a formação e investigação em saúde. Assim, espera-se que o trabalho desenvolvido contribua, também, para o enriquecimento e formação dos profissionais de saúde, evidenciando a família como um foco de atenção, com especificidades e estádios de desenvolvimento próprios, e que exigem uma prática de cuidados em parceria com estas e adaptada às suas características e contextos.

Este estágio revelou-se, inquestionavelmente, um importante momento de crescimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e competências, mais especificamente no âmbito da enfermagem de saúde familiar e da prevenção e tratamento de UPP's em utentes dependentes, contribuindo, ainda, para despertar o interesse pela investigação e produção de conhecimento científico. O desenvolvimento do trabalho de investigação assumiu-se como uma oportunidade de aprendizagem desafiante, difícil e gratificante; estimulou, continuamente, um raciocínio crítico, auto avaliativo e, conseqüentemente, reflexivo, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Concomitantemente, foi revestido de dificuldades e

obstáculos que se vieram a revelar, também, como momentos de aprendizagem. Este estágio realizou-se em circunstâncias muito particulares, fruto da pandemia por SARS-COV-2, com as respetivas condicionantes associadas, pelo que deve ser mencionado neste relatório. Também a duração do estágio se assume como uma limitação que merece ser sublinhada. Todo o acompanhamento familiar, com constantes e contínuas avaliações e consequentes intervenções, se assume como um processo evolutivo demorado. Os objetivos foram definidos tendo em consideração a duração do estágio; no entanto, é evidente que um acompanhamento contínuo das famílias exigiria uma atuação mais prolongada. O facto deste estágio se realizar no meu local de trabalho permitiu minimizar esta limitação, uma vez que todo o processo de estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com as famílias já estava previamente efetuado. Sem este, seria impossível atingir os objetivos de aprendizagem propostos, num espaço de tempo tão curto. Também o facto de conhecer a equipa e ter uma relação profissional de confiança com a tutora do estágio, permitiu-me iniciar este percurso já com alguma autonomia, incrementando e potenciando as oportunidades de aprendizagem. Em sentido contrário, este fator dificultou, por vezes, a diferenciação dos papéis estudante/profissional da USF, tanto de minha parte, como da restante equipa da USF. Considero, contudo, apesar destas dificuldades, que esta situação se revelou vantajosa para o meu desenvolvimento profissional.

A realização deste estágio estimulou, ainda, com base em novos conhecimentos, uma análise crítica de toda a minha atuação ao longo dos últimos anos como EF, o que, por si só, se revelou, bastante enriquecedor. Considero também importante mencionar neste relatório as limitações temporais (ou sobrecarga de trabalho) a que os EF's estão sujeitos na sua prática profissional diária; a aplicação das ferramentas ao dispor deste para a sistematização da avaliação familiar e o devido e atento acompanhamento destas famílias, serão, evidentemente, vantajosas e promotoras de ganhos em saúde, contudo, operacionalizá-las sem comprometer os restantes cuidados assumir-se-á, certamente, como uma dificuldade expectável. A disponibilidade de tempo para cada utente e família é, ainda, parca da considerada ideal e necessária.

Como sugestão, considera-se que seria enriquecedor a divulgação dos resultados obtidos com o trabalho de investigação a todos os enfermeiros da USF Fiães, estimulando, também nestes, um raciocínio crítico-reflexivo. Concomitantemente, poderá ser apresentada, a estes, a implementação de um protocolo de atuação no âmbito da prevenção e tratamento de UPP's. Também a realização regular de grupos focais, alusivos a diversas temáticas, poderá ser uma importante estratégia a adotar por esta equipa, promovendo a reflexão conjunta dos diversos elementos que a compõem e potenciando, desta forma, o crescimento da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACeS Entre Douro e Vouga I. 2019. *Norma de Procedimentos de Enfermagem - Aplicação Da Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Santa Maria da Feira / Arouca.
- Agreda, J. Soldevilla, J. Torra Bou, J. Verdú Soriano, F. Martínez Cuervo, P. López Casanova, J. Rueda López, and J. Mayán Santos. 2006. "2nd National Study of Pressure Ulcer Prevalence in Spain, 2005. Epidemiology and Definitory Wound and Patient Variables." *Gerokomos* 17(3):154–72. doi: 10.4321/S1134-928X2006000300006.
- Aguiar, Elizabeth Souza Silva, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, Maria Helena Larcher Caliri, Marta Mirian Lopes Costa, and Simone Helena dos Santos Oliveira. 2012. "Avaliação Da Capacidade Funcional de Idosos Associada Ao Risco de Úlcera Por Pressão." *Acta Paul Enferm.* 25:94–100.
- Ahmadian, Leila, Nafise Dorosti, Reza Khajouei, and Sadrieh Hajesmaeel Gohari. 2017. "Challenges of Using Hospital Information Systems by Nurses: Comparing Academic and Non-Academic Hospitals." *Electronic Physician* 9(6):4625–30. doi: 10.19082/4625.
- Alvarenga, José da Paz Oliveira, Felipe Vieira Holanda Almeida, Humberto Hugo Nunes Andrade, Stella Costa Valdivino, Jamilton Alves Farias, and Wilma Dias de Fontes. 2015. "Auditoria Em Enfermagem: Análise Do Processo, Concepções E Expectativas." *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9755–62.
- Alves, Daniela Fernanda dos Santos, Angélica Olivetto de Almeida, Julianny Lino Gomes Silva, Flávia Inglezina Morais, Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas, and Neusa Maria Costa Alexandre. 2015. "Tradução e Adaptação Do Bates-Jensen Wound Assessment Tool Para Cultura Brasileira." *Texto e Contexto Enfermagem* 24(3):826–33. doi: 10.1590/0104-07072015001990014.
- Alves, Jorge Pereira Alves. 2014. "Feridas: Prevalência E Custos." Universidade Católica.
- Alves, Paulo, Filomena Mota, Paulo Ramos, and Lúcia Vales. 2013. "Epidemiologia Das Úlceras de Pressão: Interpretar Dados Epidemiológicos Como Indicador de Qualidade." *Servir*.
- Anon. 2007. *Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto Do Ministério Da Saúde*.
- Anon. 2014. *Decreto Lei Nº 149 de 5 de Agosto Do Ministério Da Saúde*.
- Antunes, Juliana, Patrícia Carvalho, Telma Freire, and Flávio Marques. 2015. "Registos de Enfermagem e Evolução Cicatricial de Feridas." *Journal of Aging and Innovation* 4(2):3–10.
- Araújo, Fátima, José Luís Pais Ribeiro, António Oliveira, and Cristina Pinto. 2007. "Validação Do Índice de Barthel Numa Amostra de Idosos Não Institucionalizados." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 25(2):59–66.
- Araújo, Isabel Maria Batista. 2010. "Cuidar Da Família Com Um Idoso Dependente: Formação Em Enfermagem." Universidade do Porto.

- Araújo, Isabel, Constança Paul, and Manuela Martins. 2010. "Cuidar No Paradigma Da Desinstitucionalização: A Sustentabilidade Do Idoso Dependente Na Família." *Revista de Enfermagem Referência* III Série(nº 2):45–53. doi: 10.12707/rri1013.
- Araújo, Isabel, Constança Paúl, and Manuela Martins. 2011. "Viver Com Mais Idade Em Contexto Familiar: Dependência No Auto Cuidado." *Revista Da Escola de Enfermagem* 45(4):869–75. doi: 10.1590/S0080-62342011000400011.
- Bailas, Carla Marisa Moutinho Oliveira. 2016. "Impacto Do Uso de Sistemas de Informação Informatizados Na Carga Global de Trabalho Dos Enfermeiros." Universidade do Porto.
- Bardin, Laurence. 2009. *Análise de Conteúdo*. edited by L. Edições 70. Lisboa.
- Baron, Miriam Viviane, Vitória Pereira Itaquy, Talia Guimarães dos Santos, Julia Braga da Silveira, Gabriela Teixeira Gelb, Fernanda Nerys, and Bartira Ercília Pinheiro da Costa. 2020. "Relação Entre Lesão Por Pressão e Estado Nutricional Em Pacientes Hospitalizados: Revisão de Literatura." *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo* 2(1):1–16. doi: 10.47149/pemo.v2i1.3581.
- Barría, R. Mauricio. 2014. "Implementing Evidence-Based Practice: A Challenge for the Nursing Practice." *Investigación y Educación En Enfermería* 32(2):191–93. doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a01.
- Batalha, Luís Manuel da Cunha. 2016. *Avaliação Da Dor: Manual de Estudo - Versão 1*. Coimbra.
- Baumgarten, Mona, David J. Margolis, A. Russell Localio, Sarah H. Kagan, Robert A. Lowe, Bruce Kinoshian, Stephanie B. Abuhl, William Kavesh, John H. Holmes, Althea Ruffin, and Tesfa Mehari. 2008. "Extrinsic Risk Factors for Pressure Ulcers Early in the Hospital." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63(4):408–13. doi: 10.1038/jid.2014.371.
- Beauchamp, T. L., and J. F. Childress. 2002. *Princípios de Ética Biomédica*. edited by E. Loyola. São Paulo.
- Bouza, Eva, and Miriam Paula Espino. 2014. "Guía de Práctica Clínica Para El Cuidado de Personas Con Úlceras Por Presión o Con Riesgo de Padecerlas. Generalitat Valenciana, 2013." *HELCOS* 25(1):53–54.
- Braga, Patrícia. 2015. "Promoção Da Implementação Do Sistema De Informação CIPE/SClínico Na Unidade De Cuidados Intensivos Dr . Emílio Moreira Em Portalegre." Instituto Politécnico de Portalegre.
- Briggs, Michelle, Michelle Collinson, Lyn Wilson, Carly Rivers, Elizabeth McGinnis, Carol Dealey, Julia Brown, Susanne Coleman, Nikki Stubbs, Rebecca Stevenson, E. Andrea Nelson, and Jane Nixon. 2013. "The Prevalence of Pain at Pressure Areas and Pressure Ulcers in Hospitalised Patients." *BMC Nursing* 12(1). doi: 10.1186/1472-6955-12-19.
- Cabello-Granado, Pablo Antonio, and José Manuel Arévalo-Velasco. 2016. "Estimation of the Sanitary Cost of Bedsores (Pressure Sores) in Patients with Medullary Lesions." *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15(30):60–67. doi: 10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ecsu.

- Cai, Shubing, Momotazur Rahman, and Orna Intrator. 2013. "Obesity and Pressure Ulcers among Nursing Home Residents." *Med Care* 51(6):478–86. doi: 10.1038/jid.2014.371.
- Calasans, Maria Thais, Juliana B. Amaral, and Evanilda SS Carvalho. 2016. "Manejo Da Dor Nas Pessoas Com Feridas." P. 348 in *Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional*, edited by Atualiza Editora.
- Campanili, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino, Vera Lúcia Conceição De Gouveia Santos, Kelly Cristina Strazzieri-Pulido, Priscilla De Brito Mendes Thomaz, and Paula Cristina Nogueira. 2015. "Incidence of Pressure Ulcers in Cardiopulmonary Intensive Care Unit Patients." *Revista Da Escola de Enfermagem* 49(SpecialIssue):7–13. doi: 10.1590/S0080-623420150000700002.
- Cascão, Thamires Roberta Verol, Alexandra Schmitt Rasche, and Karina Chamma Di Piero. 2017. "Incidência e Fatores de Risco Para Lesão Por Pressão Em Unidade de Terapia Intensiva." *Revista Enfermagem Atual* 1–8.
- Chayamiti, Campos, Emília Maria Paulina, Larcher Caliri, and Maria Helena. 2010. "Úlcera Por Pressão Em Pacientes Sob Assistência Domiciliária."
- Coelho, Ana Débora, Marcos Lopes, Renata Melo, and Maria Castro. 2012. "O Idoso e a Úlcera Por Pressão Em Serviço de Atendimento Domiciliar TT - Elderly People and Ulcer Caused by Pressure at Home Care Service." *Rev. RENE* 13(3):639–49.
- Comissão Europeia. 2012. *Comunicação Da Comissão Ao Parlamento Europeu, Ao Conselho, Ao Comité Económico e Social Europeu e Ao Comité Das Regiões: Plano de Ação Para a Saúde Em Linha, 2012-2020 - Cuidados de Saúde Inovadores Para o Século XXI*. Bruxelas.
- Comissão Europeia. 2016. *So What?: Strategies across Europe to Assess Quality of Care: Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. Bruxelas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, and Ordem dos Enfermeiros. 2016. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2015*. Genebra.
- Correia, Filipe, and Paulo Dias. 2012. "Avaliação Nutricional Em Idosos Dependentes: Escalas de Rastreio Nutricional. Journal of Tissue Regeneration and Healing - Revista Da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 32–37." *Journal of Tissue Regeneration and Healing / APTFeridas 2012* 32–37.
- Costa, Bruna Resende. 2016. *A Utilização Da Escala de Braden Na Assistência de Enfermagem Ao Idoso Propenso Ao Risco de Úlcera Por Pressão*.
- Costa, Nilza, and Margarida Abreu. 2017. *Formação de Profissionais Para Melhorar a Qualidade Da Intervenção Dos Cuidadores Informais*. 1ª edição. edited by UA Editora. Aveiro.
- Cruz, Dulce Menezes da. 2015. "Do Risco Ao Desenvolvimento de Úlceras Por Pressão : A Realidade de Um Serviço de Medicina." Universidade de Coimbra.
- Cruz, Ronny Anderson de Oliveira, Anna Matisse Lavor Ferreira, and Patrícia da Cruz Araruna Oliveira. 2016. "AVALIAÇÃO DA DOR NO PROCESSO DE CUIDAR EM FERIDAS COMPLEXAS." *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* -

- BJSCR 16(3):141–45.
- DGS. 2003. “A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor.” *Circular Normativa Nº 09/DGCG*.
- DGS. 2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. 017/2011.
- DGS. 2014. “PORTUGAL - Alimentação Saudável Em Números – 2014.” *Programa Nacional Para a Promoção de Alimentação Saudável* 1–82.
- DGS. 2019. *Rastreio Nutricional: Documento de Apoio à Implementação Da Avaliação Do Risco Nutricional*. Lisboa.
- Ding, S., F. Lin, and B. M. Gillespie. 2016. “Surgical Wound Assessment and Documentation of Nurses: An Integrative Review.” *Journal of Wound Care* 25(5):232–40. doi: 10.12968/jowc.2016.25.5.232.
- Dopierala, L., MT Szewczyk, K. Cierzniakowska, J. Cwajda, A. Popow, and M. Wyrzykowska. 2007. “Level of Preparation for Preventive Procedures and Pressure Ulcer Treatment in Health Care Units from the Kujawsko-Pomorski Region.” *Adv Med Sci*. Vol. 52(Suppl. 1):81–84.
- EPUAP, NPUAP, and PPPIA. 2019. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*.
- ESPEN. 2015. “ESPEN GUIDELINES - Diagnostic Criteria for Malnutrition.” Pp. 1–19 in *ESPEN Congress Lisbon 2015*. Lisboa.
- Faustino, Susana. 2017. “A Saúde Dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária Na UCC de Vila Franca de Xira.” Universidade de Lisboa.
- Ferreira, Pedro, Cristina Miguéns, João Gouveia, and Kátia Furtado. 2007. *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional Da Escala de Braden*. edited by Lusodidacta. Loures.
- Figueiredo, M. 2009. “Enfermagem de Família: Um Contexto Do Cuidar.”
- Figueiredo, M. 2012. *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa Em Enfermagem de Família*. edited by E. L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. Loures.
- Figueiredo, M., and M. Martins. 2009. “Dos Contextos Da Prática à (Co)Construção Do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Família.” *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo* 43(3):612–18. doi: 10.1590/S0080-62342009000300017.
- Figueiredo, Maria Barbieri. 2011. “Enfermería de Familia En Portugal: Un Camino En Desarrollo.” *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIDEC* 4(2):45–48.
- Figueiredo, Maria Henriqueta de Jesus silva. 2009. “ENFERMAGEM DE FAMÍLIA : UM CONTEXTO DO CUIDAR.” Universidade do Porto.
- Fortin, Marie Fabienne. 2009. *Fundamentos e Etapas Do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.

- Fowler, Evonne, Suzy Scott-Williams, and James B. McGuire. 2008. "Practice Recommendations for Preventing Heel Pressure Ulcers." *Ostomy Wound Management* 54(10):42–57.
- Freitas, Jaqueline, and Luiz Alberti. 2013. "Application of the Braden Scale in the Home Setting: Incidence and Factors Associated with Pressure Ulcers." *ACTA Paulista de Enfermagem* 26(6):515–21. doi: 10.1590/S0103-21002013000600002.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2021. "PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo." Retrieved April 18, 2021 (<https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+nível+de+escolaridade+completo+mais+elevado-332-4538>).
- Gonçalves, Catarina. 2019. "Dificuldades Do Cuidador Informal Do Idoso Dependente." Instituto Politécnico da Guarda.
- Greatrex-White, Sheila, and Helen Moxey. 2015. "Wound Assessment Tools and Nurses' Needs: An Evaluation Study." *International Wound Journal* 12(3):293–301. doi: 10.1111/iwj.12100.
- Gunningberg, L., A. Hommel, C. Bååth, and Ewa Idvall. 2013. "The First National Pressure Ulcer Prevalence Survey in County Council and Municipality Settings in Sweden." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19(5):862–867.
- Hanson, S. 2005. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª. edited by E. L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. Loures.
- Henriques, Rafael José Simões. 2014. "Úlceras de Pressão Nos Idosos." Universidade de Coimbra.
- Imaginário, Cristina, Paulo Machado, Magda Rocha, Cristina Antunes, and Teresa Martins. 2017. "Atividades de Vida Diária Como Preditores Do Estado Cognitivo Em Idosos Institucionalizados." *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 18:37–43. doi: 10.19131/rpesm.0190.
- Instituto Nacional de Estatística. 2019. *Estatísticas Demográficas - 2018*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2020. "Statistics Portugal - Portal Do INE." Retrieved April 18, 2021 (https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001273&contexto=bd&selTab=tab2).
- Janaudis-Ferreira, Tânia, Marla K. Beauchamp, Priscila Games Robles, Ropger S. Goldstein, and Dina Brooks. 2014. "Mensuração de Atividades Da Vida Diária Em Pacientes Com DPOC : Uma Revisão Sistemática." *Chest* 145(2):253–71.
- Joint Commission International. 2017. "International Patients Safety Goals."
- Junkin, Joan, and Mikel Gray. 2009. "Are Pressure Redistribution Surfaces or Heel Protection Devices Effective for Preventing Heel Pressure Ulcers?" *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 36(6):602–8. doi: 10.1097 / WON.0b013e3181be282f.
- Kottner, J., and T. Dassen. 2008. "Interpreting Interrater Reliability Coefficients of the Braden Scale: A Discussion Pape." *Int J Nurs Stud* 45(8):1238–46. doi:

10.1016/j.ijnurstu.2007.08.001.

- Lahmann, Nils A., Ruud J. G. Halfens, and Theo Dassen. 2006. "Pressure Ulcers in German Nursing Homes and Acute Care Hospitals: Prevalence, Frequency and Ulcer Characteristics." *Ostomy Wound Management* 52(2):20–33.
- Laranjeira, Carlos A., and Sónia Loureiro. 2017. "Fatores de Risco Das Úlceras de Pressão Em Doentes Internados Num Hospital Português." *Revista de Salud Publica* 19(1):161–70. doi: 10.15446/rsap.v19n1.42251.
- Lopes, Carolina de Fátima Leitão. 2017. "Úlceras Por Pressão Em Unidades de Longa Duração e Manutenção." Instituto Politécnico de Bragança.
- Loureiro, Maria Helena Vieira Soares. 2008. "Validação Do 'Mini-Nutricional Assesment' Em Idosos." Universidade de Coimbra.
- Lourenço, Maria Clara Paula. 2016. "Avaliação Da Ferida Crónica." Universidade de Coimbra.
- Luz, Sheila Rampazzo, André Cleocir Lopacinski, Rogério Fraga, and Cícero de Andrade Urban. 2010. "Úlceras de Pressão." *Geriatrics & Gerontologia* 4(1):36–43.
- Lyder, Courtney H. 2003. "Pressure Ulcer Prevention and Management." *JAMA* 289(2):223–26. doi: 10.1001 / jama.289.2.223.
- Maia, Helena Maria Ramos Azevedo. 2012. "Tomar Conta de Pessoas Dependentes No Domicílio." Universidade Católica Portuguesa.
- Marques, José Miguel Nunes Duarte. 2015. "Adaptação Cultural e Validação Para a População Portuguesa de Um Instrumento de Monitorização de Feridas Crónicas - Escala RESVECH 2.0." Universidade Católica Portuguesa.
- Marques, Tatiana Raquel Latães. 2016. "Avaliação Nutricional de Idosos Dependentes Na Mobilidade Na USF Flor de Sal: O Papel Do Enfermeiro de Família." Universidade de Aveiro.
- Medrano, Juan Carlos Restrepo. 2010. "Instrumentos de Monitorización Clínica y Medida de La Cicatrización En Úlceras Por Presión (UPP) y Úlceras de La Extremidad Inferior (UEI): Desarrollo y Validación de Um Índice de Medida." Universidade de Alicante.
- Meleis, Afaf. 2010. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, AI, LM Sawyer, EO Im, DK Hilfinger-Messias, and K. Schumacher. 2000. "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory." *ANS Adv Nurs Sci* 23(1):12–28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mello, Thaís Vasconcelos, Tiago Batista da Costa Xavier, Ricardo Gaudio Almeida, Luciana Moisés Camilo, Leonardo Fonseca, Marcelo Torres Gonçalves, Hélia Pinheiro, and Maurício Santana. 2017. "Estratificação de Risco Para Desenvolvimento de Úlceras de Pressão e Sua Associação Com a Independência Funcional de Pacientes Hospitalizados." *ASSOBRAFIR Ciência* 8(1):31–41.
- Ministério da Saúde. 2012. *Papel Do Enfermeiro de Família Nos CSP - Pressupostos Para a Sua Implementação*.

- Ministério da Saúde. 2019. "Cuidador Informal." Retrieved (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>).
- Mota, Liliana, Filipe Pereira, and Paulino Sousa. 2014. "Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração Da Informação Partilhada Com Os Médicos." *Revista de Enfermagem Referência Serie IV*(Nº 1):85–91. doi: 10.12707/rrii12152.
- Muller-Sloof, Emmy, and Tracey McKenzie. 2017. "Meeting Report: The Triangle of Wound Assessment: Implementing a Simple and Structured Approach to Wound Management." *Wounds International* 8(3):34–39.
- Narciso, Magda, Renata Inácio, and Sónia Carvalho. 2014. "As Tecnologias Da Informação Na Gestão Em Cuidados de Enfermagem." *Journal of Aging and Innovation* 3(1):26–37.
- Nascimento, Tiago, Inês Frade, Susana Miguel, and Helena Presado. 2019. "Os Sistemas de Informação Em Enfermagem e Os Indicadores de Qualidade: Contributos e Desafios Para a Prática Clínica." *Atas CiaiQ 2019* 1:965–70.
- NPUAP, EPUAP, and PPIA. 2014. *Prevenção e Tratamento de Úlceras Por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. 2ª.
- OCDE. 2013. *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*. OCDE Publishing.
- Odekunle, Florence. 2016. "Current Roles and Applications of Electronic Health Record in the Healthcare System." *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 5(12):48–51.
- OMS. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Genebra.
- Ordem dos Enfermeiros. 2007. "Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios Básicos Da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico - Funcionais." *Ordem Dos Enfermeiros* 1–8.
- Ordem dos Enfermeiros. 2017. *Análise Dos Resultados Do Inquérito Sobre Sistemas de Informação Em Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. 2021. "Ordem Avança Para a Melhoria Dos Sistemas de Informação Em Enfermagem." Retrieved June 5, 2021 (<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>).
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico. 2019. *State of Health in the EU - Portugal - Perfil de Saúde Do País 2019*.
- Ortolan, Morgana Claudia Aparecida Bergamo, Maria de Lourdes Pessole Biondo-Simões, Eloina do Rocio Valenga Baroni, Luiz Augusto Auersvald, Mário Rodrigues Montemor Netto, and Rachel Biondo-Simões. 2013. "Influência Do Envelhecimento Na Qualidade Da Pele de Mulheres Brancas: O Papel Do Colagénio, Da Densidade de Material Elástico e Da Vascularização." *Revista Brasileira Plástica* 28(1):41–48.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., F. P. Garcia-Fernandez, I. M. Lopez-Medina, and C. Alvarez-Nieto. 2006. "Risk Assessment Scales for Pressure Ulcer Prevention: A Systematic

- Review." *J Adv Nurs* 54(1):94–110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x.
- Pancorbo-Hidalgo, Pedro L., Francisco P. García-Fernández, Joan-Enric Bou, José Verdú Soriano, and J. Javier Soldevilla-Agreda. 2014. "Epidemiología de Las Úlceras Por Presión En España En 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia." *Gerokomos* 25(4):162–70. doi: 10.4321/s1134-928x2014000400006.
- Pestana, Inês Nascimento. 2019. "Risco de Desnutrição Na Admissão Hospitalar: Estudo Comparativo Entre NRS-2002 e MNA." Universidade do Porto.
- Petronilho, Fernando, Filipe Pereira, and Abel Silva. 2017. "Evolução e Destino Das Pessoas Dependentes No Autocuidado: Estudo Longitudinal." *Revista Investigação Em Enfermagem*, 32–42.
- Pieper, Barbara. 2012. *Pressure Ulcers: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future*. 2nd ed. edited by National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Pouloudi, Nancy, Wendy Currie, and Edgar A. Whitley. 2016. "Entangled Stakeholder Roles and Perceptions in Health Information Systems: A Longitudinal Study of the UK NHS N3 Network." *Journal of the Association for Information Systems* 17(2):107–61.
- Quege, Geovana Eloisa, Maria Márcia Bachion, Ruy de Souza Lino Junior, Ana Beatriz Mori Lima, Priscila Santos Ferreira, Queilene Rosa Santos, and Fabiana Cristina Pimenta. 2008. "Comparison of the Activity of Fatty Essential Acids and Biomembrane in the Microbiota of Infected Chronic Wounds." *Revista Eletronica de Enfermagem*, 890–905.
- Quirino, Déborah Evelin Silva, Andréa Mathes Faustino, Renata Oliveira Freitas, Adriana Boreli Oliveira, and Isabely Vilanova Medved. 2014. "Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Úlcera Por Pressão Em Unidade de Internação Clínica." *Revista Estima* 12(4).
- Revilla-Ahumada, L., A. Rios-Álvarez, M. A. Prados-Quel, and P. Rodríguez-Navarro, J. L. Calvo-Tudela. 2020. "Factores Relacionados Con La Sobrecarga Que Intervienen Sobre La Salud, Las Actividades Económicas, Laborales y Sociales de Los Cuidadores Principales de Pacientes Crónicos." *Semergen* 46(5):297–305.
- Rocha, Ana Paula, and Manuela Dias. 2019. "Úlceras Por Pressão: Prevalência Em Contexto Domiciliário."
- Rodrigues, Alexandre Marques, and José Verdu Soriano. 2011. "Fatores Influenciadores Dos Cuidados de Enfermagem Domiciliários Na Prevenção de Úlceras Por Pressão." *Revista de Enfermagem Referência - III Série - n.º 5*, December, 55–63.
- Rodrigues, Alexandre, and José Verdú Soriano. 2015. "A Implicação Do Cuidador Familiar Na Prevenção Das Úlceras Por Pressão." *Revista Evidências*, 24–34.
- Rodrigues, Willian Tudisco, Clodis Boscaroli, and José Balloni. 2014. "A Utilização de Tecnologias de Informação Na Gestão Hospitalar Em Cascavel/PR." Pp. 357–77 in *Por Que GESITI? Gestão de Sistemas e Tecnologias da Informação em Hospitais*. Vol. 1, edited by M. da Saúde. Brasília.
- Santo, Patrícia Ferreira do Espírito, Sérgio Aguinaldo de Almeida, Maiko Moura Silveira, Geraldo Magela Salomé, and Lydia Masako Ferreira. 2013. "Uso Da Ferramenta

- Pressure Ulcer Scale for Healing Para Avaliar a Cicatrização de Úlcera Crônica de Perna.” *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 28(1):133–41. doi: 10.1590/s1983-51752013000100023.
- Santos, Flavia Pedro dos Anjos, Sonia Acioli, Vanda Palmarella Rodrigues, Juliana Costa Machado, Moema Santos Souza, and Tatiana Almeida Couto. 2016. “Práticas de Cuidado Da Enfermeira Na Estratégia Saúde Da Família.” *Revista Brasileira de Enfermagem* 69(6):1124–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.
- Santos, Vanda. 2004. *O Discurso Oficial Do Estado Sobre a Emigração Dos Anos 60 a 80 e Emigração Dos Anos 90 à Actualidade*. edited by ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME). Lisboa.
- Sardo, Pedro Miguel. 2016. “Pressure Ulcer (Risk) Assessment: Clinical Nursing Research.” Universidade do Porto.
- Scott-Thomas, Jeanette, Catherine Hayes, Jonathan Ling, Ann Fox, Ralph Boutflower, and Yitka Graham. 2017. “A Practical Guide to Systematic Wound Assessment to Meet the 2017–19.” *Journal of Community Nursing* 31(5):30–34.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. 2019. “SCLínico / Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH).” Retrieved (<https://www.spms.min-saude.pt/2019/01/sclinico-hospitalar/>).
- Silva, Ana Catarina Figueiredo. 2019. “Habilidades Do Cuidador Informal Para Cuidar Da Pessoa Dependente No Autocuidado.” Instituto Politécnico de Leiria.
- Silva, Ana Sofia. 2012. “Avaliação Da Condição de Saúde Dos Individuos Dependentes No Autocuidado Inseridos No Seio Das Familias Clássicas Co Concelho Do Porto.” Universidade Católica Portuguesa.
- Silvestre, Milene Cristina Chícharo. 2012. “Os Registos de Enfermagem: Um Olhar Sobre o Estado Real Da Saúde Das Pessoas?” *Sobre Determinantes Da Saúde* 1–47.
- Simões, Ana Lúcia, Pedro Lopes Ferreira, and Marília Dourado. 2018. “Medição Da Autonomia Em Atividades Da Vida Diária.” *Portuguese Journal of Public Health* 36(1):9–15. doi: 10.1159/000492139.
- Smith, Isabelle L., Sarah Brown, Elizabeth McGinnis, Michelle Briggs, Susanne Coleman, Carol Dealey, Delia Muir, E. Andrea Nelson, Rebecca Stevenson, Nikki Stubbs, Lyn Wilson, Julia M. Brown, and Jane Nixon. 2017. “Exploring the Role of Pain as an Early Predictor of Category 2 Pressure Ulcers: A Prospective Cohort Study.” *BMJ Open* 7(1):1–13. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013623.
- Souza, Nauã Rodrigues de, Daniela de Aquino Freire, Marcos Antonio de Oliveira Souza, Jessica Thamires da Silva Melo, Laísa de Veras dos Santos, and Magaly Bushatsky. 2017. “Fatores Predisponentes Para o Desenvolvimento Da Lesão Por Pressão Em Pacientes Idosos: Uma Revisão Integrativa.” *Revista Estima* 15(4):229–39. doi: 10.5327/z1806-3144201700040007.
- Strazzieri-Pulido, Kelly Cristina, Giovana Ribau Picolo Peres, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino Campanili, and Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos. 2015. “Prevalência de Lesão Por Fricção e Fatores Associados: Revisão Sistemática.” *Revista Da Escola de Enfermagem* 49(4):668–74. doi: 10.1590/S0080-623420150000400019.

- Tareco, Eugénia, and Sílvia Fernandes. 2016. "Sistemas de Informação Como Indicador de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem. Uma Revisão Da Literatura." *Investigação Qualitativa Em Saúde* 2:297–306.
- The Boston Consulting Group. 2016. *Um Novo Modelo de Acesso à Inovação Em Saúde Baseado Em Resultados*.
- Trindade, Irene, Diogo Almeida, Margarida Romão, Sara Rocha, Sofia Fernandes, Vasco Varela, and Márcia Braga. 2017. "Caracterização Do Grau de Sobrecarga Dos Cuidadores de Utentes Dependentes Da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas." *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 178–86.
- Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, and Instituto Politécnico de Bragança. 2020. *Guia Orientador - Estágio*.
- Vanderwee, K., M. Clark, C. Dealey, L. Gunningberg, and T. Defloor. 2007. "Pressure Ulcer Prevalence in Europe: A Pilot Study." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13(2):227–35.
- Vanderwee, K., T. Defloor, D. Beeckman, L. Demarre, S. Verhaeghe, T. Van Durme, and M. Gobert. 2011. "Assessing the Adequacy of Pressure Ulcer Prevention in Hospitals: A Nationwide Prevalence Survey." *BMJ Qual Saf* 20(3):260–67. doi: 10.1136/bmjqs.2010.043125.
- Vieira, Catarina, Clara Cação, Cláudia Neves, Diana Costa, and Inês Santarém. 2014. "A Qualidade Dos Cuidados Na Prevenção, Monitorização e Registo de Úlceras de Pressão No CHMT." 1–59.
- Vieira, Chrystiany Plácido de Brito, Mirtes Sousa Sá, Maria Zélia De Araújo Madeira, and Maria Helena Barros Araújo Luz. 2014. "Caracterização e Fatores de Risco Para Úlceras Por Pressão Na Pessoa Idosa Hospitalizada." *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste* 15(4):650–58. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400012.
- Vieira, Susana Maria da Cunha. 2018. "Utilização e Evolução Dos Sistemas de Informação Em Enfermagem: Influência Na Tomada de Decisão e Na Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem." Universidade do Minho.
- Villax, P. 2015. *Aproveitar o Conhecimento, a Tecnologia e a Inovação: O Registo de Saúde Eletrónico*. Vol. 4. Lisboa: Fundação Calosute Gulbenkian.
- Waidman, Maria Angélica Pagliarini, Sheila Cristina Rocha, Juliana Landi Correa, Adriano Brischiliari, and Sonia Silva Marcon. 2011. "O Cotidiano Do Indivíduo Com Ferida Crônica e Sua Saúde Mental." *Texto e Contexto Enfermagem* 20(4):691–99. doi: 10.1590/s0104-07072011000400007.
- WHO. 2000. "The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum." (January 2000).
- Yashchuk, Sava. 2019. "Estratégias Na Prevenção de Úlceras Por Pressão : Revisão Integrativa Da Literatura." Universidade do Porto.
- ACeS Entre Douro e Vouga I. 2019. *Norma de Procedimentos de Enfermagem - Aplicação Da Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Santa Maria da Feira / Arouca.

- Agreda, J. Soldevilla, J. Torra Bou, J. Verdú Soriano, F. Martínez Cuervo, P. López Casanova, J. Rueda López, and J. Mayán Santos. 2006. "2nd National Study of Pressure Ulcer Prevalence in Spain, 2005. Epidemiology and Definitory Wound and Patient Variables." *Gerokomos* 17(3):154–72. doi: 10.4321/S1134-928X2006000300006.
- Aguiar, Elizabeth Souza Silva, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, Maria Helena Larcher Caliri, Marta Mirian Lopes Costa, and Simone Helena dos Santos Oliveira. 2012. "Avaliação Da Capacidade Funcional de Idosos Associada Ao Risco de Úlcera Por Pressão." *Acta Paul Enferm.* 25:94–100.
- Ahmadian, Leila, Nafise Dorosti, Reza Khajouei, and Sadrieh Hajesmaeel Gohari. 2017. "Challenges of Using Hospital Information Systems by Nurses: Comparing Academic and Non-Academic Hospitals." *Electronic Physician* 9(6):4625–30. doi: 10.19082/4625.
- Alvarenga, José da Paz Oliveira, Felipe Vieira Holanda Almeida, Humberto Hugo Nunes Andrade, Stella Costa Valdivino, Jamilton Alves Farias, and Wilma Dias de Fontes. 2015. "Auditoria Em Enfermagem: Análise Do Processo, Concepções E Expectativas." *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9755–62.
- Alves, Daniela Fernanda dos Santos, Angélica Olivetto de Almeida, Juliany Lino Gomes Silva, Flávia Inglezina Moraes, Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas, and Neusa Maria Costa Alexandre. 2015. "Tradução e Adaptação Do Bates-Jensen Wound Assessment Tool Para Cultura Brasileira." *Texto e Contexto Enfermagem* 24(3):826–33. doi: 10.1590/0104-07072015001990014.
- Alves, Jorge Pereira Alves. 2014. "Feridas: Prevalência E Custos." Universidade Católica.
- Alves, Paulo, Filomena Mota, Paulo Ramos, and Lúcia Vales. 2013. "Epidemiologia Das Úlceras de Pressão: Interpretar Dados Epidemiológicos Como Indicador de Qualidade." *Servir*.
- Anon. 2007. *Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto Do Ministério Da Saúde*.
- Anon. 2014. *Decreto Lei Nº 149 de 5 de Agosto Do Ministério Da Saúde*.
- Antunes, Juliana, Patrícia Carvalho, Telma Freire, and Flávio Marques. 2015. "Registos de Enfermagem e Evolução Cicatricial de Feridas." *Journal of Aging and Innovation* 4(2):3–10.
- Araújo, Fátima, José Luís Pais Ribeiro, António Oliveira, and Cristina Pinto. 2007. "Validação Do Índice de Barthel Numa Amostra de Idosos Não Institucionalizados." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 25(2):59–66.
- Araújo, Isabel Maria Batista. 2010. "Cuidar Da Família Com Um Idoso Dependente: Formação Em Enfermagem." Universidade do Porto.
- Araújo, Isabel, Constança Paul, and Manuela Martins. 2010. "Cuidar No Paradigma Da Desinstitucionalização: A Sustentabilidade Do Idoso Dependente Na Família." *Revista de Enfermagem Referência* III Série(nº 2):45–53. doi: 10.12707/rrii1013.
- Araújo, Isabel, Constança Paúl, and Manuela Martins. 2011. "Viver Com Mais Idade Em Contexto Familiar: Dependência No Auto Cuidado." *Revista Da Escola de Enfermagem* 45(4):869–75. doi: 10.1590/S0080-62342011000400011.

- Bailas, Carla Marisa Moutinho Oliveira. 2016. "Impacto Do Uso de Sistemas de Informação Informatizados Na Carga Global de Trabalho Dos Enfermeiros." Universidade do Porto.
- Bardin, Laurence. 2009. *Análise de Conteúdo*. edited by L. Edições 70. Lisboa.
- Baron, Miriam Viviane, Vitória Pereira Itaquy, Talia Guimarães dos Santos, Julia Braga da Silveira, Gabriela Teixeira Gelb, Fernanda Nerys, and Bartira Ercília Pinheiro da Costa. 2020. "Relação Entre Lesão Por Pressão e Estado Nutricional Em Pacientes Hospitalizados: Revisão de Literatura." *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo* 2(1):1–16. doi: 10.47149/pemo.v2i1.3581.
- Barría, R. Mauricio. 2014. "Implementing Evidence-Based Practice: A Challenge for the Nursing Practice." *Investigación y Educación En Enfermería* 32(2):191–93. doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a01.
- Batalha, Luís Manuel da Cunha. 2016. *Avaliação Da Dor: Manual de Estudo - Versão 1*. Coimbra.
- Baumgarten, Mona, David J. Margolis, A. Russell Localio, Sarah H. Kagan, Robert A. Lowe, Bruce Kinoshian, Stephanie B. Abbuhl, William Kavesh, John H. Holmes, Althea Ruffin, and Tesfa Mehari. 2008. "Extrinsic Risk Factors for Pressure Ulcers Early in the Hospital." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63(4):408–13. doi: 10.1038/jid.2014.371.
- Beauchamp, T. L., and J. F. Childress. 2002. *Princípios de Ética Biomédica*. edited by E. Loyola. São Paulo.
- Bouza, Eva, and Miriam Paula Espino. 2014. "Guía de Práctica Clínica Para El Cuidado de Personas Con Úlceras Por Presión o Con Riesgo de Padecerlas. Generalitat Valenciana, 2013." *HELCOS* 25(1):53–54.
- Braga, Patrícia. 2015. "Promoção Da Implementação Do Sistema De Informação CIPE/SClínico Na Unidade De Cuidados Intensivos Dr . Emílio Moreira Em Portalegre." Instituto Politécnico de Portalegre.
- Briggs, Michelle, Michelle Collinson, Lyn Wilson, Carly Rivers, Elizabeth McGinnis, Carol Dealey, Julia Brown, Susanne Coleman, Nikki Stubbs, Rebecca Stevenson, E. Andrea Nelson, and Jane Nixon. 2013. "The Prevalence of Pain at Pressure Areas and Pressure Ulcers in Hospitalised Patients." *BMC Nursing* 12(1). doi: 10.1186/1472-6955-12-19.
- Cabello-Granado, Pablo Antonio, and José Manuel Arévalo-Velasco. 2016. "Estimation of the Sanitary Cost of Bedsores (Pressure Sores) in Patients with Medullary Lesions." *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15(30):60–67. doi: 10.11144/Javeriana.rgygs15-30.ecsu.
- Cai, Shubing, Momotazur Rahman, and Orna Intrator. 2013. "Obesity and Pressure Ulcers among Nursing Home Residents." *Med Care* 51(6):478–86. doi: 10.1038/jid.2014.371.
- Calasans, Maria Thais, Juliana B. Amaral, and Evanilda SS Carvalho. 2016. "Manejo Da Dor Nas Pessoas Com Feridas." P. 348 in *Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional*, edited by Atualiza Editora.

- Campanili, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino, Vera Lúcia Conceição De Gouveia Santos, Kelly Cristina Strazzieri-Pulido, Priscilla De Brito Mendes Thomaz, and Paula Cristina Nogueira. 2015. "Incidence of Pressure Ulcers in Cardiopulmonary Intensive Care Unit Patients." *Revista Da Escola de Enfermagem* 49(SpecialIssue):7–13. doi: 10.1590/S0080-623420150000700002.
- Cascão, Thamires Roberta Verol, Alexandra Schmitt Rasche, and Karina Chamma Di Piero. 2017. "Incidência e Fatores de Risco Para Lesão Por Pressão Em Unidade de Terapia Intensiva." *Revista Enfermagem Atual* 1–8.
- Chayamiti, Campos, Emília Maria Paulina, Larcher Caliri, and Maria Helena. 2010. "Úlcera Por Pressão Em Pacientes Sob Assistência Domiciliária."
- Coelho, Ana Débora, Marcos Lopes, Renata Melo, and Maria Castro. 2012. "O Idoso e a Úlcera Por Pressão Em Serviço de Atendimento Domiciliar TT - Elderly People and Ulcer Caused by Pressure at Home Care Service." *Rev. RENE* 13(3):639–49.
- Comissão Europeia. 2012. *Comunicação Da Comissão Ao Parlamento Europeu, Ao Conselho, Ao Comité Económico e Social Europeu e Ao Comité Das Regiões: Plano de Ação Para a Saúde Em Linha, 2012-2020 - Cuidados de Saúde Inovadores Para o Século XXI*. Bruxelas.
- Comissão Europeia. 2016. *So What?: Strategies across Europe to Assess Quality of Care: Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. Bruxelas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, and Ordem dos Enfermeiros. 2016. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2015*. Genebra.
- Correia, Filipe, and Paulo Dias. 2012. "Avaliação Nutricional Em Idosos Dependentes: Escalas de Rastreio Nutricional. Journal of Tissue Regeneration and Healing - Revista Da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 32–37." *Journal of Tissue Regeneration and Healing / APTFeridas 2012* 32–37.
- Costa, Bruna Resende. 2016. *A Utilização Da Escala de Braden Na Assistência de Enfermagem Ao Idoso Propenso Ao Risco de Úlcera Por Pressão*.
- Costa, Nilza, and Margarida Abreu. 2017. *Formação de Profissionais Para Melhorar a Qualidade Da Intervenção Dos Cuidadores Informais*. 1ª edição. edited by UA Editora. Aveiro.
- Cruz, Dulce Menezes da. 2015. "Do Risco Ao Desenvolvimento de Úlceras Por Pressão : A Realidade de Um Serviço de Medicina." Universidade de Coimbra.
- Cruz, Ronny Anderson de Oliveira, Anna Matisse Lavor Ferreira, and Patrícia da Cruz Araruna Oliveira. 2016. "AVALIAÇÃO DA DOR NO PROCESSO DE CUIDAR EM FERIDAS COMPLEXAS." *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR* 16(3):141–45.
- DGS. 2003. "A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor." *Circular Normativa Nº 09/DGCG*.
- DGS. 2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. 017/2011.
- DGS. 2014. "PORTUGAL - Alimentação Saudável Em Números – 2014." *Programa Nacional Para a Promoção de Alimentação Saudável* 1–82.

- DGS. 2019. *Rastreo Nutricional: Documento de Apoio à Implementação Da Avaliação Do Risco Nutricional*. Lisboa.
- Ding, S., F. Lin, and B. M. Gillespie. 2016. "Surgical Wound Assessment and Documentation of Nurses: An Integrative Review." *Journal of Wound Care* 25(5):232–40. doi: 10.12968/jowc.2016.25.5.232.
- Dopierala, L., MT Szewczyk, K. Cierzniakowska, J. Cwajda, A. Popow, and M. Wyrzykowska. 2007. "Level of Preparation for Preventive Procedures and Pressure Ulcer Treatment in Health Care Units from the Kujawsko-Pomorski Region." *Adv Med Sci*. Vol. 52(Suppl. 1):81–84.
- EPUAP, NPUAP, and PPPIA. 2019. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*.
- ESPEN. 2015. "ESPEN GUIDELINES - Diagnostic Criteria for Malnutrition." Pp. 1–19 in *ESPEN Congress Lisbon 2015*. Lisboa.
- Faustino, Susana. 2017. "A Saúde Dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária Na UCC de Vila Franca de Xira." Universidade de Lisboa.
- Ferreira, Pedro, Cristina Miguéns, João Gouveia, and Kátia Furtado. 2007. *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional Da Escala de Braden*. edited by Lusodidacta. Loures.
- Figueiredo, M. 2009. "Enfermagem de Família: Um Contexto Do Cuidar."
- Figueiredo, M. 2012. *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa Em Enfermagem de Família*. edited by E. L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. Loures.
- Figueiredo, M., and M. Martins. 2009. "Dos Contextos Da Prática à (Co)Construção Do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Família." *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo* 43(3):612–18. doi: 10.1590/S0080-62342009000300017.
- Figueiredo, Maria Barbieri. 2011. "Enfermería de Familia En Portugal: Un Camino En Desarrollo." *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RlDEC* 4(2):45–48.
- Figueiredo, Maria Henriqueta de Jesus silva. 2009. "ENFERMAGEM DE FAMÍLIA : UM CONTEXTO DO CUIDAR." Universidade do Porto.
- Fortin, Marie Fabienne. 2009. *Fundamentos e Etapas Do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Fowler, Evonne, Suzy Scott-Williams, and James B. McGuire. 2008. "Practice Recommendations for Preventing Heel Pressure Ulcers." *Ostomy Wound Management* 54(10):42–57.
- Freitas, Jaqueline, and Luiz Alberti. 2013. "Application of the Braden Scale in the Home Setting: Incidence and Factors Associated with Pressure Ulcers." *ACTA Paulista de Enfermagem* 26(6):515–21. doi: 10.1590/S0103-21002013000600002.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2021. "PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo." Retrieved April 18, 2021

- (<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-332-4538>).
- Gonçalves, Catarina. 2019. "Dificuldades Do Cuidador Informal Do Idoso Dependente." Instituto Politécnico da Guarda.
- Greatrex-White, Sheila, and Helen Moxey. 2015. "Wound Assessment Tools and Nurses' Needs: An Evaluation Study." *International Wound Journal* 12(3):293–301. doi: 10.1111/iwj.12100.
- Gunningberg, L., A. Hommel, C. Bååth, and Ewa Idvall. 2013. "The First National Pressure Ulcer Prevalence Survey in County Council and Municipality Settings in Sweden." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19(5):862–867.
- Hanson, S. 2005. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª. edited by E. L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. Loures.
- Henriques, Rafael José Simões. 2014. "Úlceras de Pressão Nos Idosos." Universidade de Coimbra.
- Imaginário, Cristina, Paulo Machado, Magda Rocha, Cristina Antunes, and Teresa Martins. 2017. "Atividades de Vida Diária Como Preditores Do Estado Cognitivo Em Idosos Institucionalizados." *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 18:37–43. doi: 10.19131/rpesm.0190.
- Instituto Nacional de Estatística. 2019. *Estatísticas Demográficas - 2018*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2020. "Statistics Portugal - Portal Do INE." Retrieved April 18, 2021 (https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=001273&contexto=bd&selTab=tab2).
- Janaudis-Ferreira, Tânia, Marla K. Beauchamp, Priscila Games Robles, Ropger S. Goldstein, and Dina Brooks. 2014. "Mensuração de Atividades Da Vida Diária Em Pacientes Com DPOC : Uma Revisão Sistemática." *Chest* 145(2):253–71.
- Joint Commission International. 2017. "International Patients Safety Goals."
- Junkin, Joan, and Mikel Gray. 2009. "Are Pressure Redistribution Surfaces or Heel Protection Devices Effective for Preventing Heel Pressure Ulcers?" *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 36(6):602–8. doi: 10.1097 / WON.0b013e3181be282f.
- Kottner, J., and T. Dassen. 2008. "Interpreting Interrater Reliability Coefficients of the Braden Scale: A Discussion Paper." *Int J Nurs Stud* 45(8):1238–46. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.08.001.
- Lahmann, Nils A., Ruud J. G. Halfens, and Theo Dassen. 2006. "Pressure Ulcers in German Nursing Homes and Acute Care Hospitals: Prevalence, Frequency and Ulcer Characteristics." *Ostomy Wound Management* 52(2):20–33.
- Laranjeira, Carlos A., and Sónia Loureiro. 2017. "Fatores de Risco Das Úlceras de Pressão Em Doentes Internados Num Hospital Português." *Revista de Salud Publica* 19(1):161–70. doi: 10.15446/rsap.v19n1.42251.

- Lopes, Carolina de Fátima Leitão. 2017. "Úlceras Por Pressão Em Unidades de Longa Duração e Manutenção." Instituto Politécnico de Bragança.
- Loureiro, Maria Helena Vieira Soares. 2008. "Validação Do 'Mini-Nutricional Assesment' Em Idosos." Universidade de Coimbra.
- Lourenço, Maria Clara Paula. 2016. "Avaliação Da Ferida Crónica." Universidade de Coimbra.
- Luz, Sheila Rampazzo, André Cleocir Lopacinski, Rogério Fraga, and Cícero de Andrade Urban. 2010. "Úlceras de Pressão." *Geriatrics & Gerontologia* 4(1):36–43.
- Lyder, Courtney H. 2003. "Pressure Ulcer Prevention and Management." *JAMA* 289(2):223–26. doi: 10.1001 / jama.289.2.223.
- Maia, Helena Maria Ramos Azevedo. 2012. "Tomar Conta de Pessoas Dependentes No Domicílio." Universidade Católica Portuguesa.
- Marques, José Miguel Nunes Duarte. 2015. "Adaptação Cultural e Validação Para a População Portuguesa de Um Instrumento de Monitorização de Feridas Crónicas - Escala RESVECH 2.0." Universidade Católica Portuguesa.
- Marques, Tatiana Raquel Latães. 2016. "Avaliação Nutricional de Idosos Dependentes Na Mobilidade Na USF Flor de Sal: O Papel Do Enfermeiro de Família." Universidade de Aveiro.
- Medrano, Juan Carlos Restrepo. 2010. "Instrumentos de Monitorización Clínica y Medida de La Cicatrización En Úlceras Por Presión (UPP) y Úlceras de La Extremidad Inferior (UEI): Desarrollo y Validación de Um Índice de Medida." Universidade de Alicante.
- Meleis, Afaf. 2010. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, AI, LM Sawyer, EO Im, DK Hilfinger-Messias, and K. Schumacher. 2000. "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory." *ANS Adv Nurs Sci* 23(1):12–28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mello, Thaís Vasconcelos, Tiago Batista da Costa Xavier, Ricardo Gaudio Almeida, Luciana Moisés Camilo, Leonardo Fonseca, Marcelo Torres Gonçalves, Hélia Pinheiro, and Mauricio Santana. 2017. "Estratificação de Risco Para Desenvolvimento de Úlceras de Pressão e Sua Associação Com a Independência Funcional de Pacientes Hospitalizados." *ASSOBRAFIR Ciência* 8(1):31–41.
- Ministério da Saúde. 2012. *Papel Do Enfermeiro de Família Nos CSP - Pressupostos Para a Sua Implementação*.
- Ministério da Saúde. 2019. "Cuidador Informal." Retrieved (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>).
- Mota, Liliana, Filipe Pereira, and Paulino Sousa. 2014. "Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração Da Informação Partilhada Com Os Médicos." *Revista de Enfermagem Referência Serie IV(Nº 1)*:85–91. doi: 10.12707/rrii12152.
- Muller-Sloof, Emmy, and Tracey McKenzie. 2017. "Meeting Report: The Triangle of Wound Assessment: Implementing a Simple and Structured Approach to Wound

- Management.” *Wounds International* 8(3):34–39.
- Narciso, Magda, Renata Inácio, and Sónia Carvalho. 2014. “As Tecnologias Da Informação Na Gestão Em Cuidados de Enfermagem.” *Journal of Aging and Innovation* 3(1):26–37.
- Nascimento, Tiago, Inês Frade, Susana Miguel, and Helena Presado. 2019. “Os Sistemas de Informação Em Enfermagem e Os Indicadores de Qualidade: Contributos e Desafios Para a Prática Clínica.” *Atas Ciaiç 2019* 1:965–70.
- NPUAP, EPUAP, and PPPIA. 2014. *Prevenção e Tratamento de Úlceras Por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. 2^a.
- OCDE. 2013. *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*. OCDE Publishing.
- Odekunle, Florence. 2016. “Current Roles and Applications of Electronic Health Record in the Healthcare System.” *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 5(12):48–51.
- OMS. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Genebra.
- Ordem dos Enfermeiros. 2007. “Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios Básicos Da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico - Funcionais.” *Ordem Dos Enfermeiros* 1–8.
- Ordem dos Enfermeiros. 2017. *Análise Dos Resultados Do Inquérito Sobre Sistemas de Informação Em Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. 2021. “Ordem Avança Para a Melhoria Dos Sistemas de Informação Em Enfermagem.” Retrieved June 5, 2021 (<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>).
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico. 2019. *State of Health in the EU - Portugal - Perfil de Saúde Do País 2019*.
- Ortolan, Morgana Claudia Aparecida Bergamo, Maria de Lourdes Pessole Biondo-Simões, Eloina do Rocio Valenga Baroni, Luiz Augusto Auersvald, Mário Rodrigues Montemor Netto, and Rachel Biondo-Simões. 2013. “Influência Do Envelhecimento Na Qualidade Da Pele de Mulheres Brancas: O Papel Do Colagénio, Da Densidade de Material Elástico e Da Vascularização.” *Revista Brasileira Plástica* 28(1):41–48.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., F. P. Garcia-Fernandez, I. M. Lopez-Medina, and C. Alvarez-Nieto. 2006. “Risk Assessment Scales for Pressure Ulcer Prevention: A Systematic Review.” *J Adv Nurs* 54(1):94–110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x.
- Pancorbo-Hidalgo, Pedro L., Francisco P. García-Fernández, Joan-Enric Bou, José Verdú Soriano, and J. Javier Soldevilla-Agreda. 2014. “Epidemiología de Las Úlceras Por Presión En España En 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia.” *Gerokomos* 25(4):162–70. doi: 10.4321/s1134-928x2014000400006.
- Pestana, Inês Nascimento. 2019. “Risco de Desnutrição Na Admissão Hospitalar: Estudo Comparativo Entre NRS-2002 e MNA.” Universidade do Porto.

- Petronilho, Fernando, Filipe Pereira, and Abel Silva. 2017. "Evolução e Destino Das Pessoas Dependentes No Autocuidado: Estudo Longitudinal." *Revista Investigação Em Enfermagem*, 32–42.
- Pieper, Barbara. 2012. *Pressure Ulcers: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future*. 2nd ed. edited by National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Pouloudi, Nancy, Wendy Currie, and Edgar A. Whitley. 2016. "Entangled Stakeholder Roles and Perceptions in Health Information Systems: A Longitudinal Study of the UK NHS N3 Network." *Journal of the Association for Information Systems* 17(2):107–61.
- Quege, Geovana Eloisa, Maria Márcia Bachion, Ruy de Souza Lino Junior, Ana Beatriz Mori Lima, Priscila Santos Ferreira, Queiliene Rosa Santos, and Fabiana Cristina Pimenta. 2008. "Comparison of the Activity of Fatty Essential Acids and Biomembrane in the Microbiota of Infected Chronic Wounds." *Revista Eletronica de Enfermagem*, 890–905.
- Quirino, Déborah Évelin Silva, Andréa Mathes Faustino, Renata Oliveira Freitas, Adriana Boreli Oliveira, and Isabely Vilanova Medved. 2014. "Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Úlcera Por Pressão Em Unidade de Internação Clínica." *Revista Estima* 12(4).
- Revilla-Ahumada, L., A. Rios-Álvarez, M. A. Prados-Quel, and P. Rodríguez-Navarro, J. L. Calvo-Tudela. 2020. "Factores Relacionados Con La Sobrecarga Que Intervienen Sobre La Salud, Las Actividades Económicas, Laborales y Sociales de Los Cuidadores Principales de Pacientes Crónicos." *Semergen* 46(5):297–305.
- Rocha, Ana Paula, and Manuela Dias. 2019. "Úlceras Por Pressão: Prevalência Em Contexto Domiciliário."
- Rodrigues, Alexandre Marques, and José Verdu Soriano. 2011. "Fatores Influenciadores Dos Cuidados de Enfermagem Domiciliários Na Prevenção de Úlceras Por Pressão." *Revista de Enfermagem Referência - III Série - n.º 5*, December, 55–63.
- Rodrigues, Alexandre, and José Verdú Soriano. 2015. "A Implicação Do Cuidador Familiar Na Prevenção Das Úlceras Por Pressão." *Revista Evidências*, 24–34.
- Rodrigues, Willian Tudisco, Clodis Boscaroli, and José Balloni. 2014. "A Utilização de Tecnologias de Informação Na Gestão Hospitalar Em Cascavel/PR." Pp. 357–77 in *Por Que GESITI? Gestão de Sistemas e Tecnologias da Informação em Hospitais*. Vol. 1, edited by M. da Saúde. Brasília.
- Santo, Patrícia Ferreira do Espírito, Sérgio Aguinaldo de Almeida, Maiko Moura Silveira, Geraldo Magela Salomé, and Lydia Masako Ferreira. 2013. "Uso Da Ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing Para Avaliar a Cicatrização de Úlcera Crônica de Perna." *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 28(1):133–41. doi: 10.1590/s1983-51752013000100023.
- Santos, Flavia Pedro dos Anjos, Sonia Acioli, Vanda Palmarella Rodrigues, Juliana Costa Machado, Moema Santos Souza, and Tatiana Almeida Couto. 2016. "Práticas de Cuidado Da Enfermeira Na Estratégia Saúde Da Família." *Revista Brasileira de Enfermagem* 69(6):1124–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.
- Santos, Vanda. 2004. *O Discurso Oficial Do Estado Sobre a Emigração Dos Anos 60 a 80*

e Emigração Dos Anos 90 à Actualidade. edited by ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME). Lisboa.

- Sardo, Pedro Miguel. 2016. "Pressure Ulcer (Risk) Assessment: Clinical Nursing Research." Universidade do Porto.
- Scott-Thomas, Jeanette, Catherine Hayes, Jonathan Ling, Ann Fox, Ralph Boufflower, and Yitka Graham. 2017. "A Practical Guide to Systematic Wound Assessment to Meet the 2017–19." *Journal of Community Nursing* 31(5):30–34.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. 2019. "SCLínico / Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)." Retrieved (<https://www.spms.min-saude.pt/2019/01/sclinico-hospitalar/>).
- Silva, Ana Catarina Figueiredo. 2019. "Habilidades Do Cuidador Informal Para Cuidar Da Pessoa Dependente No Autocuidado." Instituto Politécnico de Leiria.
- Silva, Ana Sofia. 2012. "Avaliação Da Condição de Saúde Dos Individuos Dependentes No Autocuidado Inseridos No Seio Das Familias Clássicas Co Concelho Do Porto." Universidade Católica Portuguesa.
- Silvestre, Milene Cristina Chícharo. 2012. "Os Registos de Enfermagem: Um Olhar Sobre o Estado Real Da Saúde Das Pessoas?" *Sobre Determinantes Da Saúde* 1–47.
- Simões, Ana Lúcia, Pedro Lopes Ferreira, and Marília Dourado. 2018. "Medição Da Autonomia Em Atividades Da Vida Diária." *Portuguese Journal of Public Health* 36(1):9–15. doi: 10.1159/000492139.
- Smith, Isabelle L., Sarah Brown, Elizabeth McGinnis, Michelle Briggs, Susanne Coleman, Carol Dealey, Delia Muir, E. Andrea Nelson, Rebecca Stevenson, Nikki Stubbs, Lyn Wilson, Julia M. Brown, and Jane Nixon. 2017. "Exploring the Role of Pain as an Early Predictor of Category 2 Pressure Ulcers: A Prospective Cohort Study." *BMJ Open* 7(1):1–13. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013623.
- Souza, Nauã Rodrigues de, Daniela de Aquino Freire, Marcos Antonio de Oliveira Souza, Jessica Thamires da Silva Melo, Laísa de Veras dos Santos, and Magaly Bushatsky. 2017. "Fatores Predisponentes Para o Desenvolvimento Da Lesão Por Pressão Em Pacientes Idosos: Uma Revisão Integrativa." *Revista Estima* 15(4):229–39. doi: 10.5327/z1806-3144201700040007.
- Strazzieri-Pulido, Kelly Cristina, Giovana Ribau Picolo Peres, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino Campanili, and Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos. 2015. "Prevalência de Lesão Por Fricção e Fatores Associados: Revisão Sistemática." *Revista Da Escola de Enfermagem* 49(4):668–74. doi: 10.1590/S0080-623420150000400019.
- Tareco, Eugénia, and Sílvia Fernandes. 2016. "Sistemas de Informação Como Indicador de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem. Uma Revisão Da Literatura." *Investigação Qualitativa Em Saúde* 2:297–306.
- The Boston Consulting Group. 2016. *Um Novo Modelo de Acesso à Inovação Em Saúde Baseado Em Resultados*.
- Trindade, Irene, Diogo Almeida, Margarida Romão, Sara Rocha, Sofia Fernandes, Vasco Varela, and Márcia Braga. 2017. "Caracterização Do Grau de Sobrecarga Dos

- Cuidadores de Utentes Dependentes Da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas." *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 178–86.
- Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, and Instituto Politécnico de Bragança. 2020. *Guia Orientador - Estágio*.
- Vanderwee, K., M. Clark, C. Dealey, L. Gunningberg, and T. Defloor. 2007. "Pressure Ulcer Prevalence in Europe: A Pilot Study." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13(2):227–35.
- Vanderwee, K., T. Defloor, D. Beeckman, L. Demarre, S. Verhaeghe, T. Van Durme, and M. Gobert. 2011. "Assessing the Adequacy of Pressure Ulcer Prevention in Hospitals: A Nationwide Prevalence Survey." *BMJ Qual Saf* 20(3):260–67. doi: 10.1136/bmjqs.2010.043125.
- Vieira, Catarina, Clara Cação, Cláudia Neves, Diana Costa, and Inês Santarém. 2014. "A Qualidade Dos Cuidados Na Prevenção, Monitorização e Registo de Úlceras de Pressão No CHMT." 1–59.
- Vieira, Chrystiany Plácido de Brito, Mirtes Sousa Sá, Maria Zélia De Araújo Madeira, and Maria Helena Barros Araújo Luz. 2014. "Caracterização e Fatores de Risco Para Úlceras Por Pressão Na Pessoa Idosa Hospitalizada." *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste* 15(4):650–58. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400012.
- Vieira, Susana Maria da Cunha. 2018. "Utilização e Evolução Dos Sistemas de Informação Em Enfermagem: Influência Na Tomada de Decisão e Na Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem." Universidade do Minho.
- Villax, P. 2015. *Aproveitar o Conhecimento, a Tecnologia e a Inovação: O Registo de Saúde Eletrónico*. Vol. 4. Lisboa: Fundação Calosute Gulbenkian.
- Waidman, Maria Angélica Pagliarini, Sheila Cristina Rocha, Juliana Landi Correa, Adriano Brischiliari, and Sonia Silva Marcon. 2011. "O Cotidiano Do Indivíduo Com Ferida Crônica e Sua Saúde Mental." *Texto e Contexto Enfermagem* 20(4):691–99. doi: 10.1590/s0104-07072011000400007.
- WHO. 2000. "The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum." (January 2000).
- Yashchuk, Sava. 2019. "Estratégias Na Prevenção de Úlceras Por Pressão : Revisão Integrativa Da Literatura." Universidade do Porto.

ANEXOS

Anexo I: Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL	
-------	--

Anexo II: Escala de Braden

<p>Percepção sensorial</p> <p>(capacidade de reação significativa ao desconforto)</p>	<p>1. Completamente limitada:</p> <p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada), devido a um nível reduzido de consciência, ou sedação; Ou</p> <p>Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada:</p> <p>Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; Ou</p> <p>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada:</p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição; Ou</p> <p>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	
<p>Humidade</p> <p>(nível de exposição da pele à humidade)</p>	<p>1. Pele constantemente húmida:</p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida:</p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida:</p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida:</p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	
<p>Atividade</p> <p>(nível de atividade física)</p>	<p>1. Acamado:</p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado:</p> <p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente:</p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente:</p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2h/2h durante o período em que está acordado.</p>	
<p>Mobilidade</p> <p>(capacidade de alterar e controlar a posição do corpo)</p>	<p>1. Completamente Imobilizado:</p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades, sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada:</p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada:</p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo, sem ajuda.</p>	
<p>Nutrição</p> <p>(alimentação habitual)</p>	<p>1. Muito pobre:</p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais e 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma suplemento dietético líquido;</p> <p>Ou</p>	<p>2. Provavelmente inadequada:</p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de metade da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma suplemento dietético;</p>	<p>3. Adequada:</p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe ou laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento, caso lhe seja oferecido; Ou</p> <p>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total</p>	<p>4. Excelente:</p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe ou laticínios). Come ocasionalmente entre as</p>	

	Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias.	Ou Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	satisfazendo, provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento (capacidade para se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações)	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação, levam a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema: Move-se na cama e cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição adequada na cama ou cadeira.		
PONTUAÇÃO TOTAL					

Anexo III: Mini Nutricional Assessment

Mini Nutritional Assessment **MNA**[®]

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".

Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingesta 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anexo IV: Escala Analógica Visual / Escala Numérica

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido

Anexo IV: Escala Analógica Visual / Escala Numérica

Escala Visual Analógica (EVA)

(convertida em escala numérica para efeitos de registo)

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente faz uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica.

Sem Dor _____ Dor Máxima

Escala Numérica (EN)

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica.

Sem Dor	Dor Máxima									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo V: Escala Resvech 2.0

ESCALA RESVECH 2.0				
Itens	Avaliações e Datas			
1. Dimensões da lesão 0. Área = 0 cm ² 1. Área < 4 cm ² 2. Área = 4 - < 16 cm ² 3. Área = 16 - < 36 cm ² 4. Área = 36 - < 64 cm ² 5. Área = 64 - < 100 cm ² 6. Área ≥ 100 cm ²				
2. Profundidade/Tecidos afetados 0. Pele intacta /cicatrizada 1. Derme-epiderme afetada 2. Hipoderme afetada (tecido adiposo, sem atingir a fáscia muscular) 3. Músculo afetado 4. Osso e/ou tecidos anexos afetados (tendões, ligamentos, cápsula articular, ou necrose negra que não permite visualizar os tecidos subjacentes)				
3. Bordos 0. Não distintos (ausência de bordos de ferida) 1. Difusos 2. Delimitados 3. Danificados 4. Espessados (“envelhecidos”, “evertidos”)				
4. Tipo de tecido no leito da ferida 4. Tecido necrosado (necrose negra seca ou húmida) 3. Tecido desvitalizado/fibrina e/ou esfacelo 2. Tecido de granulação 1. Tecido de epitelização 0. Tecido regenerado/cicatrizado				
5. Exsudado 3. Seco 0. Húmido 1. Molhado 2. Saturado 3. Com fuga de exsudado				
6. Infecção/inflamação (sinais de biofilme) 6.1 Dor tem aumentado Sim=1 Não=0 6.2 Eritema perilesional Sim=1 Não=0 6.3 Edema perilesional Sim=1 Não=0 6.4 Aumento da temperatura Sim=1 Não=0 6.5 Exsudado tem aumentado Sim=1 Não=0 6.6 Exsudado purulento Sim=1 Não=0 6.7 Tecido friável ou facilmente sangrante Sim=1 Não=0 6.8 Ferida estagnada, sem evolução Sim=1 Não=0 6.9 Tecido compatível com biofilme Sim=1 Não=0 6.10 Mau odor Sim=1 Não=0 6.11 Hipergranulação Sim=1 Não=0 6.12 Ferida progressivamente maior Sim=1 Não=0 6.13 Lesões satélite Sim=1 Não=0 6.14 Descoloração do tecido Sim=1 Não=0 SOMAR A PONTUAÇÃO DE TODOS OS SUBITEMS!				
PONTUAÇÃO TOTAL (Máx.= 35, Mín.= 0)				

Anexo VI: Parecer de autorização da USF Fiães e do ACES Entre Douro e Vouga I para a realização do estudo

Projeto/Estudo n.º 4 / 2020

Data de Receção: 23/9 / 2020

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:

Paulo Jorge Fontes Almeida Sousa Araújo

Contacto telefónico: 918297981

E.Mail: pjaraujo@arsnorte.min-saude.pt

Qualificação Académica:

Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeiro

Instituição: USF Fiães

Designação do Estudo:

"Registos de Enfermagem sobre prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão em utentes dependentes, numa Unidade de Saúde Familiar"

Área científica em que se enquadra o estudo:

Enfermagem de Saúde Familiar

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 01-11-2020 a 31-03-2021

Tipo de análise: mista (quantitativa + qualitativa)

Palavras – chave:

Úlcera por Pressão, Sistemas de Informação em Saúde, Registos de Enfermagem, Cuidados de Saúde Primários

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Alexandre Rodrigues (Orientador)

Instituição: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Projeto/Estudo n.º 4 / 2020

Data de Receção: 23/9 / 2020



Objetivo Geral: analisar os dados registados relativos à prevenção e tratamento de UPP, nos utentes dependentes, na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I, e analisar a perceção dos enfermeiros desta unidade sobre a operacionalização dos registos de enfermagem informáticos, neste âmbito.

Metodologia: mista, observacional, descritiva e analítica.
População alvo: utentes dependentes da USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I e enfermeiros da USF Fiães
Crítérios de inclusão: utentes dependentes: utentes inscritos na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I com o programa "Dependentes" associado no "SClínico".
Método de recolha dados:
- utentes dependentes: efetuada através dos registos de enfermagem existentes no programa informático "SClínico", nas áreas "Identificação do utente", "Avaliação Inicial" e "Vigilância"; além da caracterização sociodemográfica (recolhida nas áreas "Identificação do Utente" e "Avaliação Inicial", do SClínico), incidirá, ainda, sobre o registo de variados itens considerados relevantes para a temática;
- enfermeiros: criado um grupo de discussão (Grupo Focal) que visa obter a perceção geral destes profissionais relativamente à funcionalidade dos SIS e à importância dos registos de enfermagem; será efetuada, paralelamente, uma recolha dos dados demográficos e profissionais dos enfermeiros que compõem este grupo, de forma a se proceder à caracterização do mesmo; (instrumentos de recolha em anexo)

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS (eventuais custos):
custos suportados pelo investigador, não implicando em cargos para a instituição.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Entre Douro E Vouga I – Feira/Arouca

Data: 15-10-2020

Assinatura:

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável

Não Favorável

Data:

Assinaturas:

Paula Leite _____ *António Alves* _____

DIRETOR EXECUTIVO

ACeS Entre Douro E Vouga I – Feira/Arouca

Nada a opor á sua realização,

António Alves

AcceS de Entre Douro e Vouga I, Feira/Arouca
Director Executivo
(António Alves)



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



agrupamento
centros de saúde
entre douro e vouga
feira | croacia

Projeto / Estudo n.º 4 / 2020

Data de Receção: 22 / 9 / 2020

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:

Paulo Jorge Fontes Almeida Sousa Araújo

Contacto telefónico: 918297981

E.Mail: pjaraujo@arsnorte.min-saude.pt

Qualificação Académica:

Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeiro

Instituição : USF Fiães

Designação do Estudo:

"Registos de Enfermagem sobre prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão em utentes dependentes, numa Unidade de Saúde Familiar"

Área científica em que se enquadra o estudo:

Enfermagem de Saúde Familiar

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 01-11-2020 a 31-03-2021

Tipo de análise: mista (quantitativa + qualitativa)

Palavras – chave:

Úlcera por Pressão, Sistemas de Informação em Saúde, Registos de Enfermagem, Cuidados de Saúde Primários

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Alexandre Rodrigues (Orientador)

Instituição: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Projeto / Estudo n.º 4 / 2020

Data de Receção: 22 / 9 / 2020

Objetivo Geral: analisar os dados registados relativos à prevenção e tratamento de UPP, nos utentes dependentes, na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I, e analisar a perceção dos enfermeiros desta unidade sobre a operacionalização dos registos de enfermagem informáticos, neste âmbito.

Metodologia: mista, observacional, descritiva e analítica.

População alvo: utentes dependentes da USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I e enfermeiros da USF Fiães

Critérios de inclusão: utentes dependentes: utentes inscritos na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I com o programa "Dependentes" associado no "SClínico".

Método de recolha dados:

- utentes dependentes: efetuada através dos registos de enfermagem existentes no programa informático "SClínico", nas áreas "Identificação do utente", "Avaliação Inicial" e "Vigilância"; além da caracterização sociodemográfica (recolhida nas áreas "Identificação do Utente" e "Avaliação Inicial", do SClínico), incidirá, ainda, sobre o registo de variados itens considerados relevantes para a temática;

- enfermeiros: criado um grupo de discussão (Grupo Focal) que visa obter a perceção geral destes profissionais relativamente à funcionalidade dos SIS e à importância dos registos de enfermagem; será efetuada, paralelamente, uma recolha dos dados demográficos e profissionais dos enfermeiros que compõem este grupo, de forma a se proceder à caracterização do mesmo; (instrumentos de recolha em anexo)

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS (eventuais custos):

custos suportados pelo investigador, não implicando encargos para a instituição.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Entre Douro E Vouga I – Feira/Arouca

Data: 15-10-2020

Assinatura:

PARECER DO COORDENADOR DA USF

Favorável

Não Favorável

Data: 15/10/2020

Assinaturas:



DIRETOR EXECUTIVO

ACeS Entre Douro E Vouga I – Feira/Arouca

Nada a opor á sua realização,

Anexo VII: Parecer de autorização da Comissão de Ética de ARS Norte para a realização do estudo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DATA: 2021-09-27
COMUNICAÇÃO	INFORMAÇÃO	PARECER	REFERÊNCIA: CE/2021/67
PARA:	CONSELHO DIRETIVO		
DE:	COMISSÃO DE ÉTICA		
ASSUNTO ...:	PI 20200105 - Registos de Enfermagem sobre prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão em utentes dependentes, numa Unidade de Saúde Familiar		

A - Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde do Norte I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º20200105 sobre o projeto intitulado "Registos de Enfermagem sobre prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão em utentes dependentes, numa Unidade de Saúde Familiar", formulado pelo investigador Paulo Jorge Sousa Araújo.

O projeto decorre no ACES Entre Douro e Vouga I - USF Fídes, e tem como objetivos a análise dos dados relativos à prevenção e tratamento de úlceras por pressão, nos utentes dependentes e saber qual a perceção dos enfermeiros relativamente aos registos de enfermagem efetuados no sistema informático. O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Este estudo está projetado em duas componentes. A primeira, que objetiva analisar os registos de enfermagem, assumirá uma metodologia quantitativa, sendo um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. A segunda parte, onde se pretende caracterizar a perceção dos enfermeiros acerca da operacionalidade e contributo dos sistemas de informação em utilização, no âmbito da prevenção e tratamento das UPP, adotará uma metodologia qualitativa, observacional, descritiva e analítica. Os dados recolhidos são adequados, pertinentes e limitados ao mínimo necessário à prossecução das finalidades para as quais são tratados. O estudo obteve a devida autorização do Responsável de Acesso à informação do local de realização. Após análise em reunião ordinária do mês de setembro, todos os membros da Comissão concordaram que a execução deste projeto respeita os necessários padrões éticos e a garantia de anonimização e confidencialidade está corretamente fundamentada.

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos de confidencialidade dos direitos dos potenciais participantes, a Comissão de Ética da ARSN deliberou, nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. O investigador deve comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 22 de setembro de 2021

Aprovado por unanimidade

EXARADO NA ATA Nº 2021_40
REUNIÃO DE 2021-10-14

DELIBERADO AUTORIZAR
2021-10-14



Carlos Nunes
Presidente do CD



Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD



Paula Duarte
Vogal do CD



Ponciano Oliveira
Vogal do CD



Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética



Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Tel: 220411000
Fax: 220041005

arqn@arqnorte.min-saude.pt
www.arqnorte.min-saude.pt

APÊNDICES

Apêndice I: Formulário de recolha de dados (utentes dependentes)

Recolha de dados

1. Idade: _____

2. Sexo: _____

3. Habilitações literárias:

- Analfabeto _____
- 1º ciclo _____
- 2º ciclo _____
- 3º ciclo _____
- Ensino secundário _____
- Ensino superior _____

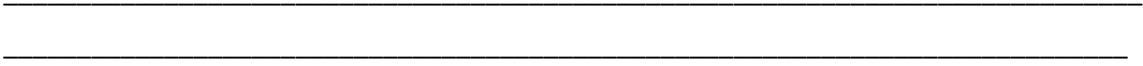
4. Residência:

- Zona rural _____
- Zona urbana _____

	Registro		
	Data	Score da 1ª avaliação	Nº de avaliações registradas
Avaliação do autocuidado (Índice de Barthel)			
Avaliação da dependência funcional (Índice de Barthel)			
Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP (Escala de Braden)			
Avaliação do risco nutricional (Escala NRS 2002)			
Localização da UPP (se existente)		-----	-----
1)		-----	-----
2)		-----	-----
Classificação da UPP (se existente)			-----
1)			-----
2)			-----
Avaliação da úlcera (Escala Resvech)			-----
1)			-----
2)			-----
Avaliação da dor (EVA ou EN)			
Registro dos tratamentos à UPP efetuados na 1ª avaliação		Sim ou Não	-----
1)			-----
2)			-----
Existência de diagnósticos e intervenções associados ao prestador de cuidados e à UPP*		Sim ou Não	-----

*Quais?:

Patologias:



Apêndice II: Formulário de recolha de dados (enfermeiros) - questionário

“Registos de Enfermagem na prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão: avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde”

O estudo surge no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues, docente da Universidade de Aveiro, e tem como principais objetivos analisar os dados registados relativos à prevenção e tratamento de UPP, nos utentes dependentes, na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I, e avaliar o sistema de registos informático em utilização na ARS Norte, colaborando no desenvolvimento de estratégias de melhoria da prática.

A evolução dos conhecimentos científicos, na área da saúde, e aos mais diversos níveis, tem ocorrido graças ao contributo da investigação, daí a elevada importância da sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados.

QUESTIONÁRIO

Parte I – Caracterização sócio-demográfica e profissional

1. Idade: _____

2. Sexo: _____

3. Habilitações literárias:

- Bacharelato _____
- Licenciatura _____
- Mestrado _____
- Doutoramento _____

4. Categoria profissional:

- Enfermeiro _____
- Enfermeiro especialista _____

5. Anos de prática profissional: _____

6. Anos de prática profissional nos Cuidados de Saúde Primários: _____

Parte II – Guião para o “Grupo Focal” - Prática de cuidados de enfermagem com utentes dependentes, em contexto domiciliário, no âmbito da prevenção e tratamento de UPP

1. Qual a importância dos registos de enfermagem?

2. Que dados considera importante registar para a prevenção e tratamento de UPP?

3. Quais os contributos dos Sistemas de Informação em Saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

4. Que limitações/obstáculos encontra nos Sistemas de Informação em Saúde em utilização?

Apêndice III: Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia² e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Registos de Enfermagem sobre prevenção e tratamento de Úlceras Por Pressão em utentes dependentes, numa Unidade de Saúde Familiar”

Enquadramento: estudo realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança) e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real), sob a orientação científica do professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues e co orientação da professora doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, professores adjuntos da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. O estudo decorrerá na USF Fiães, do ACES Entre Douro e Vouga I, da ARS Norte.

Explicação do estudo: este estudo de investigação objetiva analisar os dados registados relativos à prevenção e tratamento de UPP, nos utentes dependentes, na USF Fiães do ACES Entre Douro e Vouga I, e caracterizar a perceção dos enfermeiros desta unidade sobre a operacionalização dos registos de enfermagem informáticos para a prevenção e tratamento de UPP; durante o mesmo será aplicado um questionário a toda a equipa de enfermagem, sob a forma de “grupo focal”, que visa obter a perceção geral destes profissionais relativamente à funcionalidade dos SIS e à importância dos registos de enfermagem; serão recolhidos, paralelamente, os dados demográficos e profissionais dos enfermeiros que compõem este grupo, de forma a se proceder à caracterização do mesmo; esta discussão de grupo decorrerá na sala de reuniões da USF Fiães, em uma ou duas sessões com duração prevista de 2h cada uma e será gravada; as gravações serão codificadas e armazenadas no cofre da USF, sendo destruídas no prazo máximo de 9 meses.

Condições e financiamento: este estudo será financiado pelo investigador e a sua participação será voluntária e isenta de qualquer tipo de pagamento; é livre para recusar a sua participação no mesmo, podendo-o fazer em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo; este estudo parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Confidencialidade e anonimato: a confidencialidade dos dados e anonimato serão garantidos e os resultados serão, unicamente, utilizados para fins de investigação; os grupos focais realizar-se-ão em ambiente de privacidade.

O investigador agradece a sua participação neste estudo de investigação.

Investigador: Paulo Jorge Araújo, enfermeiro na USF Fiães;
Contactos: 918297981 / enf.joca@gmail.com

Assinatura/s:

² <http://portal.arsnorte.min->

saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf ²

<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/00140036.pdf>

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**