

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Desenvolvimento de Competências na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Andreia Filipa Pereira da Silva

Leiria, setembro 2022

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Desenvolvimento de Competências na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Relatório de Estágio

Relatório reflexivo

Andreia Filipa Pereira da Silva (5200324)

Unidade Curricular: Estágio de Natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família
em contexto de USF ou UCSP, com Relatório

Professor Orientador: João Frade

Enfermeira Orientadora: Patrícia Santos

Leiria, setembro 2022

RESUMO

O atual projeto é direcionado aos idosos e cuidadores uma vez que esta população está a ganhar cada vez mais expressão na comunidade. Esta é uma área altamente complexa pois envolve a avaliação e conseqüente implementação de cuidados não apenas à pessoa mas também ao seu familiar cuidador. É essencial que a fase inicial de investigação se dedique a identificar as características da população, para criar as bases e posteriormente desenvolver novos trabalhos de investigação que permitam definir as necessidades desta população e os devidos cuidados de enfermagem.

O presente estudo tem natureza quantitativa e é correlacional. O objetivo geral é definir o perfil dos idosos e cuidadores dentro do ficheiro de utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Nautilus. A amostra é não probabilística por conveniência e é constituída por 149 pessoas idosas e 9 cuidadores. Foi utilizado como método de recolha de dados o questionário. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva, estatística inferencial e testes de normalidade, de forma a obter informações relevantes quanto à amostra, nomeadamente se existe relação entre as diferentes variáveis.

No que se refere aos idosos, verificou-se que a média de idades foi 81.7 anos, a maioria vivia em famílias clássicas de 1 núcleo, tinha um rendimento mensal de 250-500 euros, vivia em moradias com uma média de 7 divisões e com acessibilidade ao interior da habitação. A maioria dos utentes é independente na realização dos autocuidados. A Escala de Braden apresentou um valor médio de 22,19 valores, a Escala de Morse de 31,21 valores e a dor de 1,31 (Escala de Faces). A maioria dos utentes não apresentava risco ou presença de rigidez articular ou de maceração mas apresentava risco de desidratação. 45,6% dos participantes referem força muscular diminuída e 52,7% dos utentes tem risco de queda. Os participantes consomem em média 5,98 comprimidos por dia e a variedade de fármacos corresponde a 4,32 comprimidos. Relativamente aos dados relacionados com os cuidadores, apurou-se que a maioria dos participantes consideram ter consciência das implicações que o processo de tomar conta do familiar tem na dinâmica da família, a totalidade dos participantes revelou ter disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar, a maioria acredita ter um nível elevado no que concerne à funcionalidade da família, aproximadamente metade dos inquiridos tem disponibilidade financeira elevada e seis afirmam ter condições estruturais da residência da família. Não se encontraram coeficientes de correlação significativos entre a idade e o nível

global de dependência assim como entre a idade e a Escala de Morse. À medida que aumenta a idade o valor da Escala de Braden diminui e o nível de dor aumenta.

Palavras-chave: idoso; cuidador; enfermagem de saúde familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1 - CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	10
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE E USF.....	10
1.2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	16
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	22
3 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
3.1 - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL.....	25
3.2 - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE.....	26
3.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	28
3.4 - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	29
4 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	31
4.1 - CUIDAR A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO	31
4.2 - LIDERAR E COLABORAR NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	40
5 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	42
5.1- INTRODUÇÃO.....	42
5.1.1 - O idoso.....	43
5.1.2 - O cuidador informal.....	45
5.1.3 - O papel do enfermeiro de família.....	50
5.2- METODOLOGIA.....	52
5.2.1 – Concetualização do estudo.....	52
5.2.2 – Objetivo do Estudo e Questões de Investigação.....	53
5.2.3 – Amostra.....	53
5.2.4 – Instrumento de recolha de dados.....	54
5.2.5 – Operacionalização das variáveis.....	55
5.2.6 – Procedimentos formais e éticos.....	58
5.2.7 – Tratamento de dados.....	59

5.3- RESULTADOS.....	60
5.3.1 – Dados sociodemográficos.....	60
5.3.2 – Dados relativos ao nível global de dependência no autocuidado.....	60
5.3.3 – Dados relativos aos compromissos nos processos corporais.....	61
5.3.4 – Dados relativos à complexidade do regime terapêutico.....	63
5.3.5 – Dados relativos à Escala dos Processos Familiares.....	63
5.3.6 – Dados relativos à Sobrecarga do cuidador.....	64
5.4 – ESTATÍSTICA INFERENCIAL.....	66
5.5- DISCUSSÃO.....	68
5.6- CONCLUSÃO.....	73
CONCLUSÃO.....	76

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Proposta Ciclo de Webinars

APÊNDICE II – Cartaz – Ergonomia

APÊNDICE III – Panfleto – Transição para a parentalidade

APÊNDICE IV - Avaliação familiar – Aplicação do Modelo de Calgary

APÊNDICE V - Folheto – Cuidados de Higiene

ANEXOS

ANEXO I – Carteira Básica de Serviços

ANEXO II – Matriz multidimensional – contratualização USF

ANEXO III – Questionário Fernando Petronilho

ANEXO IV – Escala de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Planta do CSFF.....	10
Figura 2 - Logótipo USFN	11
Figura 3 - Pirâmide etária da população da Figueira da Foz.....	13
Figura 4 - Pirâmide etária dos utentes inscritos USFN	14

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis relacionadas com o nível global de dependência no autocuidado ..55	55
Tabela 2 - Variáveis relacionadas com o compromisso nos processos corporais	56
Tabela 3 - Variáveis relacionadas com a complexidade do regime terapêutico	57
Tabela 4 - Variáveis relacionadas com os dados sociodemográficos da família	57
Tabela 5 - Variáveis relacionadas com a aplicação da Escala dos Processos Familiares.....	57
Tabela 6 - Variáveis relacionadas com a aplicação da Escala de Zarit.....	57
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da amostra	60
Tabela 8 - Nível global de dependência no autocuidado.....	61
Tabela 9 – Escala de Braden; Presença de dor; Escala de Morse.....	61
Tabela 10 - Compromisso nos processos corporais.....	62
Tabela 11 - Presença de Ostomia.....	62
Tabela 12 - Força muscular diminuída e Risco de queda.....	62
Tabela 13 - Força muscular.....	63
Tabela 14 – Equilíbrio.....	63
Tabela 15 – Fármacos.....	63
Tabela 16 - Escala dos processos familiares.....	64
Tabela 17 - Escala de Zarit.....	64
Tabela 18 - Relação entre a Idade e o nível global de dependência.....	66
Tabela 19 - Relação entre a Idade e a Escala de Braden.....	66
Tabela 20 - Relação entre a Idade e a Escala de Dor.....	67
Tabela 21 - Relação entre a Idade e a Escala de Morse.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde

CSFF: Centro de Saúde da Figueira da Foz – Buarcos

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DGS: Direção Geral da Saúde

IDG: Índice de Desempenho Global

IDS_A :Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas

IDS_D: Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões

IDS_S: Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas

IFNA: Associação Internacional da Enfermagem de Família

INE: Instituto Nacional de Estatística

MCAF: Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

PNV: Plano Nacional de Vacinação

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

USFN: USF Nautilus

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular do Estágio de Natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório, do primeiro semestre do segundo ano do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria. O estágio foi realizado na USF Nautilus (USFN), no Centro de Saúde da Figueira da Foz – Buarcos. O mesmo iniciou-se dia 13 de setembro de 2021 e terminou a 28 de janeiro de 2022, tendo a duração de 297,5 horas em contexto clínico e 200 horas de relatório, perfazendo um total de 810 horas.

O domínio das competências gerais na prática da enfermagem familiar é fundamental para a posterior prática avançada da mesma, com a preparação através de mestrado. Assim, é integrado o conhecimento científico da enfermagem de família, obtido a partir de práticas, investigação e ensino formal, para abordar melhor os complexos cuidados da enfermagem das famílias (IFNA, 2015).

Segundo o Planeamento do Estágio (2021, p.5), os objetivos gerais são: “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.”. Os objetivos específicos são:

“executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva; refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.”.

Ao longo deste relatório irei realizar uma análise reflexiva relativamente ao meu crescimento pessoal e profissional, nomeadamente quanto à aquisição de competências da prática especializada de enfermagem em geral e de enfermagem de saúde familiar em particular. Começo por descrever o contexto de prática clínica no qual eu realizei o ensino clínico. Posteriormente reflito sobre as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Por último,

irei abordar como expandi as minhas competências na área de investigação, contribuindo para a prática baseada na evidência.

“A enfermagem de Saúde Familiar como prática avançada baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família. Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Familiar dão resposta às necessidades da família, como biológico, social e espiritual, interagindo com as famílias e indivíduos. Os enfermeiros de família possuem conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10 e 11).

1 – CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE E USF

A USFN está inserida no CSFF. Este abrange quatro unidades funcionais: USFN, Unidade de Saúde Familiar de Buarcos, Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Figueira da Foz Urbana (Figura 1). O CSFF engloba-se no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, que pertence à Administração Regional de Saúde do Centro.

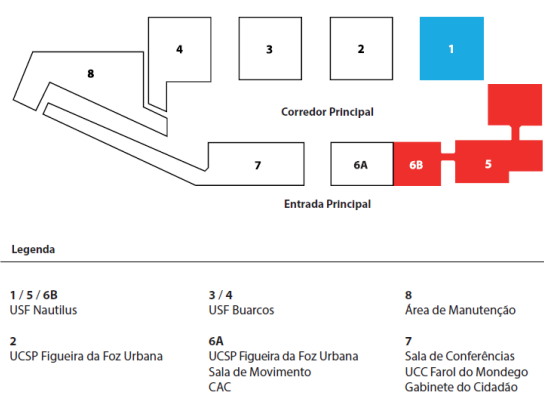


Figura 1- Planta do CSFF

A USFN foi criada a 19/11/2018 e é classificada como USF-A. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2021), o modelo USF-A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa na área de saúde familiar e constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna.

A USFN é constituída por uma equipa multidisciplinar altamente motivada que objetiva prestar cuidados de qualidade aos utentes e famílias, focados na humanização dos cuidados e na capacitação das famílias. Com uma perspetiva inovadora e através do trabalho em equipa, os profissionais procuram garantir a satisfação dos utentes e da equipa.

A sua missão é “prestar cuidados de saúde de qualidade, com rigor científico e humanismo, garantindo o respeito e o primado da pessoa; desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde das famílias; interagir com o utente e família de forma aberta, honesta e disponível; incentivar a formação contínua, melhorando a saúde de todos.” (USFN, 2019, p.3)

Os utentes são acolhidos com gentileza e aceitação pelos profissionais de saúde. A sua postura disponível permite criar uma relação de ajuda, em que o enfermeiro consegue avaliar a família e intervir de forma adequada, respondendo às necessidades sentidas pela mesma.

“A USFN tem como visão o simbolismo do Nautilus. A palavra Nautilus vem do grego *nautilus* que significa “marinheiro” ou “navegante” e, em terra de gentes viradas para o mar com a Serra da Boa Viagem sempre presente no seu horizonte, a equipa inspirou-se na sua forma singular para a criação do logótipo da USFN (Figura 2) que se pretende constituir na cidade da Figueira da Foz. Considerou-se que a imagem desta concha protetora de rara beleza, com a sua evolução e crescimento harmonioso em espiral sagrada, inspirou o espírito que assistiu à formação da USFN, em que os cuidados prestados pela união de vários elementos da equipa multidisciplinar visam a proteção dos grupos mais vulneráveis e consideram o indivíduo numa perspetiva sistémica, com sua complexidade e integrado na dinâmica familiar. Tal como o Nautilus, também a USFN irá crescer num movimento contínuo, mantendo a capacidade de adaptação a novos desafios e interagindo com o meio que a rodeia de forma a poder constituir-se como um porto de abrigo seguro em que utentes, famílias, comunidade e profissionais possam afirmar “Juntos Cuidamos Melhor”.” (USFN, 2019, p.3).



Figura 2 - Logótipo USFN

Perante a visão descrita supra, a equipa tenta manter-se atualizada e adaptar-se às exigências que surgem, demonstrando iniciativa para criar novos projetos direcionados às necessidades da população que cuidam. Apesar de ser uma unidade recente, a sua convicção para embarcar em novos projetos é notável. A prova de que se comprometem a proteger os grupos mais vulneráveis como afirmam na sua visão são os diversos projetos que estão a ser desenvolvidos, como irei mencionar posteriormente.

Os valores da USFN são: acessibilidade, competência, cooperação, dedicação, eficiência, equidade, honestidade, humanismo, qualidade, respeito e responsabilidade.

A sede da USFN é em Buarcos, enquanto o seu polo pertence a Vila Verde. A sede é constituída pela área de atendimento, com duas salas de espera subjacentes, 7 gabinetes médicos, 6 de enfermagem e uma Sala de Tratamentos. Conta com uma sala de apoio, um armazém, três espaços de arrumação embutidos nas áreas de circulação e ainda 3 casas de banho, sendo uma adaptada para utentes com mobilidade reduzida.

A USFN apresenta as condições necessárias em termos de recursos materiais para realizar a avaliação e intervenção dos utentes nos diversos programas de saúde, incluindo no tratamento de feridas. Existe também o equipamento eletrónico necessário, nomeadamente um computador em cada gabinete, telefone e dois frigoríficos.

O horário de funcionamento da sede da USFN em dias úteis está compreendido entre as 8h00 e as 20h00 e ao sábado entre as 09h00 e as 13h00. Encontra-se encerrada aos domingos e feriados. O horário de funcionamento e atendimento encontram-se afixados em local visível para que seja possível a sua consulta. Durante o horário de funcionamento existe sempre pelo menos um elemento de cada grupo profissional para assegurar o atendimento ou orientação do utente.

A equipa é formada por 18 profissionais, entre eles 7 médicos, 6 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Relativamente à estrutura orgânica a USFN é constituída pelo Conselho Geral, Conselho Técnico, Coordenador e Equipas Multiprofissionais. Atualmente a equipa de enfermagem encontra-se reduzida e sobrecarregada pois os seus elementos são alternadamente alocados aos centros de vacinação Covi-19.

Com vista a facilitar a acessibilidade dos utentes, a comunicação pode ser feita através de telefone, e-mail ou presencialmente. A ligação entre os utentes, a equipa médica e de enfermagem é realizada pelos Assistentes Técnicos. Durante a primeira abordagem são identificados o utente e a natureza do contacto, sendo que todos os utentes têm resposta no próprio dia aos pedidos de atendimento. Isto pode traduzir-se na marcação de consulta no próprio dia, no dia posterior, em visita domiciliária ou em esclarecimento. Todos os utentes podem marcar consultas, receber atendimento de situações de doença aguda, obter informações via telefónica ou receber aconselhamento médico e de enfermagem durante todo o horário de funcionamento. O Guia de Acolhimento é providenciado no sentido de esclarecimento de dúvidas. Informação relevante é afixada no interior e exterior da USFN, nomeadamente as alternativas assistenciais, neste caso, a linha “Saúde 24”, a Consulta de Atendimento

Complementar de Buarcos e o Serviço de Urgência do Hospital Distrital da Figueira da Foz ou do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A USFN localiza-se no Concelho de Figueira da Foz e oferece cobertura assistencial à população de três freguesias: Buarcos/São Julião, Tavarede e Vila Verde.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2021), o município da Figueira da Foz tinha uma população residente de 60415 habitantes em 2015, sendo a maioria dos indivíduos do sexo feminino. O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico preocupante que tem vindo a aumentar e a população da Figueira da Foz não é exceção, como se pode ver na respetiva pirâmide etária (Figura 3). O topo largo indica um aumento da população idosa e diminuição da taxa de mortalidade e a base estreita demonstra uma diminuição da população jovem e da taxa de natalidade, sendo comprovado que esta é uma população regressiva através da aplicação do Índice de Sundbarg.

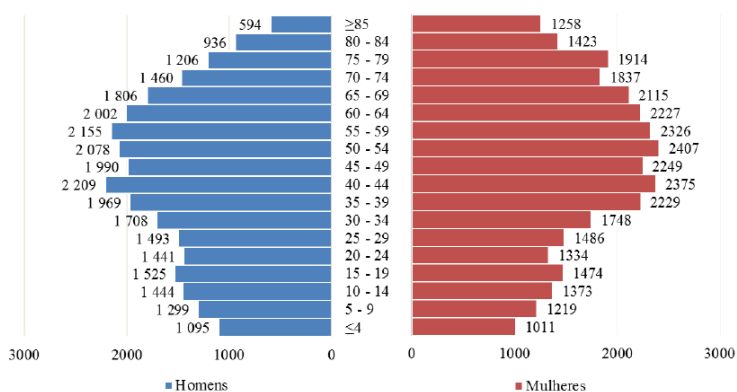


Figura 3 - Pirâmide etária da população da Figueira da Foz (INE, 2021)

A USFN tem 11.264 utentes inscritos, cuja pirâmide etária (Figura 4) demonstra a tendência de envelhecimento populacional. O Índice de Dependência Total, isto é, a relação entre a população jovem e idosa (população dependente) e a população em idade ativa (adulta), que é obtido através do quociente entre o somatório de utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos mais os utentes com idade igual ou superior a 65 anos pelo número de utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, comprova isso mesmo, uma vez que este tem o valor de 60,89% na USFN. O Índice de Dependência de Jovens é de 18,34% e o Índice de Dependência de Idosos é de 42,55%, o que demonstra que dentro da população dependente, existem mais idosos comparativamente a crianças com idades inferiores a 14 anos. (BI-CSP, 2021).

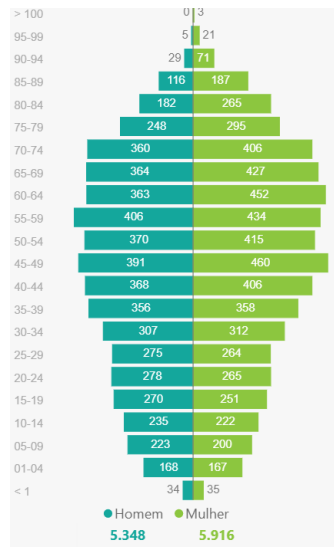


Figura 4 - Pirâmide etária dos utentes inscritos USFN (BI CSP, 2021)

Perante estes factos é possível depreender a necessidade de reorganizar os cuidados de saúde a nível nacional e nos diversos tipos de serviços de saúde, de modo a responder de forma incisiva às necessidades da população. Posso inferir que o envelhecimento populacional acarreta profundas alterações nos sistemas de saúde, uma vez que existe uma maior prevalência de doença crónica e dependência nesta faixa etária pela sua vulnerabilidade.

Segundo a OMS (2001), as doenças crónicas como as doenças cardíacas, cancro e depressão estão a tornar-se rapidamente nas principais causas de morte e incapacidade. Esta tendência irá aumentar durante o próximo século. É crucial implementar políticas, programas e parcerias que impeçam a expansão da doença crónica. As ações baseadas na intervenção na comunidade, promoção da saúde e prevenção da doença ainda recebem pouca atenção embora se demonstrem eficazes e de baixos custos.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel essencial na prevenção da doença e promoção da saúde, provocando um impacto significativo sobre a prevalência de doença no futuro. No entanto, como ainda não existe o reconhecimento necessário neste sentido, os recursos providenciados são escassos para a potencialidade que os CSP têm. Os esforços, sejam eles políticos, monetários, entre outros, estão atualmente direcionados à atuação perante a situação de doença e não à sua prevenção. Quando esta perspetiva for convertida, vai ser possível prevenir ou “atrasar” mais doenças, diminuir os gastos em saúde, diminuir a morbidade e a mortalidade.

A perspectiva de intervenção ao longo do ciclo de vida favorece as atividades numa fase precoce que contribuem para a prevenção da doença e aumento das capacidades. Na vida adulta, as intervenções necessitam de favorecer a prevenção, reverso ou diminuição da doença (OMS, 2001). Os enfermeiros de família estão numa posição privilegiada para intervir ao longo do ciclo vital na prevenção da doença, uma vez que conhecem a família, os seus diferentes elementos, as suas perspectivas e crenças, as suas forças e motivações, as suas dificuldades e os seus recursos, podendo assim intervir de forma a obter ganhos em saúde.

1.2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM

O método de trabalho adotado na USFN é por enfermeiro de família. Quando não é possível o atendimento por parte do mesmo, existem equipas “espelho” que asseguram a substituição organizada do profissional. Devido ao contexto pandémico nem sempre foi possível cumprir o atendimento por parte do enfermeiro de família e respetivo elemento “espelho”, no entanto todos os esforços foram aplicados para diminuir o impacto da situação.

“O enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Diário da República, 2014, p.4070).

Durante a aquisição de competências para nos tornarmos enfermeiros de cuidados gerais é transmitida a perspetiva do cuidado holístico ao utente, em que ele é um ser com diversas dimensões, sendo todas elas alvo da nossa atenção. Este está inserido numa família e comunidade e é necessário valorizar esses contextos como modeladores e influenciadores para o utente. Sim, esta deve ser a base do cuidado de todos os enfermeiros, no entanto, agora que me encontro no caminho para me tornar enfermeira de família compreendo que temos competências para muito mais. Através do cuidado ao utente, em particular, podemos compreender o funcionamento da família em geral, segundo a sua perspetiva, e a forma como esta vai influenciar a sua vivência da saúde, doença e da própria vida. Assim é possível avaliar e intervir com o utente e também com a própria família.

Os diversos instrumentos de avaliação familiar dão-nos as ferramentas necessárias para realizar a avaliação familiar e, através da relação de ajuda, enfermeiro e família, iniciam uma caminhada de reflexão, em que ambos ficam a conhecer e compreender melhor a família, as suas relações, pontos fortes, recursos, dificuldades e quais as suas necessidades. Esta relação permite ao enfermeiro definir as necessidades da família, ao longo do ciclo de vida, e torna-se ele próprio num recurso valioso para a mesma.

O ficheiro da enfermeira de família Patrícia Santos, que orientou o meu estágio, tem 191 famílias com um elemento, 198 famílias com 2 elementos, 160 famílias com 3 elementos, 122 famílias com 4 elementos, 17 famílias com 5 elementos e 3 famílias com 6 elementos. No que concerne à escolaridade existem 968 utentes que não têm indicação sobre a mesma. A maioria dos utentes apresenta o 12º ano ou licenciatura, 142 e 182 utentes respetivamente. De seguida estão os utentes com o 4º e 9º ano, 90 e 91 utentes respetivamente. A maioria dos utentes são

de nacionalidade portuguesa, 1463 utentes, estando de seguida os utentes provenientes de França e Angola. Quanto à freguesia de residência, prevalece a Freguesia de Buarcos com 1243 utentes e de seguida a Freguesia de Tavarede com 224 utentes. Os problemas ativos predominantes são a alteração dos lípidos (431 utentes), excesso de peso e obesidade (390 e 280 utentes respetivamente), hipertensão sem complicações (357 utentes), abuso do tabaco (271 utentes) (MIM@UF, 2021). É importante o enfermeiro de família conhecer estes dados pois permitem-lhe conhecer o seu ficheiro de utentes e identificar as necessidades e principais problemas da comunidade. Assim, o enfermeiro de família intervém nestes, aumentando a saúde dos seus utentes e como tal a saúde da população.

Relativamente aos registos de enfermagem, estes são realizados em suporte informático no programa SClínico, assim como a marcação das consultas. Para registar intervenções relacionadas com os rastreios é utilizado o SiiMA Rastreios.

Os programas da carteira de serviços da USF são: Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso (inclui Consulta de Hipertensão Arterial), Visitação Domiciliária, Consulta Aberta, Consulta de Planeamento Familiar, Consulta de Saúde Materna, Rastreo Oncológico, Consulta de Diabetes, Vacinação, Consulta de Hipocoagulação, Tratamentos, Consulta de Intersubstituição e Consulta não presencial (Anexo I) (USFN, 2019).

A consulta de enfermagem no domicílio pode ser solicitada pelo utente, familiar, cuidador ou profissional de saúde quando o utente está incluído nos critérios para realização da consulta: utentes acamados, dependentes ou incapacitados de deslocação à USFN, para garantir a continuidade de cuidados e assegurar medidas de carácter preventivo (USFN, 2019).

Perante problemas de saúde com início recente, agravamento de doença crónica ou outro problema que necessite de avaliação e não possa esperar por consulta programada, opta-se pela consulta aberta. Esta é solicitada pelo utente e a sua marcação é realizada no próprio dia. Quando possível esta é realizada pelo médico/enfermeiro de família, quando não é possível a consulta é designada de consulta de intersubstituição (USFN, 2019).

A Carteira Adicional de Serviços em vigor consiste no funcionamento da USFN aos Sábados das 09h00 às 13h00, permitindo melhorar a acessibilidade, dar resposta a situações agudas e possibilitar a marcação de determinadas consultas programadas quando os utentes não conseguem realizar durante a semana (USFN, 2019).

As USF desenvolvem a sua atividade baseando-se na Matriz Multidimensional (Anexo II). Esta é constituída por Áreas, Subáreas e Dimensões, cada uma como uma ponderação atribuída. Os indicadores utilizados no processo de contratualização constam obrigatoriamente na Matriz Indicadores dos CSP. A avaliação do desempenho das unidades funcionais é realizada pelo Índice de Desempenho Global (IDG). O IDG é adquirido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D). Para cada indicador existe um intervalo esperado (2 pontos), um intervalo de variação aceitável (1 ponto) e os restantes resultados são valorizados com zero pontos (ACSS, 2021).

Os dados mais recentes relativos aos indicadores da USFN foram inseridos no BI-CSP em abril de 2021. O valor de IDG da USFN é nessa altura 49,70. Ao longo dos meses, este tem variado entre aproximadamente 49 e 52, sendo a mediana nacional 56,40. A USFN tem 21 dimensões e 108 indicadores.

Na Área do Desempenho Assistencial, a Subárea Acesso é a que apresenta um valor superior de IDS_S, com 71,90, demonstrando que os utentes da USFN têm acesso adequado e atempado aos cuidados de saúde, nomeadamente na realização de consulta no próprio dia e nos tempos máximos de resposta garantidos. O IDS nesta Subárea não difere muito quando comparado à mediana nacional, que é de 75,00.

Quando observamos a Subárea de Gestão da Doença, que tem como dimensões Diabetes Mellitus, Doenças do Aparelho Respiratório e Hipertensão Arterial, constatamos um IDS_S de 40,9, tendo as Dimensões Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial um IDS_D reduzido de 22,7 e 25,0 respetivamente. Ao analisar os valores de IDS é importante ter em consideração o contexto em que as unidades funcionais se encontram atualmente. A situação pandémica causou alterações significativas no funcionamento e dinâmica dos serviços, sendo um dos fatores com maior impacto a mobilização dos enfermeiros para os Centros de Vacinação. Com os recursos humanos diminuídos, as equipas tiveram de criar estratégias e definir prioridades no que concerne à carteira de serviços. Assim, as consultas de enfermagem de Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial estão temporariamente suspensas, justificando o baixo IDS_D. Apesar da situação relatada o IDS desta Subárea não diverge muito da mediana nacional, que é de 46,50.

A Subárea da Gestão da Saúde apresenta um IDS_S de 44,90. Este valor poderia ser superior uma vez que os IDS_D relativos à Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Idoso e Saúde do Adulto

são superiores a 45,00. No entanto, a Dimensão de Saúde da Mulher apresenta um IDS_D de apenas 22,20, causando a descida do IDS_S Gestão da Saúde. Este baixo IDS_D está provavelmente relacionado com a baixa adesão das mulheres em idade fértil a este tipo de consulta. Os indicadores relacionados com o recém-nascido, a saúde infantil e juvenil e a vacinação apresentam na sua maioria um score de 2, demonstrando que existe um acompanhamento notável nesta faixa etária e no cumprimento da vacinação dos utentes inscritos.

As Áreas de Serviços, Qualidade Organizacional, Formação Profissional e Atividade Científica, por lapso, no BI-CSP não existem resultados nos respetivos indicadores, obtendo um score de 0, que contribui para a diminuição do IDG. Caso estes resultados estivessem apresentados, o IDG da USFN seria superior.

A Ordem dos Enfermeiros (2006), refere que a investigação promove a defesa da qualidade e segurança dos cuidados, contribui para cuidados seguros, incentiva o desenvolvimento profissional e contribui para a excelência da enfermagem. Os profissionais de saúde da USFN demonstram motivação para permanecer atualizados, desenvolver competências e para prestar cuidados baseados na evidência científica, realizando formações frequentemente. A formação interna não abrange apenas a equipa multidisciplinar, sendo que também existe formação de internos e alunos desde o início da sua atividade.

Através da análise dos diversos IDS, e tendo em consideração dois fatores influenciadores importantes, o tempo de existência da USFN e a pandemia por Covid-19, podemos constatar que a USFN tem providenciado uma resposta adequada às necessidades da população.

O processo de contratualização dos cuidados de saúde primários é organizado através de dois subprocessos: a contratualização externa, realizada entre as Administração Regional de Saúde e os Agrupamentos dos Centros de Saúde, através da negociação dos Planos de Desempenho e assinatura dos Contrato-programa; e a contratualização interna, concretizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso (Cabral, 2014).

O Plano de Ação em vigor corresponde ao ano de contratualização de 2019. Tendo em consideração que este é o primeiro Plano de Ação da USFN, os seus problemas e atividades são dirigidos na sua maioria aos recursos humanos, físicos, materiais e formação profissional.

A USFN definiu como primeiro problema a falta de dois elementos de enfermagem objetivando a efetivação da mobilidade de um elemento e a substituição transitória de outro. O segundo problema faz referência à falta de assistentes técnicos, tendo como objetivo substituir dois elementos que iriam deixar de exercer funções. O terceiro problema relaciona-se com a falta de material clínico, tendo como objetivo a aquisição e reposição do material em falta. O quarto problema prende-se com o estacionamento subdimensionado, dado que o estacionamento existente serve quatro unidades funcionais, solucionando-se com o alargamento do parque. O problema número cinco menciona a proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos, sendo o objetivo registar o FeV1 na ficha individual do utente e a espirometria no módulo de análises/MCDT (Plano de Ação, 2019).

Quanto às atividades, a primeira diz respeito aos domicílios médicos por 1000 utentes, sendo o seu aumento o resultado esperado. Esta atividade está relacionada com o indicador “Taxa de consultas médicas no domicílio por 1000 inscritos”, e englobado na Dimensão Cobertura ou Utilização da Matriz Multidimensional (Plano de Ação, 2019). Este indicador tem atualmente um score de 0, no entanto o seu valor já foi superior.

A atividade número dois é relativa ao alargamento do horário ao sábado e o resultado esperado é a melhoria da acessibilidade, estando inserido nas Dimensões Cobertura ou Utilização e Serviços de Carácter Assistencial (Plano de Ação, 2019). Como foi mencionado, o horário ao sábado está atualmente em vigor.

A terceira atividade corresponde aos elos de ligação, sendo o resultado esperado a definição de equipas de trabalho que são elos de ligação para determinadas áreas de intervenção. Esta atividade está contida na Dimensão Outras Atividades Não Assistenciais (Plano de Ação, 2019).

A atividade número quatro são as reuniões plenárias dos conselhos técnicos e conselho clínico e de saúde, inserida nas Dimensões Atividades de Governação Clínica no ACES e Outras Atividades não Assistenciais (Plano de Ação, 2019).

A monitorização trimestral dos indicadores de acesso da USF Nautilus é a quinta atividade e tem como resultado esperado a melhoria da acessibilidade à USF. A Dimensão associada é o Acesso (Plano de Ação, 2019).

O Rastreio do Cancro Colo Rectal é a sexta atividade sendo o resultado esperado o aumento do número de utentes com RCCR realizado. As Dimensões envolvidas são Programas de Melhoria

Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados, sendo o indicador correspondente: “Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto” (Plano de Ação, 2019). Este indicador tem um score de 0, no entanto é importante referir que estamos próximos do resultado esperado, 47,00, sendo o da USF 46,384.

A sétima atividade retrata as vacinas extra-Plano Nacional de Vacinação (PNV), em que se pretende providenciar formação aos colaboradores. A Dimensão abrangida é Formação da Equipa Multiprofissional (Plano de Ação, 2019).

É pretendido elaborar o Manual de Acolhimento do Formando, oitava atividade, apostando na Dimensão Formação de Internos e Alunos (Plano de Ação, 2019).

A nona atividade incide na Formação em Registo Clínico/SClínico e a décima na Formação em RCCR Siima, ambas incluídas na Dimensão Formação da Equipa Multiprofissional (Plano de Ação, 2019).

A partilha de documento no âmbito da "Qualidade e Segurança" com o ACES Baixo Mondego é a décima primeira e última atividade, que se engloba na Dimensão Outras Atividades não Assistenciais (Plano de Ação, 2019).

Como se pode comprovar, os problemas e atividades focam-se na sua maioria nos recursos e formação profissional, sendo que as consultas de gestão da saúde e gestão da doença não são mencionadas. Esta situação é normal uma vez que este foi o primeiro Plano de Ação da USFN e ainda não existiam dados anteriores relativos às consultas realizadas e às necessidades existentes nesse aspeto.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Afinal, o que é a família? Todos nós temos uma resposta para esta pergunta e no entanto todas essas respostas são diferentes. Porquê? Porque o conceito de família é influenciado pelas nossas experiências, crenças e sentimentos. A própria cultura e o contexto influenciam esta definição. Por este mesmo motivo, apenas a própria pessoa pode definir quem considera ser parte da sua família. Então, enquanto enfermeiros, como definimos o que é a família? Um dos conceitos mais aceites para a família está relacionado com a Teoria dos Sistemas. Esta teoria pode ser aplicada a diversos campos das ciências inclusive à saúde familiar. A família é vista como um sistema, que é parte de um sistema maior e é constituída por sistemas menores, todos estes estão em constante interação e relação e possuem função e estrutura. Assim, tendo em consideração os conhecimentos adquiridos durante a formação teórica, considero que a família é um sistema complexo constituído por um conjunto de elementos que se relacionam entre si, com laços afetivos, que evoluem ao longo do tempo, com regras específicas e objetivos comuns, nomeadamente educar e proteger, para atingir o bem-estar e a funcionalidade.

Ao longo do tempo começou a surgir a perspetiva que as famílias também deviam ser um alvo de cuidados e que estas são importantes para obter resultados positivos em termos de saúde. Segundo Araújo (2014), na Europa, foi através da Saúde 21, um quadro concetual da política para todos na região europeia criado pela OMS, que o papel do enfermeiro na saúde da família foi reconhecido. Neste foram criadas 21 metas, sendo na meta 15 que se destaca o papel do enfermeiro de família como elemento essencial nos cuidados, sendo alguém experiente, que proporciona a um número limitado de famílias, um vasto leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio.

Da segunda Conferência Ministerial da OMS relativa à enfermagem e enfermagem obstétrica na Europa, surgiu a Declaração de Munique de 2000, que sublinha a importância do enfermeiro de família. Segundo a Declaração de Munique (2000), a OMS solicita a todas as autoridades relevantes na região europeia para melhorarem a sua ação no sentido de fortalecer a enfermagem, nomeadamente através da criação de oportunidades para estabelecer e apoiar a enfermagem comunitária focada na família, incluindo o enfermeiro de família.

Em Portugal, a discussão sobre o papel do enfermeiro de família foi iniciada em 2002 pela Ordem dos Enfermeiros, através da conferência “A cada família o seu enfermeiro”, onde foi analisada e discutida a Declaração de Munique. Segundo Nunes (2016) citando a Ordem dos

Enfermeiros (2002), foi concluído nesta conferência que é possível oferecer uma melhor resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidade, se o foco da prestação de cuidados for centrado na família. Isto requer uma reorganização dos cuidados de saúde primários, assim como da enfermagem, surgindo então a figura do enfermeiro de família.

Foram assim abertas portas à valorização do papel do enfermeiro de família em Portugal. A sua definição está presente no Decreto-Lei n.º 118/2014 (p. 4070):

“O enfermeiro de 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, nos termos legais aplicáveis”.

Acredito que o enfermeiro de família cuida a família numa perspetiva sistémica, tendo em consideração as suas relações e os seus recursos. Compreendo que esta é um fator com elevada influência na saúde e na doença das pessoas, podendo ter um papel positivo ou negativo sobre as mesmas. O enfermeiro de família detém conhecimentos especializados sobre a avaliação e intervenção familiar, que lhe permite identificar as suas necessidades de saúde e adequar os cuidados de forma a responder adequadamente às mesmas. Quando em contexto de USF, este realiza um acompanhamento ao longo do ciclo vital, reconhecendo as mudanças na família e incentivando as mesmas quando necessário. Consegue, durante as diversas etapas do ciclo de vida, promover a saúde e prevenir a doença, tendo uma atitude de atuação positiva e não apenas de reação à enfermidade.

Considero que o enfermeiro de família é aquele que tem um ficheiro de utentes atribuído, conhece esse ficheiro e identifica os principais problemas existentes. Através deste conhecimento intervém de forma incisiva naquelas que são as necessidades dos utentes e famílias em particular e da população em geral, contribuindo para ganhos em saúde. Ao realizar a avaliação da família, o enfermeiro de família identifica fatores de risco e aplica intervenções de modo a eliminar os mesmos. Acredito então que a distinção entre o enfermeiro de família e o enfermeiro de cuidados gerais é esta, pois qualquer enfermeiro pode aplicar um modelo de avaliação familiar como o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), no entanto o enfermeiro especialista em saúde familiar conhece os seus utentes, as suas famílias, as suas necessidades e através da aplicação da intervenção familiar sistémica pretende ganhos em saúde não apenas dos utentes e famílias, mas também da população em geral. Por isto, começou a ser

dados ênfase ao valor do enfermeiro de família nas diversas conferências sobre saúde, porque se reconheceu que o mesmo tem um papel essencial para aumentar a saúde da população.

3 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os enfermeiros especialistas elevam a profissão pois contribuem para o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência, e não como uma profissão cujo exercício ainda é abstrato para a maioria da comunidade e a sua importância desvalorizada. O enfermeiro especialista é dotado de conhecimentos baseados na evidência científica, que quando aliados à experiência profissional e pensamento crítico, resultam na prática da enfermagem de excelência.

O regulamento nº 140/2019, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, define que existem quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1 - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL

“As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento 140/2019, p. 4745).

O enfermeiro especialista realiza a tomada de decisão através de um processo reflexivo, no qual tem em consideração os princípios éticos e os valores deontológicos que regulam a sua profissão. Em equipa, participa na tomada de decisão, contribuindo com os seus conhecimentos específicos e promove a reflexão durante e após este processo. A resolução de problemas é realizada em conjunto com o utente e compete ao enfermeiro especialista defender e fomentar o respeito pelos seus direitos, nomeadamente o direito de acesso à informação, confidencialidade, privacidade, valores, crenças e práticas e o direito à escolha de cuidados especializados. Durante a prestação de cuidados demonstrei respeito pelos direitos dos utentes mencionados. A consulta foi realizada em gabinete com privacidade e durante a mesma utilizei o tempo disponível para ouvir os utentes e compreender as suas dúvidas, providenciando informação relevante que lhes permitisse tomar uma decisão consciente e informada. Durante este processo os valores e crenças dos utentes foram respeitados e não realizei juízos de valor. Cabe também ao enfermeiro especialista identificar e analisar as práticas de risco relativas à ética e deontologia para atuar no sentido da prevenção das mesmas e da promoção da segurança.

3.2 - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

As organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos serviços, promovendo a excelência dos cuidados de saúde. Este processo denomina-se por governação clínica.

O enfermeiro especialista detém conhecimentos na área da qualidade que não só aplica na prática durante a prestação de cuidados, mas que também permitem colaborar na realização de projetos institucionais. Este também é responsável por avaliar as práticas clínicas, planear e liderar programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019, p.4748).

De modo a promover a qualidade dos cuidados, senti a necessidade de colaborar na realização de um manual de boas práticas do serviço para que os cuidados sejam uniformizados e as intervenções baseadas na evidência científica.

O funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários sofreu alterações profundas devido à pandemia por SARS-CoV-2. Num período complexo e de incerteza, foi necessário viabilizar soluções que respondessem às necessidades da população de forma segura, para os utentes e profissionais.

As USF não foram exceção e os enfermeiros de família tiveram de se adaptar à nova realidade, reestruturando a dinâmica das unidades funcionais. É imprescindível refletir sobre as medidas implementadas e as práticas desenvolvidas, de modo a transformar a experiência vivenciada em conhecimento e em oportunidades de aprendizagem, o que possibilitará investir na melhoria da qualidade dos cuidados.

Surgiu a ideia de realizar um Ciclo de Webinars com o tema “Impacto da pandemia no funcionamento das USF”. Com a sua realização pretendemos fomentar a consciencialização e conceptualização das estratégias adotadas em diferentes locais, a partilha de aprendizagem entre diferentes profissionais e assim contribuir para a governação clínica.

Apresentei este desafio à equipa da USF Nautilus que se demonstrou muito motivada a colaborar na preparação do mesmo. Em conjunto com a Enfermeira Patrícia Santos e a Enfermeira Bertilde Pereira, definimos os temas que consideramos importantes e que se encontram expostos em Apêndice I.

Expusemos a proposta ao ACES Baixo Mondego que permitiu a sua realização. À data já completamos o Ciclo de Webinars nos quais participaram enfermeiros e médicos das USF que

demonstraram interesse, e estes foram muito enriquecedores na partilha de experiências e conhecimentos, contribuindo para a melhoria das práticas e incitação de pensamento crítico.

Ainda neste domínio, o enfermeiro especialista é responsável por garantir um ambiente terapêutico e seguro e por promover a saúde ocupacional. Por este motivo realizei um cartaz sobre ergonomia no local de trabalho de modo a promover a saúde dos trabalhadores (Apêndice II).

3.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p.4748).

O enfermeiro especialista tem conhecimentos e competências para responder aos diversos desafios de forma eficiente, isto é, para atingir o objetivo pretendido utilizando os recursos da melhor forma possível. Neste processo garante a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Tem ainda a capacidade de gerir e liderar a equipa e de delegar tarefas.

Durante o estágio na prestação de cuidados realizei uma gestão adequada dos recursos nos diversos contextos promovendo a qualidade dos cuidados. Compreendi o meu papel dentro da equipa da USFN enquanto enfermeira em processo de aprendizagem e de aquisição de competências para me tornar enfermeira de família. Mantive uma postura adequada e colaborei com a equipa na prestação de cuidados, nomeadamente através da partilha de conhecimentos. As enfermeiras da USFN ensinaram-me muito e eu partilhei com elas conhecimentos que adquiri no processo formativo relativamente à enfermagem de saúde familiar. A equipa mantém um ambiente positivo de trabalho que é favorável à prática. Quando possível acompanhei o trabalho da enfermeira coordenadora no sentido de adquirir competências no âmbito da gestão de recursos, sejam eles humanos, materiais ou de informação.

3.4 - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Um bom profissional de saúde investe não só na componente científica, mas também na componente do autoconhecimento e reconhece que este é essencial para evoluir enquanto pessoa e enquanto enfermeiro. Quando nos conhecemos nestes dois âmbitos, compreendemos a influência que as nossas características podem ter na relação com o utente. Isto inclui as características positivas, que podem funcionar como recursos, mas também as características que podem ter um impacto negativo, o que nos permite investir nas nossas limitações e contribuir para o crescimento pessoal e profissional. Durante o estágio realizei esta mesma reflexão, percebendo que tenho uma característica enquanto pessoa e enfermeira que é essencial na relação com o utente: a empatia. Quando os utentes expõem o que sentem e os seus problemas, eu ouço verdadeiramente e tento colocar-me no seu lugar. Considero que esta é a única maneira de criar uma relação de ajuda, quando demonstramos disponibilidade e queremos realmente apoiar aquela pessoa. Reconheço que a minha limitação no contexto dos cuidados de saúde primários enquanto enfermeira é o facto de trabalhar em cuidados de saúde diferenciados, e como tal não ter o mesmo nível de conhecimentos na realização de algumas consultas comparativamente às enfermeiras que trabalham nesta área há mais tempo. Compreendo, no entanto, que esta é uma limitação na qual trabalhei para melhorar, e com a experiência e o investimento na aquisição de saberes foi-me possível aumentar os meus conhecimentos.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) considera que a prática de Enfermagem baseada na evidência incorpora a melhor evidência científica existente, reunida com a experiência, opinião de peritos e valores preferenciais dos utentes, tendo em conta os recursos disponíveis.

A prática baseada na evidência permite ao enfermeiro desenvolver cuidados de qualidade, pois este fundamenta a sua prática na mais recente evidência científica. Ao desenvolver conhecimentos e intervenções corretos e adequados, que são aplicados nos diversos contextos, como a pessoa, a família ou a comunidade e nas diversas etapas do ciclo vital, o enfermeiro especialista contribui para melhores práticas e ganhos em saúde. A prática clínica é baseada na teoria, mas a teoria também é construída através da prática clínica, sendo que os enfermeiros especialistas devem contribuir para a construção do conhecimento através da investigação.

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que pretende fomentar o conhecimento nesta disciplina. Engloba os diversos aspetos da saúde que são relevantes para a Enfermagem, nomeadamente a promoção da saúde, a prevenção da doença, o

cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou objetivando uma morte digna (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Os enfermeiros especialistas são responsáveis não só por atuar segundo a evidência científica, mas também por contribuir para a construção da mesma. A ciência não é um dogma e o conhecimento é mutável. Existem constantemente novos desafios e novas necessidades que necessitam de resposta e o enfermeiro especialista tem a capacidade de identificar algumas dessas necessidades, na sua área de especialidade ou não, e de desenvolver conhecimento relevante e fidedigno.

Uma necessidade sentida na USFN é a lacuna que existe em identificar e intervir nas famílias com idosos e cuidadores informais. Estes nem sempre têm o suporte que necessitam e, para providenciar um apoio correto, é necessário primeiramente identificar em que ponto se encontra a situação, para que as intervenções sejam dirigidas e a gestão dos recursos eficiente. Assim, foi criado na USFN o Núcleo de Apoio a Idosos e Família e está a ser realizado atualmente um diagnóstico de situação, com a minha colaboração, como irei desenvolver no quinto capítulo. O mesmo consiste na compreensão do nível de dependência e das necessidades da pessoa idosa e também da capacidade do cuidador para tomar conta e nível de sobrecarga. Posteriormente, pretende-se realizar um estudo com estes dados, de modo a conhecer melhor as necessidades dos idosos e cuidadores para que sejam criados recursos adequados. Um dos principais objetivos deste trabalho de investigação é a criação de uma Consulta do Idoso.

Existem também dois projetos recentes que estão a ser desenvolvidos: o “Núcleo de apoio à parentalidade” e o “Projeto Filtro”. O primeiro pretende auxiliar os pais nas transições familiares e promover a funcionalidade familiar e o segundo objetiva sensibilizar os profissionais de saúde e a população para a importância da cessação tabágica nas mulheres em idade fértil, sendo que contribuí para estes projetos.

4 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA), a principal organização mundial de enfermeiros de família, formulou uma declaração com as competências práticas avançadas para a enfermagem de família. A IFNA (2015), refere que reconhece que existe uma variabilidade internacional relativamente à prática educacional e à própria prática avançada da enfermagem com as famílias. Assim, foi criada uma declaração que permite formular uma visão clara das competências práticas do enfermeiro de família e fornecer uma norma guia, essencial para definir a direção futura do papel do enfermeiro, tendo em consideração os regulamentos de cada país.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar definidas no Regulamento 428/2018, quando comparadas com as competências definidas pela IFNA, são muito semelhantes, demonstrando que o regulamento criado em Portugal seguiu as normas propostas pela IFNA e partilha a mesma visão para o futuro do enfermeiro de família.

“As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são: Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento 428/2018, p. 19355).

As referidas competências no regulamento apresentam-se com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

4.1 - CUIDAR A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Cuidar a família enquanto unidade de cuidados envolve uma elevada aptidão porque esta é um sistema complexo. Não cuidamos apenas de um indivíduo, mas sim de diversos indivíduos e das suas relações, entre eles e com o meio externo. Quando cuido a família tenho sempre presente algo que considero muito importante: o princípio da totalidade, isto é, o todo é mais do que a soma das suas partes.

A família é mais do que elementos individualizados, é um sistema em constante interação e desenvolvimento, e o comportamento de cada um dos seus membros é indissociável do comportamento dos restantes. Isto implica que as ações e os acontecimentos da vida de um indivíduo afetam toda a família. Para compreender este sistema tão complexo é necessário estabelecer uma relação baseada na confiança e aceitação, para que os mesmos sintam que podem partilhar connosco aspetos pessoais da sua vida.

Quando avalio uma família tenho em consideração que estou a entrar na sua esfera pessoal e privada, e que tenho de o fazer com o máximo de respeito, de modo a não quebrar os limites e a confiança da mesma. Através desta relação é possível delinear objetivos juntos e realizar um plano de ação que faça sentido para a família e que tenha em vista a sua saúde. Quando a família colabora na definição de objetivos, não só estamos a responder às necessidades sentidas pela mesma, mas também estamos a contribuir para que estes se sintam motivados a trabalhar para atingir esses objetivos.

Creio que o papel do enfermeiro de família é este mesmo: através da relação de ajuda, colabora na realização de um plano de cuidados para a família, intervém e reavalia ao longo do tempo a sua intervenção, tendo sempre como objetivo a saúde das famílias e da população. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p. 9), o enfermeiro de família “possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença, pelas famílias, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas”.

As famílias vivenciam constantemente situações complexas que exigem mudanças na sua dinâmica e/ou estrutura familiar e compete ao enfermeiro de família identificar os processos de transição das famílias e auxiliá-las durante os mesmos. Todos os enfermeiros especialistas devem conhecer-se enquanto pessoa e profissional e saber reconhecer os valores, ideias e conceitos com os quais se identificam, estando assim aptos para definir o seu quadro de referência de forma clara e orientar a sua prática por ele.

O meu quadro de referência é a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Identifico-me com esta teoria pois nela o enfermeiro valoriza o utente como parceiro de cuidados e não tem uma visão biomédica, não valoriza apenas as transições relacionadas com a saúde e doença, mas todas as transições que tenham impacto na vida da pessoa, sublinhando também a influência das crenças e do ambiente nestas. Meleis defendia que todas as pessoas têm potencial para mudar e essa é

a minha premissa quando cuido de um utente ou família. Eu acredito que a pessoa tem potencial para mudar se esta tiver os recursos e a motivação necessários, sendo competência do enfermeiro criar as condições necessárias para uma mudança saudável. Esta visão também está presente na Teoria dos Sistemas, o meu outro quadro de referência, representado pelo princípio da equifinalidade: condições iniciais idênticas podem corresponder a resultados diferentes e vice-versa. O que importa é o processo de desenvolvimento. Qualquer sistema pode chegar a uma finalidade se tiver as condições ideais para o fazer.

O enfermeiro especialista em saúde familiar tem a capacidade de identificar processos de transição nos utentes e famílias e reconhecer quando estes necessitam de realizar mudanças. Alarcão (2000), citando Minuchin (1979), refere que existem quatro fontes de stress: quando um membro da família está em contacto com uma fonte de stress extra-familiar, quando toda a família tem contacto com uma fonte de stress extra-familiar, o stress relacionado com as fases de transição do ciclo vital e o stress causado por problemas particulares. A mesma autora refere ainda que existem crises naturais e acidentais no sistema familiar. As crises naturais são expectáveis e estão associadas às diferentes etapas do ciclo vital, designando-se também por normativas. As crises acidentais são inesperadas e estão relacionadas com as restantes fontes de stress mencionadas.

O enfermeiro de família presta cuidados a todas as famílias pelas quais são responsáveis, “considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições de saúde e doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10).

Nesta perspetiva, a identificação da etapa do ciclo vital providencia muita informação pertinente ao enfermeiro de família sobre a crise vivenciada, pelo que durante a prestação de cuidados tentei compreender em que etapa os utentes se encontravam. As etapas do ciclo vital descrevem a trajetória típica das famílias ao longo da vida, o que permite compreender que tipo de transições as pessoas estão a vivenciar, as transformações esperadas na família e na sua estrutura, assim como as tarefas correspondentes. O enfermeiro monitoriza as transições associadas às etapas do ciclo vital, identificando as necessidades da família e o ajuste da mesma às mudanças e novas tarefas e avalia a sua resiliência e as suas forças individuais e em conjunto, assim como as suas relações afetivas. O enfermeiro de família auxilia nos processos de estruturação familiar sendo ele próprio um recurso, nomeadamente através da identificação dos

seus pontos fortes e fracos. Nesta perspectiva, realizei um panfleto dirigido aos utentes em processo de transição para a parentalidade, de modo a auxiliar os mesmos a encontrar recursos que promovam o retorno ao equilíbrio familiar após o nascimento do primeiro filho (Apêndice III).

A identificação da etapa do ciclo vital é deveras relevante no entanto, durante a minha intervenção refleti que, infelizmente, nem sempre é possível ser aplicada pois não se enquadra em todas as famílias que avaliamos. Cada vez mais começam a existir trajetórias diferentes e novos ciclos vitais. As famílias tradicionais estão a diminuir e as famílias atuais trazem novos desafios ao enfermeiro de família. Temos vindo a observar uma diminuição da dimensão das famílias, com os casais a terem menos filhos, mais tarde e também casais que não têm filhos, núcleos familiares monoparentais, pessoas a viver sozinhas, diminuição do número de casamentos, aumento do número de divórcios e recasamentos, e uma população mais envelhecida. A família tradicional representa um desafio para o enfermeiro de família por ser tão complexa e única, no entanto já existe evidência científica significativa relativa às mesmas, nas quais os enfermeiros podem basear a sua prática. As famílias atuais vêm representar um desafio ainda maior porque até há pouco tempo não eram muito comuns. Os profissionais têm menor experiência com este novo tipo de complexidade e a sua representação na evidência científica é deficiente. Acredito que compete ao enfermeiro de família colmatar esta necessidade, contribuindo para a investigação nesta área, com a sua prática clínica, visão e conhecimentos.

“Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

A crise vivenciada pela família, seja normativa ou accidental, requer uma mudança de segunda ordem. O enfermeiro de família tem o papel de ajudar a família a reconhecer que a crise não é necessariamente uma coisa má, é sim uma oportunidade de mudança para que esta possa crescer e retornar ao equilíbrio. As mudanças têm impacto nos padrões de relação e na estrutura da família, destacando-se novamente a importância do enfermeiro que acompanha a família ao longo do ciclo vital, pois já conhece os seus padrões de relação e os seus recursos e consegue definir intervenções adequadas.

Em situações de crise o enfermeiro de família auxilia a mesma a encontrar as suas forças. As forças podem ser aptidões, capacidades, competências, recursos entre outros, que vão ajudar a pessoa a lidar com a sua situação. Quando as pessoas utilizam as suas forças, encontram sentido

nos diversos contextos e são capazes de ultrapassar problemas complexos. Cabe ao enfermeiro reconhecer e valorizar as forças das pessoas e da família, mas também lhe compete incentivar a família a procurar as suas próprias forças e a focarem-se nelas. Quando é a própria pessoa que fala sobre o seu problema, está a demonstrar disponibilidade e abertura para procurar as suas forças e vencer as dificuldades. Como por exemplo, em contexto de consulta de saúde materna, uma utente grávida referiu os dois abortos que teve no passado, demonstrando a sua preocupação, mas ao mesmo tempo manifestou que estava a encarar a situação e, ela própria, mencionou as suas forças quando incentivada.

Para intervir na família de modo a obter os melhores resultados possíveis, é necessário existir uma avaliação adequada da mesma. Esta realiza-se através dos instrumentos de avaliação familiar. São diversos os instrumentos que existem e estes fornecem informações muito relevantes quanto à família, sendo que o enfermeiro aplica aqueles que considera mais adequados para a família que avalia. Considero ser de maior importância a aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), uma vez que este nos orienta para a obtenção de informações no que se refere à estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família. Este é um dos modelos mais bem aceites na comunidade de enfermagem para avaliar a família pois com a sua aplicação realizamos uma colheita de dados completa e pertinente. Esta colheita é realizada com o auxílio da família e outros meios disponíveis como o sistema de registo informático, mas também através do nosso “olhar clínico”, ao observar as interações, a forma de comunicar, entre outros. O MCAF requer também a aplicação de outros instrumentos muito relevantes como o Genograma e o Ecomapa.

O Genograma é um instrumento de avaliação familiar fundamental para avaliar a família extensa e conhecer os seus elementos e relações. Este consiste num diagrama do grupo familiar, com pelo menos três gerações, e providencia uma perspetiva de quem o utente considera ser a sua família, quais são as relações dentro da família, e quem pode ser um potencial recurso para a mesma. Já o Ecomapa permite avaliar os sistemas mais amplos e as relações com os mesmos e possibilita identificar os sistemas de suporte existentes e os potenciais sistemas de suporte. O enfermeiro pode utilizar a realização do Genograma e Ecomapa como uma oportunidade para explorar forças e recursos, assim como para definir intervenções. Com a aplicação destes dois instrumentos conseguimos rapidamente identificar a família nuclear, a família alargada, os seus recursos, e a relação entre eles, auxiliando na realização do plano de cuidados.

Durante o estágio realizei a avaliação familiar através do MCAF (Apêndice IV), em contexto de visita domiciliar, a um casal de idosos. A realização desta avaliação permitiu-me obter informações relativamente a problemas que até então ainda não tinham sido identificados. O filho da utente geralmente estava sempre presente durante a visita e era muito interessado e preocupado relativamente à ferida da sua mãe. Durante a avaliação familiar, os utentes revelaram que este filho tem um problema grave de alcoolismo e que por vezes eram mal tratados. Esta situação não tinha sido identificada porque durante a visita este filho parecia sempre muito envolvido no processo de recuperação da mãe, não levantando preocupações às enfermeiras da USFN. No entanto a avaliação da família permitiu descobrir esta situação, sendo que atualmente o filho já não fala com os utentes nem mantém qualquer tipo de relação. Este exemplo demonstra o quanto é importante realizar a avaliação familiar, pois permite-nos identificar situações que não conseguimos detetar de outra forma. Apenas quem é parte da família a conhece verdadeiramente, sabe como são as relações, quais são os seus problemas e em que é que precisam de ser ajudados. Compreendo que a avaliação familiar é imprescindível para obter este tipo de conhecimento sobre a mesma e que apenas quando trabalhamos em conjunto é possível obter resultados notáveis.

Considero que uma das minhas dificuldades na aplicação do MCAF foi obter toda a informação relevante no pouco tempo que temos para realizar a visita domiciliar. Porque por um lado não quero que pareça uma entrevista, em que faço constantemente questões, mas sim que seja um diálogo em que a pessoa sente disponibilidade para falar e ser ouvida. Por outro lado, é importante utilizar estas visitas como oportunidades para colher dados relevantes. Assim, para colmatar esta dificuldade, realizei a avaliação familiar durante dois episódios de visita domiciliar, sendo que me permitiram estar aproximadamente quinze minutos com a família, e apenas tentei guiar o diálogo para que os utentes não sentissem que estavam a ser interrogados, e para eu ter verdadeiramente disponibilidade para os ouvir e às suas preocupações.

Reconheço que a avaliação e intervenção familiar é um processo longo, que demora tempo, e que este tem de ser reavaliado e discutido com a família de forma sistemática ao longo do tempo, para avaliar o progresso da mesma, dar feedback, e compreender quais vão sendo os novos desafios que ela enfrenta.

Neste processo é importante não analisar apenas o progresso da família, mas também a minha prática, para refletir sobre a minha intervenção e em que aspetos posso melhorar, investindo constantemente no meu desenvolvimento profissional. A experiência que vivenciei no estágio

foi muito importante, no entanto é igualmente importante refletir sobre a mesma para consolidar os conhecimentos e para identificar as minhas dificuldades e superar as mesmas.

Um dos critérios de avaliação desta competência é “analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

A dinâmica familiar é complexa na sua estrutura, nas suas relações e no seu desenvolvimento, influenciando de forma relevante a prestação de cuidados. Os subsistemas e a relação entre os mesmos estão diretamente relacionados com os limites, pelo que julgo ser deveras importante compreender durante a avaliação quais são os limites da família, para compreender se esta está regulada em termos das suas funções e permeabilidade. Se intervir numa família com limites claros, vou saber que cada subsistema tem as suas funções e estas estão a ser cumpridas, existindo uma boa comunicação que permite troca de influências. Estas famílias têm mais facilidade em aceitar a intervenção, em refletir, em realizar mudanças e em autorregular-se. Se for uma família com limites difusos, uma vez que existe demasiada permeabilidade, coloca em perigo a diferenciação dos subsistemas. Como tal vai ser mais difícil de intervir no sentido de promover a saúde, pois as tarefas não estão bem definidas e é necessário dar prioridade à intervenção nas relações, tal como numa família com limites rígidos que apresenta dificuldade na comunicação e compreensão, e têm de ser motivadas a utilizar estratégias comunicacionais que promovam uma comunicação saudável. Estes limites existem entre subsistemas e entre a família e o suprasistema. A relações, os limites e a dinâmica familiar vão ter um impacto significativo nos nossos cuidados, devendo por isso também ser um alvo de cuidados.

Os fatores ambientais têm repercussões na saúde da família que podem ser positivas ou negativas. Considero que a visitação domiciliária é a maneira ideal de avaliar estes fatores e por isso também a valorizo tanto. Antes de entrar no domicílio posso avaliar diversas coisas como o tipo de bairro, a aparência da residência por fora, o acesso à casa, entre outros. Quando entro no domicílio do utente consigo analisar de imediato diversas situações e identificar fatores de risco. Existem obstáculos à deambulação, como mobília ou tapetes? A casa tem iluminação adequada, está higienizada e arrumada? O ambiente está arejado? A medicação está devidamente acondicionada? Têm os apoios adequados para o nível de dependência? Como foi exemplificado, existem diversas situações que podem ser avaliadas e que são tão importantes.

Um simples diagnóstico de enfermagem como o risco de queda é deveras importante. Inúmeros são os idosos que eram previamente independentes na realização dos autocuidados e viviam

sozinhos e após uma queda e consequente fratura ficam dependentes e por vezes já não retornam ao seu domicílio, pois são colocados em lares pela família alargada, por diversas razões. Como tal, considero a visitação domiciliária uma enorme mais-valia por todas as situações que podem ser identificadas.

É importante não esquecer que os fatores como a cultura, o contexto e os recursos também são fatores ambientais que requerem avaliação. Quando o enfermeiro de família realiza uma avaliação adequada, os diagnósticos e respetivas intervenções vão ser definidos corretamente. Desta forma atua na prevenção da doença através da eliminação de fatores de risco. Não se incluem apenas os fatores ambientais, mas sim tudo o que possa influenciar a família, seja um potencial ou real fator de risco. Quando o enfermeiro elimina os riscos contribui diretamente para a saúde da pessoa, da família e da população.

A crenças e os valores desempenham um papel significativo nas decisões das pessoas e como tal na sua saúde. O enfermeiro necessita de valorizá-los como um fator de influência relevante e de aceitar os mesmos sem julgar. Frequentemente existem questões éticas relacionadas com a gestão da saúde e da crença, em que o enfermeiro tem de encontrar um equilíbrio entre respeitar as crenças e não prejudicar a saúde do utente.

Na USFN presenciei um exemplo disso que foi discutido em equipa e embora eu não tenha estado presente em consulta considero importante mencionar este caso pois suscitou reflexão. Uma utente tem uma criança que nasceu prematura com 27 semanas, tendo tido no momento diversas sequelas. Atualmente a situação clínica encontra-se estável. Esta utente pretendia que a bebé iniciasse a alimentação com o método Baby-Led Weaning, que consiste na autoalimentação do bebé, a partir dos 6 meses de idade, através da oferta de pedaços inteiros de alimentos, de preferência da refeição familiar, que a criança ingere com as suas mãos. A criança prova qualquer alimento, desde o início da alimentação, sem existir uma ordem específica para introduzir os alimentos e sem utilizar alimentos com consistência de puré (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018). Identifico diversos fatores de risco associados a este método de alimentação, tendo em consideração que esta é uma criança prematura. Existe o risco de asfixia, pois apesar de quando a criança iniciar a alimentação ter a idade cronológica de 6 meses, a sua idade corrigida é consideravelmente menor, cerca de 3 meses. É necessário ter em consideração que este bebé poderá ainda não ter as capacidades de mastigação e deglutição necessárias e que iniciar aos 6 meses de idade cronológica é um grande risco. Outro aspeto relevante é o facto de a bebé já ter apresentado uma reação alérgica na administração de vacinas. Ao introduzir

diversos alimentos juntos, sem uma ordem específica, existe o risco de a criança desenvolver uma reação alérgica e não se identificar o alimento que causou a mesma. Considerando que a comida deverá ser proveniente da refeição da família, é necessário ter em conta que esta não deve conter sal, açúcar ou gorduras. Uma vez que o bebé escolhe o que quer comer do que é oferecido, deve existir supervisão parental se o mesmo está a ingerir alimentos diversificados e com densidade energética suficiente. A bebé ainda não tinha iniciado este método de alimentação, no entanto a mãe expressou a sua vontade em fazê-lo e que acredita que este é correto e não apresenta riscos. Durante as consultas a equipa dialogou com a utente sobre os potenciais riscos, sobre considerar iniciar esse tipo de alimentação mais tarde e sobre quais os cuidados a ter caso opte por este método, tal como evitar alimentos de consistência muito dura que possam provocar asfixia. Este é um caso em que a equipa de enfermagem se viu confrontada com uma situação em que as crenças da mãe podem colocar em risco a saúde da criança e têm de intervir de forma que respeite as ideias da utente, mas que ao mesmo tempo elimine os fatores de risco.

4.2 - LIDERAR E COLABORAR NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O descritivo da segunda competência é “Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

O enfermeiro de família reconhece que além de ser um recurso, é responsável por encaminhar a família para outros recursos que lhe possam trazer benefícios. Estes podem ser por exemplo um encaminhamento para a consulta externa no hospital, para a consulta de tabagismo na unidade de S. Julião, para a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), entre outros.

Durante o estágio, em contexto de visitação domiciliária, intervimos numa família de idosos que eram cuidados pela sua nora por não terem outros recursos. Esta apresentava falta de conhecimentos e competências para cuidar deles, o que era visível na falta de higiene dos idosos e do próprio domicílio, assim como pelo facto de o Sr. ter múltiplas úlceras de pressão. Este utente foi referenciado para RNCCI devido às feridas e a todo o contexto familiar, no entanto enquanto aguardava vaga fomos intervindo com a família. A cuidadora inicialmente não era colaborante e foi necessário construir uma relação de confiança que permitiu que a mesma se demonstrasse um pouco mais disponível. Esta foi instruída sobre a importância da higiene e arrumação do domicílio, sendo que progressivamente foi demonstrando melhorias. Planeei realizar ensinamentos sobre os cuidados de higiene, pelo que elaborei um folheto que se encontra em Apêndice V, no entanto não foi possível concretizar os mesmos pois o Sr. foi integrado na RNCCI antes.

Infelizmente existem muitos idosos em condições semelhantes a estas. Estão sob cuidados de pessoas que não têm conhecimentos e/ou capacidades para cuidar, e também de pessoas que não os tratam com o carinho e a dignidade que merecem. Esta situação entristece-me profundamente, pois são pessoas em situação vulnerável que muitas vezes não têm outros recursos. O enfermeiro é responsável por detetar este tipo de situações e de manter um olhar atento para atuar o mais brevemente possível.

O enfermeiro de família tem também a preocupação de acompanhar a situação do utente após o mesmo ser referenciado/encaminhado para os recursos que necessita, de modo a promover a continuidade de cuidados.

Os critérios de avaliação desta competência fazem bastante referência à valorização e visibilidade da enfermagem de saúde familiar, seja através da partilha de conhecimentos com os colegas, do desenvolvimento de programas de saúde familiar, do desenvolvimento de políticas sociais ou da partilha de informação nas redes sociais. A enfermagem de saúde familiar ainda é recente e é necessário esclarecer à restante classe profissional, às equipas multidisciplinares e à população o que significa ser enfermeiro de família, a importância de cuidar da família como um todo, que o enfermeiro de família tem conhecimentos especializados e baseia a sua prática na evidência, trazendo grandes ganhos para a saúde.

O trabalho do enfermeiro de família ainda não é reconhecido em termos de indicadores. Estes são na sua maioria inadequados pois estão focados maioritariamente em objetivos incorretos como o número ou o tempo de consultas. Como podemos esperar que as nossas intervenções tenham resultados se temos de contar o tempo durante as consultas? Os indicadores não valorizam ou expõem o verdadeiro trabalho de enfermagem, muito menos do enfermeiro de família e estão muito focados nos cuidados biomédicos. Isto deve-se à presente cultura organizacional e às atuais políticas de saúde, que apenas valorizam a gestão de recursos e não compreendem que investir na prevenção da doença e na promoção da saúde poupa muitos recursos a longo prazo comparativamente com investir na atuação perante a doença.

Tem de existir uma mudança de paradigma e os enfermeiros têm de procurar incitar essa mudança dentro do que lhes é possível. Os enfermeiros de família precisam de tempo e recursos para dedicarem às suas famílias. Por exemplo, a visita domiciliária não deveria ter como critérios apenas as pessoas dependentes que não se conseguem deslocar ao centro de saúde para serem cuidados. Existem situações que iriam trazer diversos ganhos como por exemplo a visita à família com recém-nascidos ou crianças pequenas. A prevenção tem de ser mais valorizada, principalmente a prevenção primária, pois pode prevenir diversos problemas no futuro.

5 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro atua com fundamentação da sua prática, mobilizando e adotando os conhecimentos e técnicas corretas, tendo como objetivo realizar as melhores práticas, fundamentadas em resultados de investigação assim como outras evidências. Na tomada de decisão e na realização das intervenções, o enfermeiro tem em conta na sua prática os resultados da investigação.

Em enfermagem a investigação é o alicerce dos cuidados de qualidade e das boas práticas. Através da mesma são aprofundados conhecimentos que permitem aprimorar as intervenções e a tomada de decisão consciente e informada. Assim, o desenvolvimento de trabalhos de investigação por parte dos profissionais de enfermagem promove a prática baseada na evidência e a valorização científica da profissão. Os enfermeiros são responsáveis por contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos através de projetos de investigação que considerem relevantes.

5.1 - INTRODUÇÃO

Como ressalvo previamente, o envelhecimento populacional é uma realidade crescente que apresenta considerável impacto na saúde das pessoas e das populações. Face a esta realidade, a equipa de enfermagem da USF Nautilus tem desenvolvido a preocupação de acompanhar a população de idosos da sua comunidade de forma a implementar respostas adequadas.

Disponibilizar cuidados centrados nos idosos requer a identificação das suas necessidades e o ajuste dos sistemas perante as mesmas. Apenas assim é possível providenciar respostas favorecedoras à saúde deste grupo populacional. Para isso é necessário que os idosos sejam avaliados de forma abrangente para desenvolver serviços que providenciem apoio (OMS, 2015).

No que se refere aos cuidados de saúde primários, as consultas que abrangem a população idosa relacionam-se com a existência de patologia como a diabetes ou a hipertensão arterial, e não com a saúde e o bem-estar geral do utente. A perspetiva holística é descurada e as intervenções são direcionadas ao “rótulo” que é atribuído ao idoso pela sua patologia. Existe a necessidade de preencher esta lacuna de forma a permitir a realização da avaliação global do idoso. Em Portugal a evidência científica ainda é escassa e conseqüentemente a sua implementação. É crucial desenvolver esta área de investigação de forma a produzir resultados e futuramente desenvolver uma consulta direcionada ao idoso.

A USF Nautilus considerou assim fundamental realizar um estudo que visa definir o perfil dos idosos e familiares cuidadores dentro do ficheiro de utentes inscritos, uma vez que é essencial conhecer a população para atuar. A perspetiva é desenvolver no futuro, se permitido, uma consulta do idoso, abrindo o caminho da investigação nesta área. Uma vez que considero vital desenvolver este trabalho de investigação, participei, com a equipa de enfermagem, no desenvolvimento do estudo e na aplicação de questionários.

5.1.1 - O idoso

Está a decorrer uma transição demográfica na generalidade dos países e esta é amplamente estudada quanto ao seu impacto social. Caracteriza-se pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, resultando no processo de envelhecimento demográfico (Kobayasi et al., 2019).

O envelhecimento humano relaciona-se com o processo de mudança progressivo das componentes biológica, psicológica e social das pessoas, que se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2006). Este traduz-se na diminuição de certas capacidades ao longo do tempo, físicas e/ou cognitivas, contribuindo para o aumento da probabilidade de manifestar situações de doença aguda e crónica e desenvolvimento de dependências.

“As alterações da estrutura familiar inerentes à última etapa do ciclo de vida da família caracterizam-se por transições interligadas ao envelhecimento, como processo experiencial e único. A reconstrução relacional intrasistema e com as gerações mais novas, aliadas às mudanças necessárias decorrentes do envelhecimento constituem-se como desafios fundamentais às famílias nesta etapa do seu ciclo.” (Figueiredo, Martins, Silva & Oliveira, 2011, p. 12).

Este período do ciclo vital requer por parte dos indivíduos um ajuste de expectativas e de objetivos por serem apresentados com novos desafios. O confronto com a eventual diminuição de capacidades físicas e cognitivas, assim como o aproximar da sua morte e da de pessoas próximas ganha uma maior ênfase. Apesar destas novas expectativas, o processo de envelhecimento é percecionado de forma diferente por cada pessoa. É indispensável realizar um processo de transição saudável que resulte na aceitação do envelhecimento como parte do ciclo vital.

“A preparação e aceitação do envelhecimento surge como uma tarefa de desenvolvimento essencial para a manutenção processual do equilíbrio entre o ciclo de vida familiar e o ciclo de vida individual” (Figueiredo, Martins, Silva & Oliveira, 2011, p. 19).

A visão depreciativa que a sociedade tem do idoso influencia este processo de transição de forma significativa. O idoso ainda é predominantemente percebido como alguém incapaz, dependente, sem competências e como um encargo para os familiares em particular e para a sociedade em geral. Esta apreciação errónea resulta na negligência da sua valorização e da criação de respostas para as suas necessidades. Ser idoso não é sinónimo de estar doente. Existe sim uma maior fragilidade e predisposição para desenvolver situações de doença aguda e crónica assim como para desenvolver dependência. Contudo, estes continuam a ser pessoas e necessitam de ser valorizados como tal.

A esperança de vida aumentou acentuadamente neste e no século passado, devido a fatores como baixas taxas de natalidade e de fertilidade, diminuição da mortalidade infantil, melhoria das condições económicas, modificação progressiva dos hábitos de vida, melhoria da eficácia, efetividade e eficiência dos cuidados preventivos, terapêuticos e de suporte (Pinto, Veríssimo & Malva, 2019). O aumento da esperança média de vida é uma das maiores conquistas da sociedade atual, no entanto, associado à diminuição das taxas de natalidade e fecundidade, conduz ao envelhecimento populacional. Este fenómeno é visível a nível mundial, sendo mais evidente nos países desenvolvidos pelos fatores mencionados.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), em Portugal, entre 2018 e 2080 o número de idosos passará de 2,2 para 3,0 milhões. Com o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento quase que duplicará, passando de 159 para 300 idosos, por cada 100 jovens.

“O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade – no mercado laboral e financeiro; na procura de bens e serviços como a habitação, nos transportes e na proteção social; e nas estruturas familiares e laços intergeracionais” (ONU, 2021).

O aumento do número de pessoas nesta faixa etária implica a criação de respostas às suas necessidades. Existe uma lacuna na inclusão dos idosos nos diversos meios, sejam eles políticos, financeiros, sociais, de saúde, entre outros. É preponderante a sociedade começar a valorizar os idosos e considerá-los como um recurso valioso através do qual conseguem obter ganhos significativos para todos.

Utilizando a situação laboral a título de exemplo, existem numerosos idosos que, dada a possibilidade, continuariam a trabalhar mesmo após a idade da reforma pois ainda mantêm

níveis altos de funcionalidade. Quando associamos a população idosa à dependência e doença estamos a generalizar e a diminuir as oportunidades para a porção desta população que ainda mantém as capacidades necessárias. Ao criar postos de trabalho que aceitem pessoas idosas, vão existir duplos ganhos, isto é, o idoso vai estar a contribuir para o crescimento económico do país e o país contribui para a manutenção das capacidades físicas e cognitivas do idoso, e também para a manutenção da sensação de bem-estar, de se sentir útil e como tal para a qualidade de vida da pessoa, que vemos ser significativamente afetada na maioria dos casos quando deixam de trabalhar pois sentem-se sem objetivos.

Nesta faixa etária existe um aumento da frequência de doenças, agudas e crónicas, existindo habitualmente idosos com várias doenças. A patologia crónica geralmente conduz à limitação funcional e perda de qualidade de vida (Pinto, Veríssimo & Malva, 2019). De modo a diminuir as consequências nefastas das patologias nos indivíduos, assim como o impacto que estas têm na economia, é necessário intervir precocemente para promover a saúde e prevenir a doença, ao longo do ciclo de vida, para que os idosos sejam mais saudáveis, apresentem menor prevalência de doença e um controlo adequado da mesma quando esta existe, de modo a prevenir situações agudas e a promover a manutenção das capacidades da pessoa.

Investir neste tipo de intervenção e no envelhecimento ativo torna-se imprescindível para a manutenção da qualidade de vida dos idosos e do seu meio social envolvente, nomeadamente a sua família, que também necessita de efetuar mudanças e adaptar-se às novas exigências. É indispensável desenvolver redes de apoio e recursos para responder às necessidades de ambos. Para isto é imperativo conhecer a população e as suas necessidades.

5.1.2 - O cuidador informal

O ato de cuidar relaciona-se não só com a prestação de cuidados diretos à pessoa de modo a responder às suas necessidades, mas também com a componente afetiva, de carinho e de cuidado para com a pessoa cuidada. As necessidades da pessoa dependente não se prendem apenas com necessidades fisiológicas ou com as atividades de vida diária, mas também com as necessidades emocionais, sociais e relacionais. A pessoa é muito mais que a sua componente biológica, é um ser holístico, bio-psico-social e espiritual. O cuidador, utilizando os seus conhecimentos e competências, responde às necessidades sentidas pela pessoa dependente.

O cuidador pode ser considerado formal ou informal. O presente estudo incide sobre os cuidadores informais, podendo estes ser classificados como cuidador informal principal ou cuidador informal não principal. Garbaccio & Tonaco (2019) referem que o cuidado acontece

quando a pessoa cuidada sente que é reconhecida, sente-se bem e que se pode expressar, e que, o cuidador, além de prestar apoio, deve promover o diálogo, a proteção, e um ambiente harmonioso.

A recente Lei n.º 100/2019 aprova o Estatuto do Cuidador Informal e segundo esta consideram-se dois tipos de cuidador informal, nomeadamente o cuidador informal principal como sendo

“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (2019, p. 9).

O cuidador informal não principal define-se como

“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (2019, p. 9).

O ISS é responsável pelo reconhecimento do cuidador informal mediante apresentação de requerimento, se possível com consentimento da pessoa cuidada. O cuidador informal, quando reconhecido, tem diversos direitos, nomeadamente: ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada; ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social; aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito; aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais; usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada; beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional; beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto; conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal; beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino; ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais (Lei n.º 100/2019).

O cuidador informal apresenta também deveres perante a pessoa cuidada: atender e respeitar os seus interesses e direitos; prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário; garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta; promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada; desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada; potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada; promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer; assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional; assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas; comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde; participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas; informar, no prazo de 10 dias úteis, os competentes serviços da segurança social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento de cuidador informal (Lei n.º 100/2019).

Estima-se que em Portugal existam entre 800 mil e 1 milhão de cuidadores informais que prestam cuidados de forma não remunerada (Soeiro, Araújo & Figueiredo, 2020). Este número enfatiza a urgência em criar redes de apoio para os cuidadores, que os permitam prestar cuidados a quem necessita, sem sofrerem eles próprios danos na sua esfera pessoal, seja em termos físicos, psicológicos ou económicos. É evidente a escassez de apoio a estas pessoas, que todos os dias dão parte de si para cuidar o outro.

Existe uma moral familiarista dos cuidados que assenta no pressuposto cultural de que é “normal” e “esperado” dos membros familiares, principalmente das mulheres, que estes assumam os cuidados, sendo uma espécie de dever altruísta. Muitas vezes os familiares tornam-se cuidadores por obrigação, não por alguém efetivamente os obrigar, mas sim pela falta de alternativas. Esta é uma situação de altruísmo forçado, em que os familiares se veem

confrontados com o poder de decidir cuidar de quem amam, mas quererem fazê-lo de forma sustentável, cuidando também de si (Soeiro, Araújo & Figueiredo, 2020).

Em Portugal é cultural os familiares cuidarem as pessoas dependentes da sua família, sendo esta tarefa percecionada como um dever. É frequente os cuidadores não quererem assumir este papel e, no entanto, são compelidos a fazê-lo por não existirem outras respostas. Os cuidadores informais principais colocam constantemente a vida da pessoa que cuidam à frente da sua, deixando de cuidar de si. Abandonam a sua vida pessoal, social, familiar, profissional e as suas ocupações para cuidar do seu familiar.

Apesar das adversidades, a maioria destes cuidadores demonstra vontade em permanecer como cuidador principal, seja por quererem cuidar da pessoa que amam, seja por a pessoa cuidada querer estar no seu domicílio e no seio familiar. Contudo, a sobrecarga cresce gradualmente e estes começam a vivenciar sentimentos negativos relacionados com o familiar e o processo de cuidar, e consideram o familiar como um “fardo” que não lhes permite viver a sua própria vida.

É referido na Lei n.º 100/2019 que existem diversas medidas de apoio comuns, das quais o cuidador informal pode beneficiar, nomeadamente a designação de um profissional de saúde de referência que preste apoio em termos informativos, de mobilização de recursos e providencie acompanhamento ao cuidador. O cuidador tem direito a um plano de intervenção específico, elaborado pelo profissional de referência com a sua colaboração, que este deve seguir de modo a responder às necessidades advindas da situação da pessoa cuidada. O cuidador informal tem direito a participar em grupos de autoajuda dinamizados por profissionais de saúde. Os serviços de saúde devem assegurar ao cuidador informal a formação e informação necessária para que este preste os melhores cuidados à pessoa. O cuidador tem também direito a apoio psicossocial consoante os recursos da área da segurança social e da saúde. O cuidador informal por usufruir de um período de descanso com a finalidade de diminuir a sobrecarga física e emocional, podendo a pessoa cuidada ser referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, ser encaminhada temporariamente para uma estrutura residencial para pessoas idosas ou beneficiar de serviço de apoio domiciliário. O cuidador informal tem direito à promoção da integração no mercado de trabalho após terminar a prestação de cuidados. No caso do cuidador informal não principal, este tem direito à conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados aplicando-se o regime de parentalidade previsto no Código do Trabalho. Caso o cuidador frequente atividades educacionais ou formativas tem direito a estudo trabalhador-estudante. Existem ainda medidas de apoio mais específicas ao cuidador informal principal que podem ser

consultadas na Lei n.º 100/2019 (Instituto da Segurança Social, 2021). O caminho está a ser construído, no entanto ainda há muito por fazer, nomeadamente na área política.

O Estatuto do Cuidador Informal foi uma vitória para os cuidadores por verem o seu trabalho reconhecido, mesmo que não seja remunerado. Contudo, permanecem ainda diversas questões que necessitam de ser abordadas de modo a aperfeiçoar o Estatuto e a desenvolver as medidas de proteção e de apoio disponíveis para os cuidadores. Existe uma lacuna significativa no Estatuto, pois este apenas é aplicável aos cuidadores que apresentam laços biológicos com a pessoa cuidada. Assim, cuidadores informais que não pertençam à família biológica não podem usufruir do Estatuto. A família definida por cada um de nós pode ir muito além dos laços biológicos. Sabe-se que existem bastantes famílias com um determinado nível de disfuncionalidade, que não apresentam um cerne de afeto e proteção ou comunicação saudável. Muitas famílias biológicas não apresentam qualquer tipo de laços afetivos e vivenciam até situações de violência física e psicológica. O conceito da família como sendo apenas aquela que apresenta laços de sangue começa a ficar obsoleto. Para a maioria das pessoas a família é o núcleo de pessoas com a qual esta se sente protegida, amada e em que perdura uma comunicação saudável.

Está a decorrer uma mudança de paradigma relativamente às famílias atuais. Existe uma diminuição da dimensão das famílias, os casais optam por ter menos filhos ou não ter de todo, aumentaram as pessoas que vivem sozinhas, há menos casamentos, mais divórcios, recasamentos e núcleos familiares monoparentais.

As alterações significativas na estrutura e composição familiar, associado à participação significativa das mulheres no mercado de trabalho, condicionam consideravelmente o número de pessoas disponíveis, dentro da família, para cuidar dos idosos, existindo uma diminuição da rede de apoio informal dos mesmos (Pampolim, Recla, Suzana, Verzola & Sogame, 2021). As alterações da composição das famílias atuais associado ao envelhecimento populacional conduz a um problema: há cada vez mais pessoas que necessitam de ser cuidadas e cada vez menos pessoas disponíveis para cuidar.

O sistema de apoio social, incluindo o governo, comunidade e membros da família, formam a rede de apoio do idoso e estão diretamente relacionados com a qualidade de vida, assim como, a participação deste em atividades de vida diária e de lazer, resultando num indivíduo funcionalmente capaz e mentalmente saudável. É necessário investir e desenvolver esta mesma

rede de apoio de forma a dar resposta às necessidades da pessoa idosa e conseqüentemente da sua família.

5.1.3 - O papel do enfermeiro de família

A intervenção de enfermagem é mais eficaz quando é individualizada e realizada através da colheita de informação quanto às características da pessoa, as suas necessidades e perceções, da qual decorrem ações em que a pessoa cuidada participa na tomada de decisão. (Viegas, Fernandes & Veiga, 2018). O enfermeiro de família é responsável por realizar uma avaliação cuidada do idoso e, através da informação recolhida em conjunto com a pessoa, desenvolver um plano de cuidados adequado que vá ao encontro dos objetivos de ambos. Esta intervenção é realizada com o intuito de prevenir o desenvolvimento de doença aguda e crónica, e também tem como finalidade promover a saúde da pessoa através do envelhecimento ativo e saudável. Desta forma, o enfermeiro tem um papel ativo na manutenção da funcionalidade do idoso assim como das suas capacidades cognitivas e sensação de bem-estar.

Uma das intervenções mais relevantes do enfermeiro de família é a identificação em conjunto com a pessoa dos seus recursos, seja na esfera familiar ou na comunidade, que sejam relevantes para as suas necessidades e através dos quais possa obter benefícios para a sua saúde. O enfermeiro de família, além de auxiliar os seus utentes a identificar recursos, é ele próprio responsável por criar recursos e medidas de apoio, quando possível, consoante as necessidades da comunidade.

A intervenção familiar sistémica é complexa e repleta de desafios em qualquer tipo de família. As famílias com idosos dependentes e familiares cuidadores apresentam solicitações específicas e complexas. Frequentemente, perante idosos dependentes, objetivamos estes como sendo o nosso alvo de cuidados e não toda a família. As intervenções direcionadas ao familiar cuidador dirigem-se para a capacitação para cuidar, que é essencial, no entanto descuram as necessidades da pessoa que cuida. Loureiro e Fernandes (2015), referem que é essencial que os enfermeiros realizem intervenções que promovam a melhoria das condições de saúde e funcionalidade do idoso, assim como orientações aos familiares que prestam cuidados. Contudo, é importante ter em consideração que estas intervenções não devem apenas instrumentalizar os membros familiares como cuidadores, mas também como pessoas que são alvo de cuidados.

Em Portugal, existe evidência em como as necessidades do cuidador são frequentemente desvalorizadas. Assim, as intervenções dirigidas ao stress do cuidador devem ser

implementadas e avaliadas de forma a melhorar os cuidados de enfermagem e as competências e eficiência no que concerne ao cuidar do cuidador (Viegas, Fernandes & Veiga, 2018). A sobrecarga do cuidador informal é uma realidade que necessita de ser abordada durante a intervenção, de forma a compreender o impacto do cuidar na saúde do cuidador. Como foi mencionado anteriormente, o processo de cuidar de um familiar no domicílio tem um elevado impacto na vida do cuidador e da família, sendo desta forma necessário o enfermeiro de família auxiliar a definir estratégias e identificar recursos que permitam aumentar a qualidade de vida de todos os elementos da família.

Perante a informação exposta anteriormente, é possível compreender por que razão o cuidar de familiares dependentes é maioritariamente associado a sentimentos e conotações negativas, por todos os desafios e repercussões que esta situação tem na vida da família. No entanto, na intervenção com estas famílias, é importante, além de identificar as necessidades e o impacto da situação, promover também a identificação de sentimentos positivos, pois estes aumentam a resiliência da família e ajudam a manter a relação afetiva entre os seus elementos.

Couto, Castro & Caldas (2016), afirmam que a vivência de sentimentos positivos pelos cuidadores é importante e precisa de ser valorizada uma vez que são essenciais para a preservação dos laços afetivos entre o familiar cuidador e o idoso dependente. Estes contribuem também para que o cuidador se sinta reconhecido no desempenho das suas funções e para o alívio da tensão provocada pelo papel desempenhado. No entanto, a literatura consta que o foco da intervenção está nos aspetos negativos do cuidado, negligenciando os positivos. Os aspetos positivos existentes na relação de cuidado devem ser reconhecidos pelo enfermeiro durante a intervenção de forma a ajudar a família a manter e fortalecer os sentimentos positivos, a interação na relação de cuidado e a manutenção da autoestima do cuidador, promovendo o bem-estar de ambos.

5.2- METODOLOGIA

Quando iniciei o meu processo de aprendizagem na USF Nautilus, foi-me apresentado o desafio de iniciar a realização de um trabalho de investigação que pretendiam realizar há algum tempo e que, no entanto, devido à afluência de utentes e às restrições causadas pela pandemia, não lhes foi permitido. Considerando que me encontro a realizar o Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, e que esta é uma área que prezo bastante, considerei que faria todo o sentido contribuir para o desenvolvimento de conhecimento através de um trabalho de investigação que envolvesse os idosos e os seus cuidadores.

5.2.1 – Concetualização do estudo

Nesta fase de investigação é expectável clarificar qual a finalidade do estudo de forma a que não existam equívocos durante a realização do mesmo. Para o presente estudo considerou-se pertinente o seguinte problema: qual o perfil dos idosos e cuidadores inscritos na USF Nautilus?

Este é um estudo exploratório pois pretende obter informações e conhecimento sobre os idosos e cuidadores inscritos na USF Nautilus e descritivo pois serão descritas as características desta população.

O presente estudo tem natureza quantitativa, sendo que segundo Carmo e Ferreira (2008), o método quantitativo pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses, o controlo das variáveis e a verificação das hipóteses através de análise estatística, tendo como objetivo a generalização dos resultados de uma população através da amostra.

Considero ser um estudo correlacional pois é examinada a relação entre as diversas variáveis através de hipóteses. Fortin (2009) afirma que a hipótese é como uma previsão sobre a relação existente entre variáveis que se verifica empiricamente.

Neste caso será analisado se existe relação entre a idade e o nível global de dependência, o valor da Escala de Braden, a dor e o valor da Escala de Morse. Optei por verificar a relação entre a variável idade e as variáveis mencionadas pois considero ser importante compreender se estes valores se alteram consoante a idade aumenta. A promoção do envelhecimento ativo, a evolução científica e o aumento da esperança média de vida favorecem o aumento da qualidade de vida nesta faixa etária. Por este motivo julgo ser importante compreender como o nível global de dependência, o valor da Escala de Braden, a dor e o valor da Escala de Morse são afetados pela idade.

5.2.2 – Objetivo do Estudo e Questões de Investigação

Foi definida a seguinte questão de investigação: qual o perfil dos idosos e cuidadores inscritos na USF Nautilus?

De modo a dirigir o processo de investigação deve ser elaborado um objetivo que vá de encontro à finalidade do investigador. O objetivo geral deste estudo é definir o perfil dos idosos e cuidadores dentro do ficheiro de utentes inscritos na USF Nautilus.

De forma a concretizar o objetivo geral foram definidos objetivos específicos considerados pertinentes:

- definir o perfil dos idosos inscritos na USF Nautilus quanto ao nível global de dependência no autocuidado;
- identificar o perfil dos idosos inscritos na USF Nautilus quanto ao compromisso nos processos corporais;
- avaliar o potencial do familiar cuidador para tomar conta;
- avaliar a sobrecarga dos familiares cuidadores informais;
- avaliar se existe relação entre a idade e o nível global de dependência;
- avaliar se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Braden;
- avaliar se existe relação entre a idade e a dor;
- avaliar se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Morse.

5.2.3 – Amostra

A população consiste no conjunto de elementos compreendidos na mesma definição, isto é, os elementos contêm uma ou mais características em comum. A amostra refere-se à seleção de uma parte da população, sendo que os elementos da amostra representam a população (Carmo & Ferreira, 2008).

A população-alvo do presente estudo são as pessoas com mais de 65 anos e os seus familiares cuidadores inscritos na USF Nautilus.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- pertencer ao ficheiro de utentes da USF Nautilus;
- pessoa com idade superior a 65 anos;
- cuidador ser familiar da pessoa dependente;
- consentimento informado compreendido e assinado pelos participantes.

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- não compreender a língua portuguesa;
- não compreender a natureza do estudo;
- não apresentar capacidades cognitivas para responder às questões;
- apresentar desorientação numa ou várias dimensões (pessoa, tempo e espaço).

A amostra do presente estudo é constituída por 149 pessoas idosas e 9 pessoas cuidadoras. Dou ênfase ao facto de a equipa de enfermagem da USF Nautilus dar continuidade ao estudo e à consequente aplicação de questionários, mesmo após o término do meu estágio no local, com o objetivo de obter uma amostra significativa.

Existem dois tipos de técnicas de amostragem: a probabilística e a não probabilística. A amostra probabilística é selecionada de maneira que cada um dos elementos da população tenha uma probabilidade real de ser incluído na amostra. A amostra não probabilística é selecionada de acordo com os critérios que o investigador considere pertinente tendo em consideração o objetivo da investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

A amostra deste estudo é não probabilística por conveniência pois foi utilizado um grupo de indivíduos que estava disponível (Carmo & Ferreira, 2008), neste caso utentes e cuidadores que se dirigiram à USF Nautilus no contexto de vacinação Covid-19 e gripe sazonal, consultas de enfermagem, assim como utentes sob cuidados domiciliários.

5.2.4 – Instrumento de recolha de dados

Foi utilizado como método de recolha de dados o questionário. O questionário aplicado é constituído por duas partes. A primeira parte pretende avaliar a dependência e autonomia do idoso assim como a capacidade do cuidador para cuidar. Para isto foi utilizado o instrumento de avaliação desenvolvido por Petronilho (2013), que o mesmo autorizou (Anexo III). Este divide-se em três dimensões: “relacionado com a condição de saúde do idoso”, “relacionado com o familiar cuidador” e “relacionado com a família”. A dimensão “relacionado com a condição de saúde do idoso” avalia o nível global de dependência no autocuidado, o compromisso nos processos corporais e a complexidade do regime terapêutico. A dimensão “relacionado com o familiar cuidador” aplica a Escala Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta. A terceira dimensão “relacionado com a família” avalia os dados sociodemográficos da família. A segunda parte do questionário consiste na aplicação da escala de avaliação de sobrecarga do cuidador de Zarit. Este questionário encontra-se em Anexo IV.

O questionário foi aplicado nas circunstâncias mencionadas, por mim, pela equipa de enfermagem da USF Nautilus e pelas alunas da licenciatura de enfermagem em ensino clínico, entre outubro de 2021 e janeiro de 2022, através de entrevista. Foi realizado inicialmente a tentativa de autopreenchimento, nomeadamente a cinco utentes, no entanto verifiquei que os mesmos apresentavam diversas dúvidas a realizar o mesmo e demoravam bastante tempo. Desta forma consideramos que seria pertinente ser a equipa a realizar as questões e a preencher o questionário.

5.2.5 – Operacionalização das variáveis

As variáveis são consideradas quantitativas quando os seus valores são numéricos, representando magnitudes diferentes da variável. Uma variável qualitativa consiste num conjunto de categorias. As variáveis também podem ser classificadas como nominais, ordinais e intervalares. As variáveis nominais consistem num conjunto de categorias que não estão ordenadas. As variáveis ordinais consistem em escalas categóricas com uma ordem natural de valores. As variáveis intervalares consistem num conjunto de valores numéricos com uma distância numérica específica (Agresti & Finlay, 2012).

A dimensão do questionário “relacionado com a condição de saúde do idoso” avalia o nível global de dependência no autocuidado através das variáveis apresentadas infra.

Tabela 1 - Variáveis relacionadas com o nível global de dependência no autocuidado

Variável	Classificação da variável	Observações
Tomar banho	Qualitativa ordinal	Avalia o nível de dependência através de quatro respostas “dependente grau elevado”, “dependente grau moderado”, “dependente grau reduzido” e “independente”, em resposta aos diversos tipos de autocuidado
Vestir-se e despir-se		
Arranjar-se		
Uso do sanitário		
Alimentar-se		
Autocuidado: elevar-se		
Virar-se		
Transferir-se		
Andar		
Tomar medicação		

A dimensão do questionário “relacionado com a condição de saúde do idoso” avalia igualmente o compromisso nos processos corporais como se observa na seguinte tabela.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas com o compromisso nos processos corporais

Variável	Classificação da variável	Observações
Risco de úlcera de pressão	Quantitativa discreta	Valores variam entre 6 e 23
Presença de úlcera de pressão	Qualitativa nominal	Questões com resposta de “sim” ou “não”
Risco de rigidez articular		
Presença de rigidez articular		
Risco de maceração		
Presença de maceração		
Risco de desidratação		
Presença de desidratação		
Limpeza das vias aéreas ineficaz		
Presença de dor		
Presença de ostomia	Qualitativa nominal	Questões com resposta de “sim” ou “não”
Força muscular diminuída		
Força muscular: membro superior direito	Quantitativa discreta	Avaliado pela Escala Medical Research Council Muscle. Valores variam entre 0 e 5
Força muscular: membro inferior direito		
Força muscular: membro superior esquerdo		
Força muscular: membro inferior esquerdo		
Equilíbrio sentado	Qualitativa nominal	Questões com resposta de “sim” ou “não”
Equilíbrio de pé		
Risco de queda		
Escala de Morse	Quantitativa discreta	Valores variam entre 0 e 125.

Saliento que a força muscular foi avaliada utilizando a Escala Medical Research Council Muscle, cujos valores variam entre zero e cinco, sendo que 0 corresponde à ausência de contração muscular palpável ou visível, 1 afeta à contração palpável ou visível mas sem movimento do membro, 2 relaciona-se com o movimento que não vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, 3 é referente ao movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular mas não vence resistência, 4 remete-se ao movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular que vence a gravidade e 5 representa a força normal (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Escala de Morse avalia o risco de queda e a sua pontuação varia entre os 0 e 125 pontos. O score final compreende a pessoa numa das seguintes categorias: sem risco ($0 \leq 24$ pontos), baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) e alto risco (≥ 51 pontos) (Direção Geral da Saúde (DGS), 2019). Desta forma considere que a pessoa tinha risco de queda a partir dos 25 pontos.

A complexidade do regime terapêutico também é avaliada na dimensão do questionário “relacionado com a condição de saúde do idoso” e engloba as seguintes variáveis.

Tabela 3 - Variáveis relacionadas com a complexidade do regime terapêutico

Variável	Classificação da variável	Observações
Prescrição de fisioterapia	Qualitativa nominal	Questões com resposta de “sim” ou “não”
Prescrição de cinesiterapia respiratória		
Variedade de fármacos	Quantitativa discreta	
Número de fármacos	Quantitativa discreta	

A variável idade é classificada como quantitativa contínua.

A terceira dimensão “relacionado com a família” avalia os dados sociodemográficos da família através das seguintes variáveis:

Tabela 4 - Variáveis relacionadas com os dados sociodemográficos da família

Variável	Classificação da variável
Tipo de família	Qualitativa nominal
Rendimento agregado familiar	Qualitativa ordinal
Alojamento (tipo)	Qualitativa nominal
Nº Divisões alojamento	Quantitativa discreta
Acessibilidade interior habitação	Qualitativa nominal
Se não tem acessibilidade qual o motivo?	Qualitativa nominal

Nesta dimensão é aplicada a Escala de Processos Familiares que abrange as variáveis que se apresentam de seguida.

Tabela 5 - Variáveis relacionadas com a aplicação da Escala dos Processos Familiares

Variável	Classificação da variável
Consciencialização da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente	Qualitativas ordinais (As respostas incluem “não existe”, “reduzido”, “moderado” e “elevado”)
Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente	
Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos e financeiros necessários para tomar conta do familiar dependente	
Nível de rendimentos da família	
Nível de funcionalidade da família	
Condições estruturais da residência/casa da família	

A aplicação da escala de avaliação de sobrecarga do cuidador de Zarit, que corresponde à parte final do questionário, apresenta as seguintes variáveis:

Tabela 6 - Variáveis relacionadas com a aplicação da Escala de Zarit

Variável	Classificação da variável
Sente que por causa do tempo que utiliza com o seu familiar já não tem tempo suficiente para você mesmo	Qualitativas ordinais (As respostas incluem “nunca”, “quase
Sente-se stressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas	

Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa	nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”)
Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar	
Sente que a sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar	
Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar se manifestou	
No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar	

5.2.6 – Procedimentos formais e éticos

O presente estudo de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro, de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes.

Foi realizado um consentimento informado para que os participantes estivessem devidamente esclarecidos quanto ao âmbito do estudo, objetivos e a sua finalidade. Quando existiam dúvidas os mesmos eram esclarecidos e participavam apenas se fosse a sua vontade. Uma dificuldade sentida foi o facto de existirem idosos que apresentavam receio relativamente a assinar o consentimento informado. Estes temiam que a sua assinatura fosse utilizada para outros fins, apesar de este ser claro e de fácil leitura, de as dúvidas terem sido esclarecidas, de estarem numa instituição de saúde e de os profissionais a aplicar o questionário estarem devidamente identificados.

Os questionários foram identificados com números e não com nomes ou iniciais, de forma a não ser possível rastrear os utentes e à sua confidencialidade ser respeitada.

Foi tido em consideração o novo regime jurídico de proteção de dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

5.2.7 – Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram registados e analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences, versão 28 para Windows.

A utilidade dos dados estatísticos depende da forma como são organizados e apresentados (Morais, 2005).

A estatística descritiva descreve e sintetiza as características fundamentais de um conjunto de dados, possibilitando ao investigador o melhor entendimento do comportamento dos dados (Fávero & Belfiore, 2017). No presente trabalho, a análise estatística envolveu medidas de

estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central como a média e medidas de dispersão como o desvio-padrão.

Foi aplicada estatística inferencial e testes de normalidade de forma a obter informações relevantes quanto à amostra, nomeadamente se existe relação entre diferentes variáveis.

Para avaliar se existe correlação foram utilizados dois testes: o Teste de Correlação de Spearman e o Teste de Correlação de Pearson. O Teste de Correlação de Spearman foi utilizado perante a variável qualitativa ordinal. Já o Teste de Correlação de Pearson foi aplicado na presença de variáveis quantitativas discretas.

Mukaka (2012) refere que quando a correlação se encontra entre os valores 0,00 e 0,30 a correlação é insignificante, entre 0,30 e 0,50 a correlação é baixa, entre 0,50 e 0,70 a correlação é moderada, entre 0,70 e 0,90 a correlação é forte e entre 0,90 e 1,00 a correlação é muito forte.

5.3- RESULTADOS

5.3.1 – Dados sociodemográficos

Participaram no estudo um total de 149 utentes. Relativamente à amostra, como é possível observar na tabela 7, a sua média de idades era de 81.7 anos, variando entre um mínimo de 64 e um máximo de 100 anos. A maioria vivia em famílias clássicas de 1 núcleo, tinha um rendimento mensal de 250-500 euros (53%), vivia em moradias (75.8%) com uma média de 7 divisões e com acessibilidade ao interior da habitação (84.6%).

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da amostra

	N	%
Idade (M; DP)	81.7	9.45
Tipo de família		
Clássica s/ núcleos	47	31,5
Clássica c/ 1 núcleo	60	40,3
Clássica c/ 2 núcleos	40	26,8
Clássica c/ 3 núcleos	2	1,3
Rendimentos		
Até 250 euros	5	3,4
250 - 500 euros	79	53,0
500 - 1000 euros	56	37,6
1000 - 1500 euros	8	5,4
Alojamento		
Moradia	113	75,8
Apartamento	36	24,2
Nr de divisões (M; DP)	7.2	1.8
Acessibilidade		
Sim	126	84,6
Não	16	10,7

5.3.2 – Dados relativos ao nível global de dependência no autocuidado

Relativamente ao nível global de dependência, é possível observar na tabela 8 que a maioria dos utentes é independente na realização dos autocuidados, nomeadamente a tomar banho (80,5%), vestir-se, despir-se arranjar-se (82,6%), utilizar o sanitário (95,3%), alimentar-se (98,7%), elevar-se, virar-se, transferir-se e andar (96,0%) e a tomar a medicação (98,7%). Assim, os autocuidado em que são mais independentes são o alimentar-se e o tomar a medicação, ambos com uma percentagem de 98,7. Em termos de dependências, o autocuidado com a maior percentagem de dependência em grau elevado e em grau moderado é o tomar

banho, tendo respetivamente 5,4% e 10,1%. O vestir-se, despir-se e arranjar-se é o autocuidado com maior percentagem de utentes que necessitam de ajuda em grau reduzido (4,7%).

Tabela 8 - Nível global de dependência no autocuidado

		Dependente grau elevado	Dependente grau moderado	Dependente grau reduzido	Independente	N total
Tomar banho	N	8	15	6	120	149
	%	5,4%	10,1%	4,0%	80,5%	
Vestir-se e despir-se	N	6	13	7	123	149
	%	4,0%	8,7%	4,7%	82,6%	
Arranjar-se	N	6	13	7	123	149
	%	4,0%	8,7%	4,7%	82,6%	
Uso do sanitário	N	3	1	3	142	149
	%	2,0%	0,7%	2,0%	95,3%	
Alimentar-se	N	1	0	1	147	149
	%	0,7%	0,0%	0,7%	98,7%	
ELevar-se	N	3	0	3	143	149
	%	2,0%	0,0%	2,0%	96,0%	
Virar-se	N	2	1	3	143	149
	%	1,3%	0,7%	2,0%	96,0%	
Transferir-se	N	2	1	3	143	149
	%	1,3%	0,7%	2,0%	96,0%	
Andar	N	1	2	3	143	149
	%	0,7%	1,3%	2,0%	96,0%	
Tomar medicação	N	1	0	1	147	149
	%	0,7%	0,0%	0,7%	98,7%	

5.3.3 – Dados relativos aos compromissos nos processos corporais

O score mínimo obtido na aplicação da Escala de Braden foi de 20 e o score máximo de 23, apresentando uma média de 22,19 e desvio padrão de 0,97. A dor foi avaliada através da Escala das Faces, que varia entre o mínimo de 0 e máximo de 5. A média foi de 1,31. A média de score da Escala de Morse de 32,21 pontos, sendo o valor mínimo obtido 15 pontos e o valor máximo 90 pontos.

Tabela 9 – Escala de Braden; Presença de dor; Escala de Morse

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala de Braden	20	23	22,19	,97
Escala das Faces	0	5	1,31	1,31
Escala de Morse	15	90	32,21	20,70

Na totalidade da amostra, apenas um utente apresentava úlcera de pressão. A maioria dos utentes não apresentava risco ou presença de rigidez articular (84,6% e 98,7%), nem risco ou presença de maceração (97,3% e 99,3%). 73,8% dos utentes apresentava risco de desidratação, no entanto, a totalidade dos utentes não estava desidratado (tabela 10).

Tabela 10 - Compromisso nos processos corporais

		Sim	Não	N Total
Presença de úlceras de pressão	N	1	148	149
	%	0,7%	99,3%	
Risco de rigidez articular	N	23	126	149
	%	15,4%	84,6%	
Presença de rigidez articular	N	2	147	149
	%	1,3%	98,7%	
Risco de maceração	N	4	145	149
	%	2,7%	97,3%	
Presença de maceração	N	1	148	149
	%	0,7%	99,3%	
Risco de desidratação	N	39	110	149
	%	26,2%	73,8%	
Presença de desidratação	N	0	149	149
	%	0,0%	100,0%	
Limpeza das vias aéreas ineficaz	N	0	149	149
	%	0,0%	100,0%	

Nenhum dos participantes apresentava ostomia segundo a tabela 11.

Tabela 11 - Presença de Ostomia

	N	%
Sim	0	0.0
Não	149	100.0
Total	149	100.0

45,6% dos participantes referem força muscular diminuída como demonstra a tabela 12. 52,7% dos utentes tem risco de queda.

Tabela 12 - Força muscular diminuída e Risco de queda

	Força muscular diminuída		Risco de queda	
	N	%	N	%
Sim	68	45,6	78	52,7
Não	81	54,4	70	47,3

Total	149	100,0	149	100,0
-------	-----	-------	-----	-------

Após aplicar a Escala de Força muscular é possível aferir que a média de força no membro superior direito é de 4,77, do membro superior esquerdo 4,72, do membro inferior direito 4,5 e do membro inferior esquerdo de 4,48 como é possível observar nas seguintes tabelas.

Tabela 13 - Força muscular

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Membro superior Dt°	3	5	4,77	,48
Membro inferior Dt°	3	5	4,50	,68
Membro superior Esq°	3	5	4,72	,50
Membro inferior Esq°	3	5	4,48	,70

A totalidade dos utentes refere ter equilíbrio sentado e 98% afirma ter equilíbrio de pé.

Tabela 14 – Equilíbrio

		Sim	Não
Equilíbrio sentado	N	149	0
	%	100,0%	0,0%
Equilíbrio de pé	N	146	3
	%	98,0%	2,0%

5.3.4 – Dados relativos à complexidade do regime terapêutico

Relativamente à complexidade do regime terapêutico verifica-se que a variedade de fármacos alterna entre 0 e 11 fármacos, sendo a média de 4,32 e o número de comprimidos consumidos, de forma fixa, por dia varia entre 0 e 16 tendo uma média de 5,98.

Tabela 15 - Fármacos

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variedade de Fármacos	0	11	4,32	2,42
Número de Fármacos	0	16	5,98	3,58

5.3.5 – Dados relativos à Escala dos Processos Familiares

Relativamente à Escala dos Processos Familiares, apenas nove participantes responderam. Sete desses participantes consideram ter consciência das implicações que o processo de tomar conta do familiar tem na dinâmica da família. A totalidade dos participantes revelou ter

disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar. 55,6% refere ter disponibilidade financeira elevada para tomar conta do familiar, no entanto, a mesma percentagem refere ter um rendimento entre 250€ e 500€. 88,9% dos inquiridos acredita ter um nível elevado no que concerne à funcionalidade da família. Seis dos participantes afirmam ter condições estruturais da residência da família.

Tabela 16 - Escala dos processos familiares

		Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado	N total
Consciencialização	Count	0	0	2	7	9
	Row N %	0,0%	0,0%	22,2%	77,8%	
Disponibilidade processo	Count	0	0	0	9	9
	Row N %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Disp financeira	Count	0	0	4	5	9
	Row N %	0,0%	0,0%	44,4%	55,6%	
Nv rendimentos	Count	0	5	3	1	9
	Row N %	0,0%	55,6%	33,3%	11,1%	
Nv funcionalidade família	Count	0	0	1	8	9
	Row N %	0,0%	0,0%	11,1%	88,9%	
Condições da residência	Count	0	0	3	6	9
	Row N %	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	

5.3.6 – Dados relativos à Sobrecarga do cuidador

Como se pode observar na seguinte tabela 66,6% dos cuidadores consideram frequentemente não ter tempo para si. 77,7% referem sentirem-se frequentemente stressados por terem de cuidar do seu familiar enquanto são responsáveis por outras tarefas. 66,6% dos cuidadores afirma que cuidar do seu familiar afeta frequentemente a relação com outras pessoas de forma negativa. A totalidade dos inquiridos afirma sentir-se exausto por tomar conta do seu familiar. 77,7% afirma que cuidar do seu familiar afeta a sua saúde de forma negativa quase sempre. 88,8% sente frequentemente que tem perdido o controle da sua própria vida. 88,8% sente-se quase sempre muito sobrecarregado.

Tabela 17 - Escala de Zarit

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	N total
Não tem tempo suficiente para si mesmo	N	0	0	0	6	3	9
	%	0%	0%	0%	66,6%	33,4%	

Sente-se stressado	N	0	0	0	7	2	9
	%	0%	0%	0%	77,7%	22,3%	
Afeta a relação com outras pessoas negativamente	N	0	0	0	6	3	9
	%	0%	0%	0%	66,6%	33,4%	
Sente-se exausto	N	0	0	0	0	9	9
	%	0%	0%	0%	0%	100%	
Sente a sua saúde afetada	N	0	0	0	2	7	9
	%	0%	0%	0%	22,3%	77,7%	
Sente que tem perdido o controle da vida	N	0	0	0	8	1	9
	%	0%	0%	0%	88,8%	11,2%	
Sente-se muito sobrecarregado	N	0	0	0	1	8	9
	%	0%	0%	0%	11,2%	88,8%	

5.4 – ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Defini as seguintes hipóteses:

- existe relação entre a idade e o nível global de dependência?
- existe relação entre a idade e o valor da Escala de Braden?
- existe relação entre a idade e a dor?
- existe relação entre a idade e o valor da Escala de Morse?

Para avaliar se existe relação entre a idade e o nível global de dependência foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman, uma vez que esta é uma variável qualitativa ordinal, sendo possível observar na seguinte tabela que não se encontraram coeficientes de correlação significativos entre a idade e o nível global de dependência ($p > .05$).

Tabela 18 - Relação entre a Idade e o nível global de dependência

	Idade
Tomar banho	-,083
Vestir-se e despir-se	-,129
Arranjar-se	-,129
Uso do sanitário	-,042
Alimentar-se	,008
Elevar-se	,008
Virar-se	,009
Transferir-se	,009
Andar	008
Tomar medicação	,008

Para avaliar se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Braden foi aplicado o Teste de Correlação de Pearson, sendo que o coeficiente de correlação entre a idade e o score na escala de Braden é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -,194$, $p = .018$). Como o coeficiente é negativo, isso significa que à medida que aumenta a idade o valor da Escala de Braden vai diminuindo.

Tabela 19 - Relação entre a Idade e a Escala de Braden

	Idade
Escala de Braden	-,194*

Para avaliar se existe relação entre a idade e o nível de dor, foi aplicado o Teste de Correlação de Pearson uma vez que esta é uma variável quantitativa discreta. O coeficiente de correlação entre a idade e o valor obtido na escala de dor é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = ,203$, $p = .013$). Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a idade também o valor da dor vai aumentando.

Tabela 20- Relação entre a Idade e a Escala de Dor

	Idade
Escala de dor	,203*

Para avaliar se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Morse, foi aplicado o Teste de Correlação de Pearson, uma vez que esta é uma variável quantitativa discreta. O coeficiente de correlação entre a idade e o score na escala de Morse não é estatisticamente significativo ($r = ,138$, $p = .094$).

Tabela 21 - Relação entre a Idade e a Escala de Morse

	Idade
Escala de Morse	,138

5.5- DISCUSSÃO

A presente discussão baseia-se nos resultados obtidos ao inquirir a amostra deste estudo. É possível verificar na página web Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários que estão 3044 utentes inscritos na USF Nautilus com uma idade superior a 65 anos. Foi definido para o presente estudo um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Portanto, para esta amostra ser representativa seriam necessários 342 participantes. Uma vez que esta é constituída por 149 pessoas não é possível retirar conclusões sobre a população através dos resultados da amostra. No entanto estes resultados permanecem valiosos pois permitem obter algumas informações sobre as quais é possível refletir.

Perante a análise dos resultados verifico que a maioria dos participantes é independente nos diversos autocuidados. Segundo a PORDATA (2022), em Portugal, em 2021, o índice de dependência dos idosos é de 35. Em 2016, o nosso país ocupou o quarto lugar da tabela dos maiores índices de dependência, com um índice de 33 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (Observatório das Migrações, 2022). Estes valores não vão de encontro aos resultados do presente estudo, contudo é necessário ter em consideração que a maioria dos participantes responderam ao questionário quando se dirigiram ao centro de saúde para realizar a vacinação. Os utentes acamados ou com dificuldades significativas de mobilidade eram vacinados em casa. Existem diversos utentes que se encontram em estruturas residenciais para pessoas idosas. Os que apresentavam diminuição da mobilidade e eram transportados ao centro de saúde eram vacinados dentro da viatura de forma a diminuir riscos. Uma vez que apenas existia uma pessoa a aplicar os questionários não era possível aplicar os mesmos a estes utentes. Assim, os utentes que apresentam maior nível de dependência não responderam ao questionário alterando significativamente os resultados.

Após implementação da Escala de Braden é possível compreender que a maioria dos participantes apresenta baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão pois a média obtida foi de 22,19 pontos e o mínimo de 20 pontos, ambos superiores aos 16 pontos definidos pela DGS que equivalem a alto risco. Esta situação é compatível com o facto de os utentes apresentarem baixo nível de dependência e como tal apresentam mais pontos nos tópicos “atividade”, “mobilidade” e “fricção e forças de deslizamento”, aumentando o score final e consequentemente diminuindo o risco de queda (DGS, 2011). O mesmo critério se aplica ao caso de apenas um participante apresentar úlcera de pressão e ao facto de a maioria dos utentes não apresentar risco ou presença de rigidez articular, nem risco ou presença de maceração.

A desidratação constitui o distúrbio hidroeletrólítico mais comum nos idosos e uma das causas mais comuns de internamento. Nesta faixa etária as perdas de fluidos são superiores e o consumo de líquidos está diminuído amentando a suscetibilidade para a desidratação (Lopes, 2014). O risco de desidratação tinha uma percentagem elevada, demonstrando que a ingestão de água continua a ser um assunto importante a abordar na consulta com o idoso. Magalhães (2015) alega que a evidência demonstra que uma hidratação adequada ajuda a controlar diversas doenças agudas e crónicas. O enfermeiro deve encarar a hidratação como uma prioridade.

Segundo a DGS (2017), a abordagem das pessoas com dor deve ser fundamentada com a melhor evidência científica, de modo a prevenir e controlar a dor, melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional. Neste estudo a média da dor foi de 1,31 segundo a Escala das Faces. 85% da população portuguesa tem dor recorrente, 68% tem dor de intensidade moderada a severa e 35% tem incapacidade funcional (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012).

A dor, particularmente a dor crónica, tem impacto no indivíduo muito além do sofrimento causado, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e diminuição da qualidade de vida. Esta impacta, além da pessoa com dor, a sua família, cuidadores e amigos (DGS, 2017). É importante reconhecer a importância da avaliação e valorização da dor em consulta de enfermagem e intervir no indivíduo com dor assim como nos seus sistemas de suporte. Nesta pequena amostra a maioria dos utentes referia ter dor todos os dias e embora a média do nível de dor não seja alta esta deve ser igualmente valorizada pelas diversas repercussões já referidas.

A diminuição da massa e da força muscular consequentes do envelhecimento são aspetos frequentemente observados e têm sido amplamente relacionados com o declínio funcional do idoso, levando ao aumento de risco de quedas, fraturas, internamento e morte (Vieira, Granja, Exel & Calles, 2015). Esta informação sustenta os achados do presente estudo, em que aproximadamente metade dos participantes, mais concretamente 45,6%, mencionam força muscular diminuída. Considero que, além da diminuição da força decorrente do processo fisiológico do envelhecimento, também são cada vez mais comuns as patologias que resultam em diminuição da força muscular como por exemplo os acidentes vasculares cerebrais, as trombozes venosas profundas e as situações agudas que conduzem a internamentos prolongados e consequente diminuição da força, como por exemplo a infeção por Covid-19.

As pessoas com mais de 65 anos apresentam risco acrescido de queda (DGS, 2012). 52,7% dos utentes inscritos na USFN tem risco de queda. A média de score da Escala de Morse é de 32,21 pontos, o que equivale a baixo risco de queda (DGS, 2019). É necessário implementar medidas de prevenção de quedas com o objetivo de melhorar a autonomia e a mobilidade, beneficiando a saúde individual e da comunidade (DGS, 2012).

O idoso, por apresentar diversas comorbilidades, torna-se mais suscetível a receber tratamentos múltiplos e consome um grande número de medicamentos, que muitas vezes conduz a polimedicação (Lavrador, 2016). Segundo a OMS (2019), a polimedicação é habitualmente definida como a toma de cinco ou mais medicamentos, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos de venda exclusiva em farmácia, medicamentos de venda livre ou suplementos alimentares.

Relativamente à complexidade do regime terapêutico, verificou-se que a variedade de fármacos alterna entre 0 e 11 fármacos, sendo a média de 4,32 e o número de comprimidos consumidos, de forma fixa, por dia varia entre 0 e 16 tendo uma média de 5,98. Assim, verifica-se que os indivíduos da amostra podem ser considerados polimedicados, situação que é preocupante pois muitas vezes a polimedicação conduz a interações medicamentosas, efeitos adversos e também a internamentos.

Ao analisar os resultados obtidos com a implementação da Escala dos Processos Familiares observa-se que a maioria dos inquiridos compreende que o processo de tomar conta do familiar tem impacto na dinâmica familiar. O processo de cuidar de um idoso em contexto domiciliário impacta a vida do cuidador de forma significativa e acarreta dificuldades emocionais, físicas, económicas e sociais, colocando em risco a sua saúde e bem-estar (Couto, Castro & Caldas, 2016).

Todos os cuidadores demonstraram ter vontade para tomar conta do familiar. Isto confirma a moral familiarista que referi previamente, que pode relacionar-se com o sentido de dever ou com o desejo de tomar conta do familiar. A maioria dos cuidadores afirma ter um nível elevado de funcionalidade na família, o que é bastante positivo pois as relações dentro da família são naturalmente afetadas pelas novas dinâmicas familiares. O facto de os cuidadores defenderem que a funcionalidade familiar se mantém demonstra que têm uma capacidade de adaptação favorável ao processo de mudança.

A disponibilidade financeira do cuidador dividiu-se de forma semelhante entre disponibilidade elevada e baixa. Araújo e Soeiro (2021) expõem que os cuidadores informais vivem

regularmente numa condição de exclusão de emprego por ser difícil compatibilizar este com os cuidados ao familiar. O familiar cuidado necessita de bens essenciais que têm custos, frequentemente elevados e o valor da reforma muitas vezes não cobre os gastos. Esta realidade tem um impacto evidente nas possibilidades económicas da família. A maioria dos familiares apresenta condições estruturais da residência da família.

Os resultados obtidos relativamente à sobrecarga do cuidador permitem sustentar a bibliografia existente que afirma que os cuidadores informais se sentem frequentemente sobrecarregados e que não têm o apoio e recursos que necessitam. Isto conduz ao desenvolvimento de sentimentos negativos relativamente ao processo de cuidar. Começam a sentir que perderam o controle da própria vida, que não têm tempo para si nem para os outros e isto afeta-os negativamente de forma individual, mas também às suas relações, seja na família ou nos diferentes contextos sociais em que se encontram inseridos. Pereira e Soares (2015), referem que o cuidador possui outras tarefas além do cuidado ao familiar e que estas têm de ser conciliadas. O acumular destas tarefas podem impactar a saúde do cuidador, pois ele sofre uma sobrecarga de atividades quotidianas que implica um risco aumentado de morbilidade psiquiátrica e física. Ocorre então um ajustamento na vida do cuidador para que este consiga conviver com as implicações causadas pela doença do seu familiar, o que pode interferir na qualidade de vida do mesmo.

A primeira hipótese testada, que concerne à relação entre a idade e o nível global de dependência, demonstra que não existe relação entre estas duas variáveis. Araújo, Paúl e Martins (2011) referem que a tendência atual é o aparecimento crescente de pessoas idosas que apresentam diversas patologias crónicas e que o processo de envelhecimento está geralmente associado a doença e incapacidade uma vez que as doenças crónicas estão diretamente relacionadas com a perda de funcionalidade. De facto, a bibliografia aponta para o aumento do nível de dependência com o aumento da idade, no entanto os resultados apontaram não existir relação. Esta situação poderá dever-se novamente ao facto de os utentes entrevistados serem maioritariamente independentes, sendo que a dependência não vai aumentar ou diminuir com a idade, devido às características da amostra.

A segunda hipótese pretende avaliar se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Braden. Verifica-se que à medida que aumenta a idade o valor da Escala de Braden vai diminuindo, ou seja, o risco de desenvolver úlcera por pressão aumenta pois quanto menor o valor maior o risco. Ascari et. Al (2014) mencionam a idade como fator de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão devido às mudanças relativas ao processo fisiológico de

envelhecimento. No idoso também há uma diminuição da eficiência dos sistemas respiratório, circulatório, sensorial, nutricional, gerando comprometimento do fluxo sanguíneo e assim, leva a uma deficiente oxigenação, nutrição e hidratação dos tecidos.

Em terceiro foi analisado se existe relação entre a idade e a dor e apurou-se que, na presente amostra, à medida que aumenta a idade também o valor da dor vai aumentando, corroborando a diversa bibliografia que existe. Lopes (2008) sustenta que a dor tem tendência para aumentar com o avançar da idade e é predominante nas mulheres.

Por último foi explorado se existe relação entre a idade e o valor da Escala de Morse, tendo-se aferido que não existe um coeficiente de correlação significativo. Segundo Cruz et. al (2012), a idade avançada está associada a um maior número de quedas. O processo de envelhecimento acarreta alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade tornando a população idosa mais propensa a quedas.

5.6- CONCLUSÃO

A investigação é o método de excelência para o desenvolvimento de novos conhecimentos e práticas pelos profissionais de saúde. Como mencionei anteriormente neste relatório, enquanto aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar reconheço a importância de investir em novos projetos de investigação que promovam a saúde da pessoa, família e comunidade. Este projeto foi direcionado para os idosos e cuidadores por esta ser uma população que está a ganhar cada vez mais expressão na comunidade. Esta é uma área altamente complexa pois envolve a avaliação e consequente implementação de cuidados não apenas de uma pessoa mas também do seu familiar cuidador. Assim, é necessário intervir em cada pessoa individualmente, na relação familiar e no processo de ser cuidador de um familiar/cuidado por um familiar. Por este motivo considero este estudo, além de muito relevante e atual, extremamente necessário. Ao pesquisar evidência científica foi notória a falta de investigação que existe em Portugal sobre a intervenção no idoso e familiar cuidador.

Antes de serem investigadas as relações entre estes indivíduos e quais as intervenções mais adequadas, é necessário primeiro conhecer a população em que estamos a intervir, nomeadamente a sua caracterização sociodemográfica, a sua dependência nas atividades de vida diária, o potencial que o cuidador considera ter para tomar conta e se existe sobrecarga do mesmo.

Foi com esse objetivo que foi realizado o presente estudo à população da USFN, para criar as bases e posteriormente desenvolver novos trabalhos de investigação que permitam definir as necessidades desta população e os devidos cuidados de enfermagem.

Este estudo é bastante relevante e acredito que seria positivo ser realizado em diversas unidades de cuidados de saúde primários para compreender, em termos nacionais, quais são as lacunas que existem e como combatê-las. Espero que este trabalho de investigação, que será terminado pela equipa de enfermagem da USFN, permita dar visibilidade a estes utentes que necessitam de cuidados específicos, que só se obtêm com a investigação, e que incentive outros enfermeiros a seguir o mesmo caminho.

A devida avaliação do perfil desta população em particular, irá permitir identificar as suas necessidades e definir estratégias de intervenção para promover a saúde dos indivíduos e família em particular e da comunidade em geral. Isto implica a realização de variados projetos de investigação nos diversos domínios necessários, sendo, um dos objetivos finais, a criação da

consulta do idoso estruturada, que não se foca apenas nas doenças da pessoa, mas sim na sua avaliação com o ser holístico que é.

Como mencionado anteriormente, existiram algumas dificuldades no decorrer do presente trabalho. O facto de ser realizado em contexto de pandemia teve como principal consequência a diminuição de profissionais disponíveis nas unidades de saúde por estarem alocados aos centros de vacinação. Esta situação levou a constrangimentos na implementação dos questionários uma vez que o tempo disponível era utilizado para a realização de cuidados. O facto de o estágio ser apenas dois dias por semana também não permitiu efetuar um maior número de questionários ou que participasse na vacinação dos utentes que se encontravam no domicílio.

As circunstâncias em que a maioria dos questionários foram aplicados levaram ao condicionamento dos resultados, por esta não ser uma amostra representativa, tornando-se assim na principal limitação deste estudo. Devido ao facto de estes serem aplicados maioritariamente durante a vacinação na unidade, os utentes que se dirigiam ao centro de saúde tinham capacidades em termos de mobilidade sendo maioritariamente dependentes nos autocuidados e conseqüentemente não eram acompanhados pelos seus cuidadores, o que levou a um reduzido número de questionários aplicados aos mesmos. Relembro que a amostra era não probabilística e como tal utilizaram-se os indivíduos que estavam disponíveis e de forma aleatória.

Apesar das limitações referidas, e de esta não ser uma amostra representativa, considero que os resultados obtidos são importantes pois já permitem compreender um pouco o perfil dos idosos da USFN, mais especificamente os que recorrem às consultas presenciais, sendo necessário continuar a implementação dos questionários para se obterem resultados consideráveis para caracterizar a população. Julgo assim que os objetivos foram em parte cumpridos, pois a amostra dos cuidadores foi muito reduzida para poder obter resultados significativos.

Segundo Silva (2020), os estudos têm uma boa validade interna quando os resultados só podem ser obtidos através dos procedimentos aplicados pelo autor, ou seja, quando existe reprodutibilidade. Isto significa que se um autor diferente utilizar os mesmo instrumentos e procedimentos numa amostra semelhante ele irá obter resultados estatísticos iguais ao do primeiro autor. Patino e Ferreira (2018) afirmam que a validade interna é estabelecida como a extensão em que a população a ser estudada é representada pelos resultados. Este estudo

apresenta validade interna pois utilizou instrumentos e métodos cientificamente válidos que, se utilizados por outros autores em condições semelhantes, reproduzirá resultados idênticos.

Os estudos que apresentam validade externa são aqueles em que a amostra é bastante representativa e se podem generalizar os resultados a toda a população (Silva, 2020). Uma vez que esta não é uma amostra representativa não tem validade externa no sentido em que as conclusões obtidas nos resultados não podem ser aplicadas a toda a população. No entanto considero que se tivesse uma amostra representativa, este estudo e os métodos utilizados permitiriam ter validade externa por utilizar métodos científicos adequados e pertinentes que permitem realizar uma avaliação adequada da amostra e consequente população.

CONCLUSÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar fez-me, sem dúvida alguma, crescer. Foi uma aprendizagem constante, desde a componente teórica à componente prática, que se complementaram durante todo este caminho. Fui desafiada repetidamente. Esta é uma área complexa, em que prestamos cuidados aos indivíduos e às famílias, enquanto temos em vista os ganhos em saúde das populações. Lidar com as mais variadas pessoas, com relações tão diferentes, perspetivas, contextos,...é incrivelmente desafiante e enriquecedor. Saber o que dizer, como apoiar, como intervir enquanto enfermeira de família, requer um amplo leque de conhecimentos e muita prática.

Apesar de os enfermeiros de família serem cada vez mais reconhecidos, tenho a perceção que ainda não somos tão valorizados quanto deveríamos. Todas as áreas da prática de enfermagem requerem competências, práticas baseadas na evidência, juízo clínico, pensamento crítico e esta não é diferente. Apenas quando valorizamos a complexidade das relações humanas conseguimos compreender o quão árduo é trabalhar com os indivíduos e as famílias e o impacto que estes, individualmente e em conjunto, têm na sua saúde.

Os estágios realizados foram essenciais para desenvolver de forma aprofundada as competências do enfermeiro especialista em saúde familiar. Tive um papel ativo na minha aprendizagem sendo que participei em todos os projetos que me foram possíveis, contribuí para o desenvolvimento do estudo de investigação, realizei diversos trabalhos, demonstrei iniciativa para fazer o necessário, mantive-me predisposta a aprender ao máximo com a equipa da USFN, apliquei os referenciais teóricos, realizei o processo de enfermagem e refleti sobre as minhas práticas, considerando assim que cumpri os objetivos que me foram propostos.

A realização deste relatório foi muito importante pois permitiu-me refletir de forma mais aprofundada sobre o meu processo de aprendizagem, contribuindo para a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de pensamento crítico enquanto futura enfermeira de família.

As minhas dificuldades incluíram a realização da avaliação familiar durante o curto espaço de tempo que este estágio teve, tendo em consideração que apenas são dois dias por semana de contacto e nesses nem sempre é possível avaliar a família que se pretende. A outra dificuldade prende-se com o facto de este estágio ter além das horas de contacto, muitas horas de trabalho autónomo, sendo difícil conciliar com o meu emprego, nomeadamente com a realização do trabalho de investigação.

Tenho como sugestão que este estágio apresente uma duração superior, permitindo que as horas de trabalho autónomo sejam tidas em consideração pois conciliamos o nosso emprego, com o estágio e ainda com a realização de diversos trabalhos, nomeadamente o de investigação. Todo este trabalho é importantíssimo e por isso mesmo não deve ser descurado.

Para terminar sublinho a enorme importância dos enfermeiros de família, que cuidam mais do que a pessoa com doença, cuidam a pessoa na sua totalidade, a sua família e conseqüentemente a comunidade. É um orgulho sentir que aprendi tanto nesta área tão bonita.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas. Toma-se como foco a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde dos vários membros da família e a saúde da família na sua globalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 9).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agresti, A. & Finlay, B. (2012). Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais. Acedido em: https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=DhQwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=ANALISE+ESTATICA&ots=eDiJw1MSI4&sig=PM6-tyMZGsh-wxdXafBGGvbkuiQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiar. Coimbra. Quarteto Editora.

Araújo, C. (2014). Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>

Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. Rev Esc Enferm USP 2011, volume 45(4):869-75. Acedido em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gNGgpTL9xbRGWbCyzngN3fn/?format=pdf&lang=pt>

Araújo, M. & Soeiro, J. (2021). Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados informais em Portugal. Acedido em: <https://journals.openedition.org/eces/6164>

Ascari, R., Veloso, J., Silva, O., Kessler, M., Jacoby, A. & Schwaab, G. (2014). Úlcera Por Pressão: Um Desafio para a Enfermagem. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Volume 6, n.1, páginas 11-16. Acedido em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf

Associação Portuguesa de Nutrição (2018). 5 questões sobre baby-led weaning. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/Guia_5_questoes_sobre_baby-led_weaning_APN.pdf

Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., Castro-Lopes, J. (2012). *Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal*. Acedido em: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5/fulltext#relatedArticles](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5/fulltext#relatedArticles)

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). Metodologia da Investigação Guia para Auto-Aprendizagem - 2.ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta.

Couto, A., Castro, E. & Caldas, C. (2016). Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, volume 17, núm. 1, páginas 76-85

Cruz, D., Ribeiro, L., Vieira, M., Teixeira, M., Bastos, R. & Leite, I. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev Saúde Pública 2012. Volume 46(1):138-46. Acedido em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n1/3070.pdf>

DECRETO LEI Nº 100/2019 DE 2019-09-06. Diário da República: Série I, No 171(2019). Acedido a 03/11/2021 em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>

DECRETO LEI Nº118/2014 DE 5 DE AGOSTO. Diário da República, 1.ª série, N.º 149 (2014). Acedido a 19/07/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf

DGS (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação número 017/2011, data 19/05/2011. Acedido em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DGS (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura. Orientação número 016/2012, data 24/10/2012. Acedido em: http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf

DGS (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Acedido em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

DGS (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma número 008/2019, data 09/12/2019. Acedido em: <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Fávero, L. & Belfiore, P. (2017). Manual de Análise de Dados - Estatística e Modelagem Multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®.

Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. Revista Temática Kairós Gerontologia, vol. 14(3), p. 11-22. Acedido em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483/4700>

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Loures: Lusociência.

Garbaccio, J. & Tonaco, L. (2019). Características e dificuldades do cuidador informal na assistência ao idoso. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, volume 11(3), páginas 680-686. Acedido em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988295>

Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). Guia Prático - Estatuto Do Cuidador Informal: Cuidador Informal Principal E Cuidador Informal Não Principal. Acedido em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4

Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Acedido em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y

International Family Nursing Association. (2015). IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing

Kobayasi, D., Rodrigues, R., Fhon, J., Silva, L., Souza, A. & Chayamiti, E. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. Revista Avances en enfermeira, volume 37(2), páginas 140-148. Acedido em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500-aven-37-02-140.pdf>

Lavrador, M. (2016). Polimedicação no Idoso. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37135/1/Mariana%20Lavrador.pdf>

Lopes, A. (2014). Desidratação no idoso. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29142/1/Alice%20Lopes.pdf>

Lopes, J. (2008). Três milhões de Portugueses com dor crónica.

Loureiro, L. & Fernandes, M. (2015). Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, volume 7, páginas 145-154. Acedido em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949011.pdf>

Magalhães, D. (2015). Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10766/1/Daniela_Magalh%c3%a3es_140519024_4CME%20MC_Relat%c3%b3rio%20de%20trabalho%20de%20projeto%20Final.pdf

MIM@UF (2021). Dados Sociodemográficos USF Nautilus

Morais, C. (2005). Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa: Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística. In: Instituto Politécnico de Bragança

Mukaka, M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, volume 24(3), páginas 69-71. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>

Nunes, M. (2016). Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: perspetiva do enfermeiro. Universidade de Aveiro. Disponível em: https://ria.ua.pt/bitstream/10773/17196/1/DISSERTACAO_FRANCISCA_NUNES_JULHO_2016.pdf

Observatório das Migrações (2022). Índices de envelhecimento e de dependência de idosos na UE. Acedido em: <https://www.om.acm.gov.pt/-/2--6>

OMS (2000). Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health. Acedido a 18/07/2021. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf

OMS (2019). Medication Safety in Polypharmacy. Acedido em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. Lisboa. Acedido a 19/07/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016) Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária: na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar.

Organização das Nações Unidas (2021). Envelhecimento. Acedido a 02/11/2021 em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Organização Mundial da Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Acedido em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Pampolim, G., Recla, A., Suzana, R., Verzola, I. & Sogame, L. (2021). Qualidade De Vida Em Idosos Assistidos Por Uma Unidade De Saúde Da Família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, volume 13, páginas 1453-1459. Acedido em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10093/10670>

Patino, C. & Ferreira, J. (2018). Validade interna e externa: você pode aplicar resultados de pesquisa para seus pacientes? *J Bras Pneumol*, volume 44(3), páginas 183-183. Acedido em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fjcLdt8NpHccPqmgyfRV3rg/?format=pdf&lang=pt>

Pereira, L. & Soares, S. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciencia & Saude Coletiva*, volume 20(12), páginas 3839-3851. Acedido em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xgTZ8MBc67CGTNb8VTkgR9s/?format=pdf&lang=pt>

Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. Universidade de Lisboa. Acedido em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>

Pinto, A., Veríssimo, M. & Malva, J. (2019). Envelhecimento Ativo e Saudável – Manual do Cuidador. Acedido em: https://www.cmodivelas.pt/cmodivelas/uploads/document/file/7275/manual_do_cuidador.pdf

Planeamento do Estágio II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP (2021). Escola Superior de Saúde de Leiria.

PORDATA (2022). Indicadores de envelhecimento. Acedido em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

REGULAMENTO Nº 140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (2019). Acedido a 21/07/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

REGULAMENTO Nº 428/2018 DE 16 DE JULHO. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 (2018). Acedido a 22/07/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Silva, R. (2020). Metodologia científica. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Acedido em: <http://pergamum.fcmmg.br:8080/pergamumweb/vinculos/00002b/00002b4d.pdf#page=60>

Soeiro, J. Araújo, M. & Figueiredo, S. (2020). Cuidar de Quem Cuida – História e testemunhos de um

USFN (2019). Regulamento Interno – Unidade de Saúde Familiar Nautilus.

Viegas, L., Fernandes, A. & Veiga, M. (2018) Intervenção de Enfermagem no Estresse do Cuidador Familiar do Idoso com Dependência: Estudo Piloto. Revista baiana enfermagem, volume 32. Acedido em <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/25244/15969>

Vieira, S., Granja, K., Exel, A. & Calles, A. (2015). A força muscular associada ao processo de envelhecimento. Acedido em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2569/1499>

ANEXOS

ANEXO I – Carteira Básica de Serviços

Carteira Básica de Serviços	População alvo	Profissionais
Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	Utentes < 18 A	Médico e Enfermeiro
Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso*	Utentes ≥ 18 A	Médico
Visitação Domiciliária	Utentes impossibilitados de deslocação à USFN	Médico e Enfermeiro
Consulta Aberta	Utentes em situação de doença aguda, do próprio ficheiro médico	Médico e Enfermeiro
Consultas de Planeamento Familiar**	Mulheres em idade fértil, até aos 54 anos Homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro
Consulta de Saúde Materna	Mulheres grávidas	Médico e Enfermeiro
Rastreio Oncológico	Utentes elegíveis para rastreio cancro da mama, do colo do útero e colorrectal	Médico e Enfermeiro
Consulta de Diabetes	Utentes com diabetes	Médico e Enfermeiro
Vacinação	Todos os utentes	Médico e Enfermeiro
Consulta de Hipocoagulação	Utentes hipocoagulados com antivitamínicos K	Enfermeiro
Tratamentos	Todos os utentes da USFN	Enfermeiro
Consulta de Intersubstituição	Utentes em situação de doença aguda, do ficheiro de outro médico	Médico e Enfermeiro
Consulta não presencial	Todos os utentes da USFN	Médico

*A consulta de Saúde do Adulto e do Idoso inclui a avaliação do utente com Hipertensão Arterial com avaliação prévia de enfermagem sempre que indicado.

** A consulta de Planeamento Familiar inclui a avaliação da utente no Climatério.

ANEXO II – Matriz multidimensional – contratualização USF

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 ⁷
A - Desempenho Assistencial	50	
S - Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D - Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D - Diabetes Mellitus	25	Sim
D - Hipertensão Arterial	25	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
D - Multimorbidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 ⁷
A - Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	80	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	20	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Participação do Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

ANEXO III – Questionário Fernando Petronilho

Qual o perfil dos idosos e cuidadores inscritos na USF Nautilus?

Caso nº _____

Preenchido por: Idoso _____ Prestador de cuidados _____

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES (marque com X)																																																															
Relacionado com a Condição de Saúde do Idoso	<p>A - Nível global de Dependência no Autocuidado</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="width: 40%;">Tipo de Autocuidado</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">Nível de Dependência</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Dependente grau elevado (não participa)</th> <th style="text-align: center;">Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas)</th> <th style="text-align: center;">Dependente grau reduzido (necessita de equipamento)</th> <th style="text-align: center;">Independente</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Tomar banho</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 - Vestir-se e despir-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 - Arranjar-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 - Uso do sanitário</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 - Alimentar-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 - Autocuidado: elevar-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7 - Virar-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8 - Transferir-se</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10 - Andar</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11 - Tomar medicação</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Tipo de Autocuidado	Nível de Dependência				Dependente grau elevado (não participa)	Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas)	Dependente grau reduzido (necessita de equipamento)	Independente	1	2	3	4	1 - Tomar banho					2 - Vestir-se e despir-se					3 - Arranjar-se					4 - Uso do sanitário					5 - Alimentar-se					6 - Autocuidado: elevar-se					7 - Virar-se					8 - Transferir-se					10 - Andar					11 - Tomar medicação				
	Tipo de Autocuidado		Nível de Dependência																																																													
			Dependente grau elevado (não participa)	Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas)	Dependente grau reduzido (necessita de equipamento)	Independente																																																										
		1	2	3	4																																																											
	1 - Tomar banho																																																															
	2 - Vestir-se e despir-se																																																															
	3 - Arranjar-se																																																															
	4 - Uso do sanitário																																																															
	5 - Alimentar-se																																																															
	6 - Autocuidado: elevar-se																																																															
7 - Virar-se																																																																
8 - Transferir-se																																																																
10 - Andar																																																																
11 - Tomar medicação																																																																
<p>B – Compromisso nos Processos Corporais</p> <p>1 - Risco de úlceras de pressão</p> <p style="margin-left: 40px;">Escala de Braden (Score min=6; max=23): _____</p> <p>2 - Presença de úlceras de pressão</p> <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Sim</th> <th style="width: 50%;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 40px;">Nº de Úlcera de pressão (caso existam): _____</p> <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Localização anatômica (Marque com X)</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(Nota: possibilidade de mais do que uma resposta)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Região sagrada</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Trocânter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calcâneo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maléolo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outra (especificar):</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sim	Não			Localização anatômica (Marque com X)		(Nota: possibilidade de mais do que uma resposta)		Região sagrada		Trocânter		Calcâneo		Maléolo		Outra (especificar):																																															
Sim	Não																																																															
Localização anatômica (Marque com X)																																																																
(Nota: possibilidade de mais do que uma resposta)																																																																
Região sagrada																																																																
Trocânter																																																																
Calcâneo																																																																
Maléolo																																																																
Outra (especificar):																																																																

3 - Risco de rigidez articular

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

4 - Presença de rigidez articular

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

5 - Risco de maceração

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

6 - Presença de maceração

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

7 - Risco de desidratação

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

8 - Presença de desidratação

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

9 - Limpeza das vias aéreas ineficaz/expetorar (com ou sem necessidade de aspiração de secreções)

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

10 - Presença de dor

Escala das faces (Score min=0; max=5): _____

11 - Presença de ostomia de ventilação/eliminação (ex. traqueostomia, algália)

<i>Sim</i>	<i>Não</i>

12 – Força muscular diminuída

Sim	Não

Força muscular (Escala medical Research Council; *Score min=0; máx.=5*):

Membro sup. Direito (*score*): ____

Membro inf. Direito (*score*): ____

Membro sup. Esquerdo (*score*): ____

Membro inf. Esquerdo (*score*): ____

13 – Equilíbrio sentado

Sim	Não

14 – Equilíbrio de pé (com ou sem ajuda de produtos de apoio)

Sim	Não

15 – Risco de queda

Sim	Não
Score (Escala Morse) ____	

16 – Quedas durante o internamento na RNCCI/accompanhamento da ECCI

Sim	Não
Se sim, quantas? ____	

C - Complexidade do Regímen Terapêutico

1 – Prescrição de fisioterapia (reeducação funcional motora) após alta clínica, em regime de ambulatório/em clínica convencionada da área de residência

Sim	Não

2 – Prescrição de cinesiterapia respiratória em regime de ambulatório, após alta clínica

Sim	Não

3 - Variedade de fármacos: ____ Nº de fármacos nas tomas/dia: ____

FAMILIAR CUIDADOR (FC)

Preencher apenas se for o cuidador

Se não for o cuidador avançar para a parte do questionário “Relacionado com a família”

D – Caracterização Sociodemográfica do Familiar Cuidador (FC)

Sexo (M/F): _____ Idade (anos): _____

Nível Escolaridade: Nenhum 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Ens. Secundário Ens. Superior

Estado Civil: Casado/União facto Solteiro Viúvo Divorciado

Nacionalidade: Portuguesa Outra (especificar): _____

Profissão:

- Membros das forças armadas
- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- Operários, artifices e trabalhadores similares
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados
- Doméstico
- Desempregado
- Pensionista / Reformado
- Estudante
- Outro (especificar): _____

Relacionado
com o
Familiar
Cuidador (FC)

Coabita c/ dependente? Sim Não

Cuidador pela 1ª vez: Sim Não Se não, há quanto tempo?: ____ (meses)

Parentesco com o dependente: Marido/Esposa Mãe/Pai Filha(o) Irmã(o) Sobrinha(o)
 Neta(o) Madrasta/Padrasto Nora/Genro Cunhada(o) Sem parentesco

E – Escala Potencial do Familiar Cuidador (FC) para Tomar Conta (Petronilho, 2013; 17 dimensões)

1 - Conscientização do FC para tomar conta

<i>Não existe</i>	<i>Reduzida</i>	<i>Moderada</i>	<i>Elevada</i>

2 - Força de vontade expressa pelo FC para tomar conta

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

3 - Nível de participação, proactividade e envolvimento do FC nos processos de ensino/aprendizagem no internamento para tomar conta

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

4 - Nível de apoio dos familiares/amigos percebido pelo FC para tomar conta

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

5 - Nível de apoio da rede formal percebido pelo FC para tomar conta (incluindo a ECCI)

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

6 - Nível de percepção do FC acerca da sua capacidade para tomar conta

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

7 - Nível de reconhecimento por parte do FC das necessidades do familiar dependente/cuidados necessários para tomar conta após a alta hospitalar

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

8 - *Nível de conhecimento do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

9 - *Nível de capacidades instrumentais do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

10 - *Capacidade física do FC para tomar conta (ex. força muscular)*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

11 - *Potencial de aprendizagem do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

12 - *Capacidade cognitiva/de aprendizagem do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

13 - *Qualidade/intensidade da relação entre o FC e o familiar dependente*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

14 - *Experiência prévia do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

15 - *Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

16 - *Sobrecarga atual (exaustão, stress) do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

17 - *Risco de sobrecarga (exaustão/stress) do FC para tomar conta*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

Relacionado
com a Família

FAMÍLIA

F – Dados Sociodemográficos da Família

Tipo de Família (INE): Clássica s/ núcleos Clássica c/ 1 núcleo Clássica c/ 2 núcleos
 Clássica c/ 3 núcleos

Rendimento Agregado Familiar: Até 250€ 250 a 500€ 500 a 1000€ 1000 a 1500€
 Sup. 1500€

Alojamento (tipo): Moradia Apartamento Outro (especificar): _____

Nº Divisões alojamento: ____ **Acessibilidade interior habitação:** sim não

Se não tem acessibilidade, qual o motivo? (nota: possibilidade de mais que uma resposta)

(portas dimensões reduzidas degraus entre as divisões altura dos móveis WC
dimensões reduzidas/inadequadas Outras (especificar: _____))

G – Escala Processos Familiares (Petronilho, 2013; 6 dimensões)

1 - *Conscionalização da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

2 - *Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

3 - *Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos e financeiros necessários para tomar conta do familiar dependente*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

4 - *Nível de rendimentos (económicos/financeiros) da família*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i> (entre 250€ a 500€)	<i>Moderado</i> (entre 500€ a 1500€)	<i>Elevado</i> (> 1500 €)

5 - *Nível de funcionalidade da família*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

6 - *Condições estruturais da residência/casa da família*

<i>Não existe</i>	<i>Reduzido</i>	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>

Anexo IV – Escala de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Zarit

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

APÊNDICES

APÊNDICE I – Proposta Ciclo de Webinars

Proposta – Ciclo de Webinars

Tema geral: Impacto da pandemia no funcionamento das USF

Objetivo: Refletir sobre o impacto da pandemia e a resposta do enfermeiro na saúde familiar

Público-alvo: profissionais de saúde

Datas: 24/09/2021, 29/10/2021 e 26/11/2021

Duração: 2 horas cada Webinar

Plataforma: Colibri

Webinar I: Governação clínica (24/09/2021)

Temas:

- Sistemas de Informação e Comunicação
- Circuitos e recursos (prevenção do contágio)
- Visitação domiciliária e respostas sociais (ECCI e UCC)

Webinar II: Gestão da Saúde (29/10/2021)

Temas:

- Vigilância da saúde materna
- Vacinação Covid-19 na mulher grávida e em amamentação
- Vacinação pediátrica

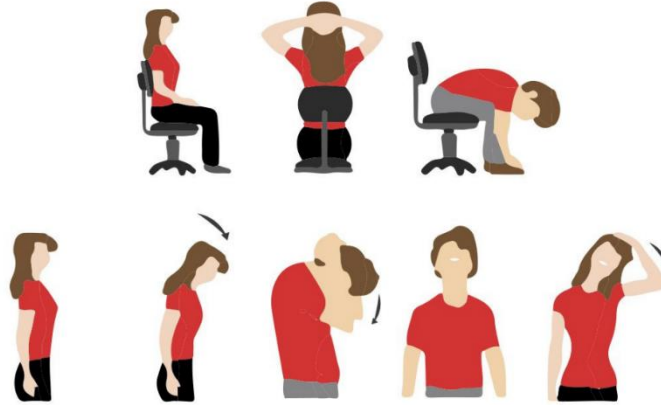
Webinar III: Gestão da Doença Crónica (26/11/2021)

Temas:

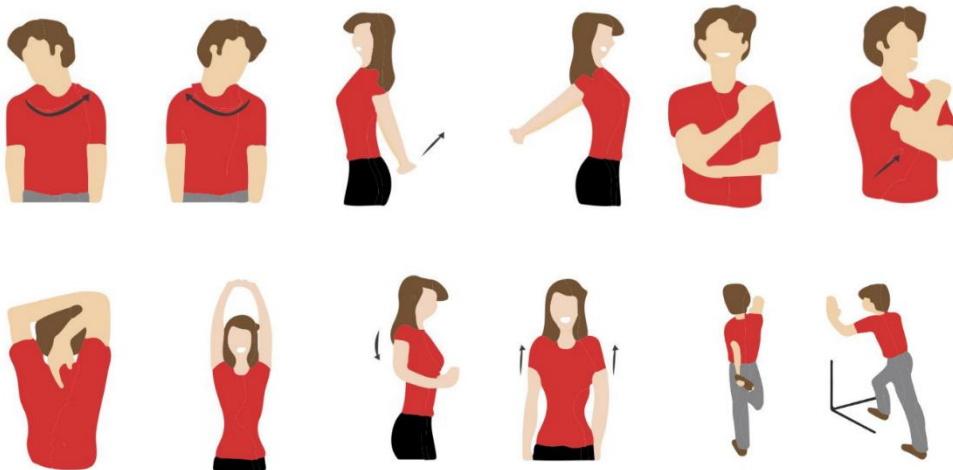
- Cuidados à pessoa com ferida crónica
- Consulta de enfermagem ao idoso
- Quem cuida do cuidador

APÊNDICE II – Cartaz – Ergonomia

ERGONOMIA



Cuide de si para cuidar dos outros



APÊNDICE III – Panfleto – Transição para a parentalidade

Encontre as suas forças

O que são forças?

As forças podem ser aptidões, qualidades, capacidades, competências, recursos, talentos...

Estas vão ajudar-vos a encontrar soluções, a ultrapassar vulnerabilidades e a superar situações complexas como esta, pois vão reconhecer que têm as ferramentas necessárias para lidar com a situação.

Reconheça as forças que já tem:

- O que é que gosto em mim?
- Quais são as minhas qualidades?
- O que gosto de fazer?
- O que sei fazer?
- O que me dá esperança?
- O que me dá coragem?

Mas não se esqueça: as forças também podem ser aprendidas. Vocês têm potencial, só têm de o reconhecer e trabalhar o mesmo.

Identifiquem e foquem-se nas vossas forças, individualmente e enquanto família.



USF Nautilus

Morada

Av. Dr. Mário Soares n.º 64
3080-254 Figueira da Foz

Horário de Funcionamento

De 2.ª a 6.ª feira: 09:00 às 17:00
Sábados, domingos e feriados: Encerrado

Telefone

233408230 / 233408248

Email

usf.nautilus@arscentro.min-saude.pt

Transição para a Parentalidade

Vamos ser pais!
E agora?

A nossa família

Ao longo do ciclo de vida a nossa família vai evoluindo e experienciando transições para novas fases.

Nestes momentos de mudança, é normal sentir-se assoberbado e sob stress.

O nascimento do primeiro filho traz um enorme sentimento de felicidade e amor, mas também alguma ansiedade e receio.

A família deixa de ser apenas eu e tu, enquanto indivíduos e enquanto casal e passa a ser:

Eu, tu e o nosso bebé



**Para o amor
nada é impossível**

Parentalidade

Ser pai e mãe

Agora, os elementos da família têm novos papéis aos quais têm de se adaptar.

Existe a responsabilidade pelo desenvolvimento, segurança e educação da criança, que deverá ser partilhada por ambos os pais.

Continuar a ser um casal

Após o nascimento, é normal que o foco passe a ser o bebé. No entanto, não se esqueçam de investir em vocês enquanto casal. Dispensem tempo um para o outro e demonstrem o vosso carinho.

O que pode ajudar a lidar com o stress?

- Expressem os vossos sentimentos
- Falem sobre as vossas dificuldades

Muitas vezes o stress está relacionado com o medo do desconhecido:

- Pesquisem, leiam, participem em cursos...
- Partilhem os vossos medos com pessoas que já passaram pela mesma situação
- Falem com o vosso enfermeiro de família

APÊNDICE IV - Avaliação familiar – Aplicação do Modelo de Calgary

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Avaliação Familiar

Aplicação do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

Andreia Filipa Pereira da Silva (5200324)

Unidade Curricular de Estágio II - Enfermagem de cuidados de saúde à família em
contexto de USF

Professor Orientador: João Frade

Enfermeira Orientadora: Patrícia Santos

Leiria, julho 2021

ÍNDICE

1. MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY

1. 1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

1.1.1. Estrutura Interna

1.1.2 Estrutura Externa

1.1.2.1. Família Alargada

1.1.2.2. Sistemas mais amplos

1.1.3. Contexto

1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

1.2.1. Etapas do ciclo de vida familiar

1.2.2. Tarefas

1.2.3. Vínculos

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

1.3.1. Instrumental

1.3.2. Expressiva

2. Plano de Cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE

APENDICE I – APGAR Familiar (Sr. R. relativamente à família nuclear)

APENDICE II - APGAR Familiar (Sra. M. relativamente à família nuclear)

APENDICE III – índice Lawton e Brody

APENDICE IV – Escala Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta

APENDICE V – Escala de Zarit

APENDICE VI – APGAR Familiar (Sra. M. relativamente ao filho)

APENDICE VII – Escala de Gijon

APENDICE VIII – Escala de Graffar

APENDICE IX - Escala de Barthel

APENDICE X – Escala de Morse

APENDICE XI – Escala de Braden

1. MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY

A Aplicação do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary foi realizada com recurso à entrevista, envolvendo os dois membros da família, em contexto de visita domiciliária.

1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

1.1.1. Estrutura Interna

A estrutura interna da família engloba informações relativamente à composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites/fronteiras.

Composição Familiar e Género: Esta família é constituída pela Sra. M e pelo Sr. R, descritos no Quadro 1.

Quadro 1 Identificação dos Membros da Família

Nome	Papel Familiar	Género	Idade	Escolaridade	Profissão
M.	Esposa	Feminino	79	1º ano do Ensino Básico	Reformada (Camareira)
R.	Marido	Masculino	80	1º Ciclo do Ensino Básico	Reformado (Trabalhou no casino da Figueira da Foz. Esteve em Angola a servir na guerra)

Orientação Sexual: Os elementos são heterossexuais.

Ordem de Nascimento: Primeiro nasceu o Sr. R. e depois a Sra. M.

Subsistemas: A família pode ser considerada como um sistema, que faz parte de diversos sistemas mais amplos e é composta por vários indivíduos e grupos de indivíduos, que funcionam como subsistemas (Freitas, 2011).

Esta família apresenta o subsistema individual de cada um dos seus elementos e o subsistema conjugal. Faz parte do subsistema conjugal o Sr. R e a Sra. M., casados há 42 anos. Os mesmos vivem sozinhos e referem ter uma ótima relação entre eles, sendo sempre respeitadores. Referem que se sentem felizes juntos e que não imaginam viver um sem o outro. Gostam de passar tempo juntos.

Limites/Fronteiras: Subjacente aos sistemas existem limites/fronteiras, que corresponde a uma linha imaginária, relacionada com os limites físicos, emocionais, psicológicos, espirituais, entre outros, delimitando o meio e identificando as funções, papéis e expectativas de cada elemento (Freitas, 2011).

Alarcão (2002), citando Minuchin, afirma que existem três tipos de limites: os claros (determinam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema possibilitando trocas entre os mesmos), os difusos (assinalam-se por uma enorme permeabilidade, colocando em causa a diferenciação dos subsistemas) e os rígidos (que impossibilitam a comunicação e a compreensão eficazes). Esta família apresenta limites claros, uma vez que cada um tem o seu papel e função e os mesmos são respeitados, há diferenciação dos subsistemas, existe troca de influências e a comunicação é eficaz entre eles.

1.1.2 Estrutura Externa

A estrutura externa avalia a relação da família com pessoas fora do núcleo familiar, como a família alargada, a escola, o local de trabalho, os amigos, as instituições de saúde, entre outros. Assim, inclui duas subcategorias: a família alargada e os sistemas mais amplos (Freitas, 2011).

1.1.2.1. Família Alargada

Esta avaliação é importante pois a família alargada exerce influências positivas ou negativas no funcionamento familiar, sendo possível existir um papel de suporte (Freitas, 2011). O instrumento mais adequado para avaliar a família alargada é o genograma, que se encontra na Figura 1 e a respetiva legenda na Figura 2.

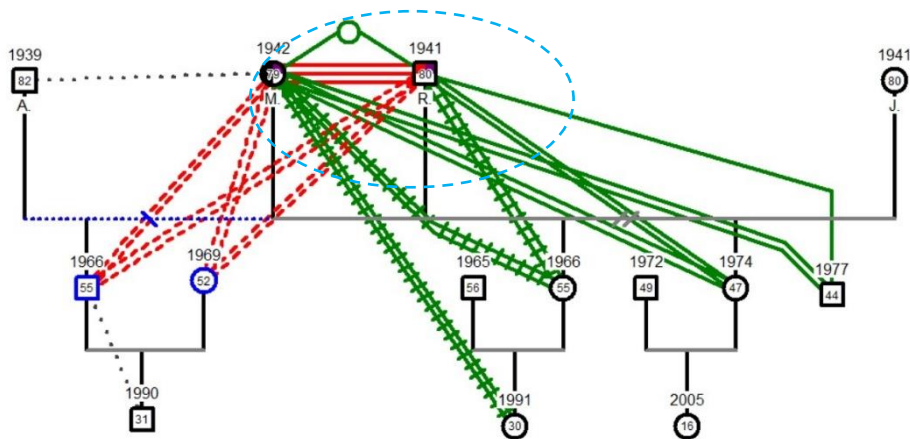


Figura 1 – Genograma da família

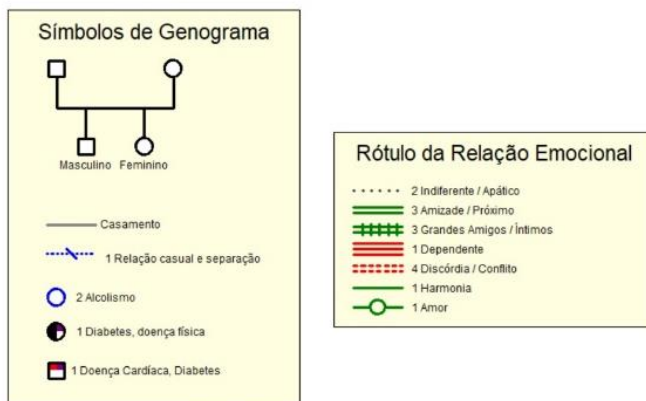


Figura 2 – Legenda do Genograma

Ao analisar o Genograma é possível aferir que os elementos da família nuclear são o Sr. R. e a Sra. M., estes são casados e não têm filhos. O Sr. R. esteve anteriormente casado, resultando dessa união duas filhas e um filho. A Sra. M. tem um filho que resultou de uma relação casual tendo sido mãe solteira. A família nuclear tem uma relação bastante positiva com todos os filhos do Sr. R., destacando-se a forte relação com a filha e neta mais velhas, que são quem mais ajuda os utentes, nomeadamente fazem as compras e acompanham-nos às consultas. As filhas estão casadas e têm cada uma uma filha. O filho mais novo é solteiro e viaja frequentemente para o exterior do país devido ao seu emprego e por esse motivo não mantêm uma relação tão próxima por estarem poucas vezes juntos. O casal refere no entanto que ele é muito preocupado, liga frequentemente e quando está em Portugal ajuda-os bastante.

A relação entre a família nuclear e o filho da Sra. M. atualmente é conflituosa. Anteriormente o filho era dedicado, estava frequentemente com a mãe, ajudava no que eles necessitavam e este estava sempre presente durante a visitação domiciliária por estar preocupado com a evolução da ferida da Sra. M. No entanto, devido a um problema de alcoolismo, o mesmo tem vindo a apresentar comportamento desadequados, não apenas em relação aos utentes, mas também em contexto de comunidade. Segundo os mesmos, o filho tem baixa médica há cerca de um ano e todos os dias está alcoolizado, assim como a sua esposa. Quando a Sra. M. piorou em termos de dependência, o Sr. R. foi operado às cataratas, então este filho e a sua esposa foram para a sua casa para ajudar, no entanto tinham comportamentos agressivos com a Sra. M., não tendo sensibilidade relativamente às suas limitações físicas. O Sr. R. refere que foi uma situação muito difícil de vivenciar e chorava diversas vezes porque via como a sua esposa estava a ser tratada mas não conseguia fazer nada. Quando o Sr. R. recuperou exigiu que eles saíssem da sua casa e desde aí que a relação começou a deteriorar-se, pois segundo os utentes além de terem sido mal tratados, eles queriam ficar a viver lá, dependentes dos pais financeiramente. Nos últimos dois meses não falaram com este filho pois quando ligam este trata-os com desrespeito, não os visita e “nem no meu aniversário ele me dá os parabéns” (sic). Apesar desta situação, o neto da Sra. M. é uma pessoa saudável, sem problemas de adição, tem o seu negócio e segundo os utentes ele distanciou-se do pai para se afastar dos problemas. Esta situação deixa a Sra. M. muito triste pois considera que fez tudo pelo seu filho e que não merecia a forma como é tratada pelo mesmo.

Enquanto casal apesar de não terem filhos referem que são muito felizes e que os filhos do Sr. R. os tratam aos dois como sendo seus pais, existindo um grande carinho entre os cinco.

1.1.2.2. Sistemas mais amplos

Está incluído nos sistemas mais amplos instituições sociais, espaços de socialização, pessoas com quem a família tem proximidade e podem influenciar a dinâmica familiar e servir como suporte (Freitas, 2011).

O Ecomapa permite saber quais são os recursos atuais e/ou potenciais e qual a relação da família com os mesmos. As linhas representam as diferentes ligações, estando o Genograma do agregado familiar localizado no centro do Ecomapa. Através da aplicação deste instrumento familiar conseguimos compreender que recursos existem e delinear intervenções tendo em consideração os mesmos. Na Figura 3 é possível observar o Ecomapa.

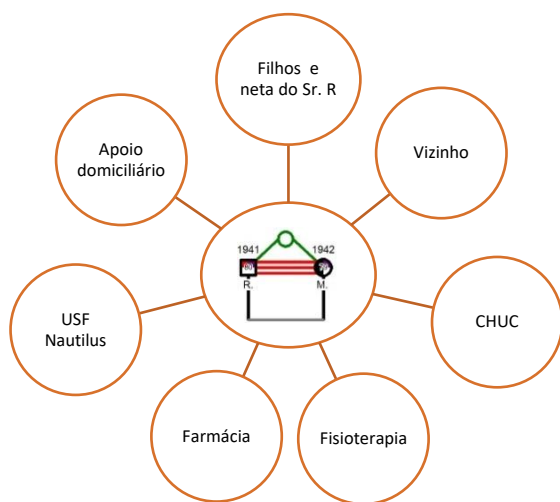


Figura 3 – Ecomapa da família

Nos sistemas mais amplos estão incluídos os filhos e a neta mais velha do Sr. R., pois estes são um dos principais recursos da família. Os utentes referem que se sentem apoiados pelos enfermeiros da USF Nautilus e consideram que se necessitarem de algo podem solicitar apoio. A farmácia é um recurso pois os utentes recorrem à mesma para adquirir os medicamentos já preparados por refeições. Os utentes contrataram uma senhora que trabalha num lar para prestar serviços de apoio domiciliário, sendo que esta realiza os cuidados de higiene da Sra. M. diariamente no período da manhã e volta ao fim do dia para realizar a troca da fralda se necessário. Este apoio é muito importante pois auxilia a Sra. M. nos autocuidados e alivia a sobrecarga do Sr. R. A fisioterapia é um recurso mais recente. O vizinho auxilia a família quando as filhas do Sr. R. não estão disponíveis. Ambos os utentes são seguidos em diversas consultas no CHUC e em situações de emergência é onde se dirigem.

1.1.3. Contexto

Na categoria contexto são avaliadas as interações entre os membros da família relativamente às suas crenças, cultura, religião e espiritualidade, e definição da classe social pois vai afetar os estilos de vida (Freitas, 2011).

Etnia: Toda a família é caucasiana.

Classe social: Para avaliar a classe social da família apliquei a Escala de Graffar. Segundo Rodrigues e Farate (2009), a escala de Graffar é um instrumento que se fundamenta no estudo das características sociais das famílias. É relativamente simples, fácil e rápido de ser aplicado. Possui cinco critérios (Profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita). Faz-se o somatório da pontuação de cada critério e obter-se-á a classe social da família. O somatório da pontuação de 5 a 25, permite classificar a família nas seguintes classes: Classe I: 5-9; Classe II: 10-13; Classe III: 14-17; Classe IV: 18-21; Classe V: 22- 25.

Esta família inclui-se na classe IV, classe média-baixa, com um score de 18 valores. A fonte de rendimento da família é a reforma de ambos. O Sr. R. e a Sra. M. recebem 550€ e 350€, respetivamente. Referem que este valor cobre apenas as necessidades básicas, como a medicação, fraldas, comida, despesas da casa e a funcionária do lar. Refere que quando o dinheiro não é suficiente, a filha mais velha oferece a comida.

Religião: A família é católica, identificando-se nos valores desta religião. Referem não ir presencialmente à missa por a Sra. M. apresentar mobilidade reduzida, no entanto todos os domingos veem a missa na televisão e rezam frequentemente.

Ambiente: A família vive num apartamento na Figueira da Foz. O prédio tem condições de acessibilidade, estando dotado de elevador. O mesmo encontra-se perto de estabelecimentos essenciais, como a farmácia, loja, padaria, entre outros.

Durante a visita domiciliar observei que o apartamento é espaçoso para duas pessoas, tem uma sala de jantar e de estar, cozinha, wc e dois quartos. Não pagam renda do mesmo, pois este foi oferecido à Sra. M. pela antiga patroa. Apresenta luminosidade adequada, no entanto pouca luz natural. Têm saneamento básico. O espaço está limpo e arrumado, sendo o Sr. R. que trata da limpeza e arrumação do mesmo. Não existem obstáculos pois o Sr. R. refere que quando a Sra. M. ficou debilitada o mesmo removeu os tapetes e móveis que pudessem colocar em causa a segurança.

1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento relaciona-se com a transformação progressiva da história familiar ao longo das diferentes fases do ciclo de vida: a sua história, o curso de vida e o crescimento da família (Silva, Bousso e Galera, 2009).

1.2.1. Etapas do ciclo de vida familiar

As etapas do ciclo de vida familiar são oito: casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); família idosa (da reforma à morte, que se relaciona com o envelhecimento dos membros da família). Para cada etapa foram definidas as tarefas que devem ser cumpridas para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento (Duvall & Miller, 1985, citado por Figueiredo, 2009).

É importante compreender em que fase do ciclo vital a família se encontra, pois assim compreendemos quais são as tarefas a realizar e o tipo de transições que geralmente estão a vivenciar. Esta família encontra-se na última etapa do ciclo vital, a família idosa.

1.2.2. Tarefas

Figueiredo (2009), afirma que na última etapa existem várias adaptações que são necessárias fazer pela família pois entram novos membros para as mesmas

como noras, genros e netos, e alguns membros podem sair temporariamente por doença. O casal prepara-se para ser a família de origem, que além de se relacionar com as pessoas das diferentes gerações, tem o papel de facilitar a saída dos filhos de casa, renegociar a relação do casal e aprender a lidar com o envelhecimento.

Nesta fase existe um ajustamento ao facto de não trabalharem e o seu sustento ser proveniente da reforma, assim como ao facto de estarem a envelhecer. Também vai ser frequente a realização de luto, por perda de conjugues, familiares e amigos.

Nesta etapa é necessário aprender a lidar com a diminuição das capacidades físicas e mentais e reajustar as dinâmicas familiares segunda as mesmas. Neste caso a Sra. M. anda de andarilho com supervisão quando incentivada, no entanto, passa grande parte do tempo sentada na cadeira de rodas. Devido ao AVC apresenta hemiplegia do braço e perna direitos, o que resulta numa incapacidade em colaborar na realização dos autocuidados e na lida da casa. Assim, existiu a necessidade de contratar uma assistente operacional para auxiliar na realização dos cuidados de higiene. O Sr. R. cozinha, limpa e arruma a casa e auxilia a Sra. M. a andar de andarilho e a ir à casa de banho.

Uma das principais situações de stress é o stress associado aos períodos de transição do ciclo vital da família, obrigando a negociação de novas regras na dinâmica familiar. Assim, uma situação de crise é vivenciada, obrigando a realização de mudanças do tipo II. Durante a avaliação familiar compreendi que estas mudanças foram efetuadas, uma vez que ambos os elementos da família aceitam a etapa em que se encontram e compreendem que estão a envelhecer e necessitam de se adaptar às novas necessidades que vão surgindo. O Sr. R. é cuidador da Sra. M. e não se demonstra incomodado por isso, pelo contrário, refere que não se importa e que faz tudo por ela, estando felizes por estarem juntos, apesar das dificuldades existentes, neste caso, em termos de saúde e monetários. No entanto o Sr. R. apresenta evidente cansaço, referindo que não sabe se aguenta muito mais tempo a fazer tanto trabalho como faz atualmente. Esta é uma situação de emergência que necessita de uma mudança do tipo I,

pois é necessário responder a uma situação do cotidiano e não de alterar a estrutura familiar.

1.2.3. Vínculos

A família apresenta vínculos fortes como foi possível observar no Genograma. Os utentes têm uma relação de afeto, amor e carinho. Respeitam-se mutuamente e utilizam uma comunicação assertiva, ouvindo o que ambos têm a dizer. Os mesmos referem nunca ter tido uma discussão significativa ao longo dos seus 42 anos de casamento e que o segredo é saber ouvir.

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Sílv, Bousso e Galera, (2009), mencionam que a avaliação funcional está relacionado com a interação entre os membros da família. Existem dois aspetos a avaliar: o funcionamento instrumental, relativo às atividades de vida diárias, e o funcionamento expressivo, que se refere aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças.

1.3.1. Instrumental

O funcionamento instrumental avalia as atividades de vida diária com o objetivo de compreender se a família tem capacidade de resposta às suas necessidades (Freitas, 2009). Realizo agora a avaliação segundo as necessidades humanas básicas fundamentais de Virgínia Henderson.

Ambos os utentes se apresentam eupneicos em ar ambiente e com os sinais vitais dentro dos parâmetros normais segundo as últimas avaliações realizadas.

Sr.^a M. - TA:122/65 mmHg e FC: 80 bpm

Sr. R. – TA: 132/68 mmHg e FC: 70 bpm

Não têm hábitos tabágicos. Não têm alergias conhecidas.

Alimentam-se de dieta sólida com restrições diabéticas e hipossalina, sendo o Sr. R. que cozinha e a filha que faz as compras da comida. A Sr.^a M. é diabética

e ambos cumprem o regime dietético, ingerindo alimentos com pouco sal, comem sopa nas refeições principais, optam mais por grelhados e cozidos, ingerem legumes e fruta, comem 3/3 horas em menor quantidade e não ingerem alimentos açucarados exceto em dias de festa. Ambos referem beber bastante água. Devido ao AVC apresenta disfagia a líquidos, ingerindo a água com espessante de consistência tipo néctar, no entanto nem sempre a utente cumpre “porque não sabe bem” (sic). Ambos os utentes comem de forma autónoma, sendo que a Sra. M. apenas precisa que seja realizada a preparação do prato, fracionando previamente a comida. Não têm hábitos alcoólicos, o Sr. R. apenas ingere meio copo de vinho tinto ocasionalmente. A Sra. M. pesa 76 Kg e mede 158 cm, resultando num IMC de 30,4 e tem um perímetro abdominal de 116cm. Em abril a utente tinha uma hemoglobina glicada de 8,1%, apesar dos cuidados que tem com a alimentação e de cumprir o regime terapêutico, pois é relevante o facto de a mesma passar a maioria do dia sentada. É seguida em consulta de diabetes no CHUC. O Sr. R. mede 162cm e pesa 76 Kg, tendo um IMC de 28,9, com 104cm de perímetro abdominal. A sua hemoglobina glicada em abril era de 5,8%.

O Sr. R. é autónomo nas mobilizações e locomoção, enquanto a Sra. M. deambula com andarilho com o apoio do Sr. R., “quando sente que tem forças” (sic). Quando não sente capacidade de realizar carga, por diminuição da força muscular ou da mobilidade, utiliza a cadeira de rodas. Na cama a Sra. M. não consegue mobilizar-se, foi explicada a importância de ser posicionada com o auxílio de almofadas, uma vez que apresenta hemiparesia e diabetes mellitus II, que são fatores de risco para desenvolver úlceras de pressão. No entanto a utente refere que não gosta de ser posicionada porque não consegue dormir se não estiver em dorsal.

Os utentes referem que dormem bem.

Relativamente aos cuidados de higiene e vestir e despir, o Sr. R. é autónomo e a Sra. M. é dependente em grau elevado, sendo os cuidados realizados por uma auxiliar de um lar.

Quanto à pele, os utentes realizam hidratação diariamente. A Sr.^a M. apresenta uma úlcera neuropática no primeiro dedo do pé direito. Utes referem que a ferida se desenvolveu

rapidamente e que o dedo esteve em risco de ser amputado. Tem vindo a apresentar uma evolução cicatricial favorável, atualmente sem sinais inflamatórios ou tecido desvitalizado.

O Sr. R. é continente misto e utiliza o WC de forma autónoma. A Sra. M. apresenta episódios ocasionais de incontinência urinária pelo que utiliza fralda, no entanto ainda recorre na maioria das vezes ao WC. Continente fecal. Não referem obstipação.

Utentes mantêm temperatura corporal adequada.

O ambiente é seguro, livre de obstáculos, com luminosidade e ambos são orientados nas três dimensões. Uma vez que a Sra. M. apresenta por vezes dificuldades em realizar carga, esta apresenta risco de queda.

O discurso é fluente e coerente, sem disartria, comunicam de forma eficaz e expressam-se de forma clara. A Sra. M. é mais introvertida, no entanto demonstra-se muito colaborante durante a entrevista. O Sr. R. é muito comunicativo e gosta de partilhar as suas experiências e a sua história. Ambos expressam os seus sentimentos um ao outro e falam para resolver os possíveis problemas. O Sr. R. apresenta uma ligeira hipoacusia. O Sr. R. sabe utilizar também os meios de comunicação para falar com a família. Quanto à expressão da sexualidade, os utentes referem que têm um amor muito grande um pelo outro e o expressam frequentemente.

A família vive segundo as suas crenças, nomeadamente a crença religiosa, sendo que veem a missa aos domingos na televisão. Quanto à crença de saúde, estes utentes cumprem o regime terapêutico e compreendem a sua importância.

Para sua recreação, os utentes veem televisão e gostam de estar na varanda a conversar. O Sr. R. realiza ocasionalmente umas pequenas caminhadas que refere fazer-lhe bem para se distrair. A Sra. M. escreve expressões simples para treinar a destreza das mãos. Ambos estão reformados. Quando questionados se não gostariam de fazer outro tipo de atividades, a Sra. M. referiu que não e o Sr. R. que não tem tempo.

Quanto à aprendizagem, ambos demonstram vontade e referem que estão sempre a aprender. Quando é realizada educação para a saúde ambos estão atentos e preocupados em compreender o que é explicado. O Sr. R. demonstra vontade em aprender mais quanto ao seu papel de cuidador.

O Sr. R. é responsável pela limpeza e arrumação do domicílio, sendo esta a principal tarefa a provocar desgaste físico. Ocasionalmente uma empregada de limpeza realiza uma higiene mais completa, no entanto os utentes precisavam deste tipo de apoio mais vezes e não o têm por dificuldades financeiras. Este é um dos principais problemas do Sr. R., o desgaste físico e psicológico por realizar todas as tarefas domésticas. O utente refere que adora a esposa e que não quer deixar de cuidar dela, no entanto o cuidar da esposa e do domicílio torna-se num fardo muito grande que o mesmo sente que está a deixar de conseguir suportar. A roupa é lavada numa lavandaria self-service pela filha. A medicação é preparada semanalmente na farmácia. A gestão do dinheiro é realizada pelo casal.

A Sra. M. tem como antecedentes pessoais: colecistite, úlcera crónica, AVC em 2019 e 2008, fibroma do útero, neuropatia periférica, neoplasia do sistema digestivo (pólipos gástricos e do colon excisados em 2019), aterosclerose, anemia por deficiência de ferro em 2018, perturbação depressiva (seguida em consulta particular - 2017), prolapso útero-vaginal sem indicação para cirurgia, alteração dos lípidos, arritmia cardíaca (pacemaker desde 2014), retinopatia diabética, HTA, epilepsia e Diabetes Mellitus II insulino-tratada. Na seguinte tabela apresento a terapêutica que a utente realiza atualmente.

Terapêutica	Dosagem	Horário
Atorvastatina	10mg	JT
Beta-histina	24mg	PA + JT
Clonazepam	2mg	Ceia
Furosemida	40mg	PA
Gabapentina	300mg	JT
Insulina glargina	36 UI + 16 UI	PA + JT
Metformina	1000 mg	PA + JT
Ramipril	5mg	PA

O Sr. R. tem como antecedentes pessoais: Arritmia cardíaca, doença valvular cardíaca, perda de peso, catarata, excesso de peso, alergia medicamentosa (AAS – vômitos), síndrome vertiginosa, PTA esq. Por osteoarterose, HPB, Colecistectomizado, hérnia abdominal – hemiorrafia, HTA, Diabetes Mellitus II não insulino-tratado. A terapêutica que realiza atualmente está apresentada na seguinte tabela.

Terapêutica	Dosagem	Horário
Beta-histina	24mg	PA + JT
Cloreto de tróspio	20mg	PA
Gliclazida	30mg	PA
Lisinopril + Hidroclorotiazida	20mg	Jejum
Lorazepam	2,5mg	Ceia
Metformina	1000mg	PA
Nifedipina	30mg	PA

1.3.2. Expressiva

O funcionamento expressivo engloba diversas subcategorias relacionadas com a comunicação entre elementos da família e sua interação (Freitas, 2009.)

Comunicação emocional: Como mencionado anteriormente, este casal tem um relacionamento saudável, comunicam de forma eficaz, sendo capazes de falar sobre os problemas pessoais e relacionais e sobre os seus sentimentos, aceitam a opinião um do outro, e têm em consideração que o que é dito tem impacto no outro, demonstrando percepção da comunicação circular. Referem estar satisfeitos a nível conjugal e expressam um enorme carinho um pelo outro.

Padrão de comunicação: A família tem um padrão de comunicação assertivo, expressando as suas ideias e opiniões de forma aberta.

Influência e poder nas relações: Não existe uma pessoa que se sobreponha à outra no que concerne a tomar decisões, ambos têm o mesmo poder e participam na tomada de decisões que afetam a família.

Crenças e a sua influência: Consideram que as suas crenças têm um impacto positivo na sua vida pois as mesmas transmitem-lhes os valores necessários para conviver enquanto sociedade, e são uma fonte de esperança e força.

Capacidade para resolver problemas: Os utentes demonstram capacidade para resolver problemas, sendo que conversam sobre possíveis soluções para os mesmos e tentam resolvê-los enquanto casal. Quando não conseguem, recorrem à filha mais velha do Sr. R.

Fatores de stress familiar: Os fatores de stress familiar atualmente são a situação financeira do casal, uma vez que referem que apenas dá para responder às necessidades básicas e às vezes não chega; a sobrecarga do Sr. R. enquanto cuidador, pois o utente considera que não consegue continuar a realizar tantas tarefas; o filho com problemas de alcoolismo, pois além de a Sra. M. se sentir triste com o distanciamento do mesmo, ela preocupa-se com o futuro dele; queixas álgicas ao nível torácico, do Sr. R., estando a ser acompanhado no Hospital de Coimbra, e atualmente encontra-se a realizar diversos exames.

Importância dos problemas familiares: Todos se preocupam com os problemas familiares e fazem um esforço para os resolverem em conjunto. Não só o núcleo familiar (Sr. R. e Sra. M.), mas também os filhos do Sr. R., dão importância aos problemas e tentam resolvê-los em conjunto. Apesar de os problemas serem fontes de stress, a família mantém esperança e alegria na sua vivência diária. Dão a importância necessária aos problemas, tentando não se focar apenas nestes. Apresentam uma atitude positiva perante os mesmos e enquanto casal dão forças um ao outro.

Validação dos problemas identificados com a família: A família reconhece os seus problemas e em conjunto definimos quais seriam as prioridades para os utentes, realizando o plano de cuidados em conjunto.

2. Plano de Cuidados

Focos e diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Data	Avaliação
Satisfação conjugal não mantida relacionada com partilha de tarefas domésticas disfuncional	Satisfação conjugal mantida	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a comunicação expressiva das emoções -Promover a comunicação do casal -Motivar para atividades em conjunto -Promover a comunicação no sentido de encontrar soluções em conjunto -Aplicar Escala de APGAR Familiar -Avaliar a comunicação do casal -Aplicar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal 	16/06/21	<p>O casal demonstra uma comunicação clara e assertiva. Conversam sobre os seus sentimentos e respeitam-se, referindo que “nunca tivemos uma discussão grave na nossa vida juntos” (sic). Gostam muito de passar tempo juntos e de conversar. Referem sentir-se muito felizes enquanto casal e que “não conseguimos estar afastados um do outro” (sic). Quando têm problemas procuram em conjunto soluções.</p> <p>Aplicada Escala de APGAR Familiar, tendo a pontuação máxima de 10 pontos para ambos os utentes, demonstrando uma família funcional (Apêndice I e II).</p> <p>Ainda não foi possível aplicar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.</p>
Capacidade de cuidar da casa comprometida (Sr. R.)	Que a casa se apresente cuidada	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar se a casa se encontra cuidada -Avaliar capacidade e conhecimento do utente para cuidar da casa -Avaliar recursos para auxiliar no cuidar da casa -Envolver a família alargada -Referenciar para o serviço social -Aplicar o Índice de Lawton e Brody 	16/06/21	<p>O utente demonstra conhecimentos e capacidades para cuidar da casa, estando a mesma arrumada e devidamente higienizada, no entanto refere que sente um enorme cansaço e que nem sempre consegue fazer tanto quanto gostaria. Após conversar com o utente, concluímos que seria importante o mesmo solicitar ajuda à sua filha na</p>

				<p>procura de soluções, nomeadamente consideramos que duas opções possíveis são a filha conseguir ajudá-los mais vezes ou procurar alguém que o consiga fazer, dentro das possibilidades financeiras dos utentes.</p>
			14/07/21	<p>Após aplicar o Índice de Lawton e Brody (Apêndice III) para avaliar as atividades instrumentais de vida diária, é possível aferir que o Sr. R. apresenta dependência moderada e a Srª. M. uma dependência grave. Quando a Srª. M. não consegue fazer estas atividades o Sr. R. faz por ela. Quando este não consegue é a filha que o auxilia. A neta do utente encontrou uma empresa de apoio domiciliário que prepara as refeições da Sra. M., fornece apoio domiciliário duas vezes por dia e ocasionalmente auxiliam na limpeza da casa. A contratação da mesma tem um valor de 200€, que o utente refere conseguir pagar quando demitir a funcionária do lar.</p>
Risco de capacidade comprometida para cuidar associado a sobrecarga do cuidador (Sr. R.)	Que o cuidador mantenha a sua capacidade enquanto prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar a Escala Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta -Aplicar a Escala de Zarit -Ensinar sobre cuidados ao familiar -Identificar os recursos da família -Envolver a família alargada -Promover a procura de soluções envolvendo a família alargada 	16/06/21	<p>A Escala Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta (Apêndice IV) permitiu compreender que o Sr. R. apresenta vontade para tomar conta e para aprender, tem conhecimentos sobre os cuidados e tem potencial para o fazer, no entanto como tem pouco apoio o mesmo refere sentir-se sobrecarregado o que condiciona a prestação dos cuidados.</p>

		-Informar sobre recursos como ECCL ou descanso do cuidador em ULDM		Ao aplicar a Escala de Zarit (Apêndice V) foram obtidos 20 pontos, correspondendo a uma sobrecarga moderada. Identificámos a filha mais velha do utente como um potencial recurso e, portanto, incentivei o utente a falar com ela, expondo a sua situação e como se sente, e a pedir ajuda se assim for possível. Utente refere não ter possibilidades financeiras para contratar alguém que o auxilie mais vezes durante o dia.
			14/07/21	Utente refere sentir-se mais tranquilo e motivado por ter encontrado os novos serviços de apoio domiciliário que o auxiliam mais.
Risco de saturação do papel de prestador de cuidados presente (Sr. R.)	Que não exista saturação do papel de cuidador	-Avaliação da saturação do papel (o que está a causar a saturação) -Apoiar o cuidador -Promover o coping familiar -Apoiar família -Envolver a família alargada -Informar sobre recursos e apoios existentes -Avaliar recursos do utente -Promover a comunicação expressiva de emoções -Promover estratégias de coping para o papel -Referenciar para serviços sociais	16/06/21	O utente refere que o motivo de estar em risco de saturação deve-se à necessidade de realizar todos os dias as tarefas domésticas, nomeadamente cuidar da casa e cozinhar. Como mencionado o utente vai falar com a filha para tentarem encontrar uma solução.
			14/07/21	O Sr. R. conseguiu apoio na realização das tarefas referidas através da contratação de uma empresa. Inicia dia 19/07/21.

<p>Processo familiar disfuncional relacionado com comunicação familiar comprometida (entre a Sra. M. e o seu filho)</p>	<p>Que a família apresente um relacionamento familiar adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar escala de APGAR Familiar -Promover a comunicação emocional -Promover a comunicação verbal, com discurso claro e direto -Promover a comunicação circular -Promover o coping familiar e procura de solução de problemas em conjunto -Avaliar comunicação entre a Sra. M e o seu filho -Avaliar se o filho da utente recorre aos serviços da USFN -Prevenir abuso financeiro -Prevenir maus-tratos -Informar sobre recursos de apoio como a APAV -Encaminhar para enfermeiro e médico de família 	<p>14/07/21</p>	<p>Aplicada Escala de APGAR Familiar à Sr^a. M., relativamente à sua relação com o filho, obtendo um resultado de zero pontos, demonstrando uma família disfuncional.</p> <p>A utente refere que o filho não fala com ela há dois meses. Questionei se o filho atende quando a utente liga, a mesma refere que sim, mas que ele não demonstra preocupação ao falar com ela e não a visita. Quando questionei se era possível ela falar com ele sobre a forma como se sente, devido à relação deles, a utente refere que não o quer fazer porque sabe que ele “não ouve e só vai gritar comigo” (sic).</p> <p>No programa SClínico verifiquei se o filho da Sra. M. é seguido em consulta na USF, no entanto este apenas recorre à mesma para situações de baixa médica.</p>
<p>Suporte social comprometido</p>	<p>Que os utentes tenham o apoio social necessário</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar a Escala de Gijon -Avaliar apoio social -Avaliar condições de alojamento -Encaminhar para o serviço social 	<p>16/06/21</p>	<p>Utentes apresentam condições de alojamento adequadas.</p> <p>Aplicada Escala de Gijon, com um resultado de 8 pontos, ou seja, situação intermédia. Comunicada situação à assistente social da USF.</p>
<p>Rendimento familiar insuficiente</p>	<p>Que a família apresente rendimento adequado às suas necessidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Providenciar informações relativamente aos recursos da comunidade -Referenciar para serviços sociais -Aplicar a escala de Graffar -Promover a gestão do rendimento familiar 	<p>16/06/21</p>	<p>Segundo a Escala de Graffar a família pertence à classe médica baixa, com 18 pontos.</p> <p>Situação referenciada para a assistente social da USF.</p>

Mobilidade comprometida (Sra. M.)	Que a utente mantenha a mobilidade, amplitude articular e força muscular	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre movimentos passivos e ativos para manter a mobilidade e incentivar a realizar os mesmos -Ensinar sobre o uso adequado do andarilho -Ensinar sobre realização de carga e transferências -Ensinar sobre a importância de continuar a realizar as atividades para as quais tem capacidade -Aconselhar sobre recurso a fisioterapia 	16/06/21	<p>Utente refere que vai iniciar sessões de fisioterapia brevemente.</p> <p>Compreende a importância de realizar movimentos ativos e passivos. Sabe utilizar o andarilho adequadamente, no entanto demonstra insegurança a fazê-lo por medo de cair.</p>
			14/07/21	<p>Utente já iniciou sessões de fisioterapia. As sessões são participadas assim como o transporte.</p> <p>Apresenta mais força muscular nos membros inferiores, menor desequilíbrio quando realiza carga e está mais confiante durante a utilização do andarilho.</p>
Défice de autocuidado presente (Sra. M.)	Que a utente desenvolva capacidades no âmbito do autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar Escala de Barthel Modificada -Ensinar sobre importância de realizar as AVDs para as quais tem capacidade -Ensinar sobre técnicas para realizar levante apenas com supervisão -Ensinar técnicas para realizar o autocuidado de higiene, para que não seja totalmente dependente -Incentivar o autocuidado -Encaminhar para ECCI 	16/06/21	<p>Foram obtidos 35 pontos na Escala de Barthel (Apêndice IX), correspondendo a uma dependência grave.</p> <p>A utente foi incentivada a realizar os seus autocuidados, dentro das suas possibilidades. Não foi possível ensinar técnicas.</p>
			14/07/21	<p>A Sr.ª M. refere estar mais motivada para realizar as AVD's desde que conversámos sobre a importância de o fazer e após a própria utente reconhecer as vantagens. O facto de a ferida ter melhorado e ter iniciado fisioterapia também foram fatores importantes para a utente se sentir mais motivada.</p>
Disfagia presente (Sra. M.)	Que a utente não apresente episódios de engasgamento	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre disfagia a líquidos -Ensinar sobre risco de engasgamento e consequências 	16/06/21	<p>O Sr. R. prepara a água com espessante corretamente, demonstrando conhecimentos sobre a dosagem do mesmo e reconhece importância de a água ser preparada frequentemente para não</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre importância de utilizar o espessante adequadamente -Ensinar sobre preparação de água com espessante -Avaliar conhecimentos e competências da Sra. M. e do Sr. R. relativamente à preparação de água com espessante -Avaliar adesão da Sra. M. à ingestão de água com espessante 		<p>alterar a consistência. A Sr.ª M. foi incentivada a utilizar sempre a água com espessante, sendo que a mesma reconheceu a sua importância após ser providenciada informação sobre possíveis consequências dos engasgamentos.</p>
Úlcera neuropática presente no primeiro dedo do pé direito, grau IV (Sra. M.)	Que a úlcera neuropática presente no primeiro dedo do pé direito passe para grau I	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar ferida -Vigiar sinais inflamatórios -Realizar tratamento à ferida -Ensinar acerca de autocuidado da pele -Ensinar acerca de cicatrização de feridas -Ensinar acerca de cuidados a ter no domicílio -Ensinar sobre alimentação adequada -Ensinar sobre calçado adequado 	16/06/21	<p>À data: ferida com dimensões de 1cm², sem loca, preenchida por tecido de granulação (70%) e de epitelização (30%), exsudado hemático em reduzida quantidade, sem odor, sem sinais inflamatórios, bordos íntegros, contínuos ao leito da ferida, área peri-lesional sem alterações, dor 2 aquando da realização do penso segundo a Escala Numérica. Realizado tratamento com inadine. Utente utiliza sapatos adequados. Quando em repouso mantém os membros inferiores elevados e tem apenas a meia. Quando deambula calça os chinelos que são adequados. Para a realização da fisioterapia calça sapatos não muito apertados. Utente ingere proteína todos os dias.</p>
			14/07/21	<p>Ferida cicatrizada. Utente sem dor. Aplicada vitamina A. Incentivada a hidratar o local diariamente e a proteger o mesmo quando utiliza os sapatos. Incentivada a contactar a USF caso exista alguma alteração.</p>

<p>Metabolismo energético comprometido (Sra. M. e Sr. R.)</p>	<p>Que a doença metabólica esteja controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar conhecimentos sobre valores de normoglicemia, hiperglicemia e hipoglicemia, e respetivos sinais e sintomas, assim como atuação adequada -Avaliar técnica de administração de insulina -Ensinar sobre valores de normoglicemia, hiperglicemia e hipoglicemia, e respetivos sinais e sintomas -Ensinar sobre como atuar perante hipoglicemia -Ensinar sobre quando recorrer aos cuidados de saúde -Avaliar e ensinar sobre armazenamento de insulina -Ensinar sobre alimentação, exercício físico e regime terapêutico -Avaliar conhecimentos relativamente ao regime terapêutico -Avaliar gestão do regime terapêutico -Realizar avaliação de risco de pé diabético -Avaliar glicemia e hemoglobina glicada dos utentes -Incentivar a comparecer a consultas de diabetes mellitus -Avaliar se comparecem nas consultas de diabetes mellitus 	<p>14/07/21</p>	<p>Sr. R. demonstra conhecimentos sobre valores de normoglicemia, hiperglicemia e hipoglicemia, respetivos sinais e sintomas e devida atuação. O Sr. R. administra a insulina à Sra. M. Este demonstra uma técnica correta na administração da insulina. A mesma está armazenada de forma adequada. Aderem ao regime terapêutico. Sr. R.: a avaliação do risco de pé diabético não apresenta alterações. Reavalia-se após um ano Sra. M.: perante a avaliação do risco de pé diabético o pé esquerdo não apresenta alterações e o pé direito apresenta diminuição da sensibilidade, ausência de pulso tibial posterior e edema. Por apresentar alto risco tem de ser reavaliado frequentemente. Sra. M.: hemoglobina glicada de 8,1% (04/2021) Sr. R.: hemoglobina glicada de 5,8% (04/2021) Utentes nunca faltam às consultas de acompanhamento.</p>
<p>Hipertensão arterial em grau</p>	<p>Que a hipertensão arterial diminua</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar tensão arterial de ambos os utentes -Promover a avaliação e registo frequente da tensão arterial de ambos os utentes 	<p>14/07/21</p>	<p>Sr.ª M. - TA:122/65 mmHg Sr. R. – TA: 132/68 mmHg</p>

moderado (Sra. M. e Sr. R.)	para grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre valores de normotensão -Avaliar se utentes utilizam esfigmomanómetro digital corretamente -Ensinar sobre utilização de esfigmomanómetro digital -Avaliar gestão do regime terapêutico -Incentivar a comparecer a consultas de hipertensão arterial -Avaliar se comparecem nas consultas de hipertensão arterial -Ensinar sobre quando recorrer a serviços de saúde 		<p>Utentes nunca faltam às consultas de acompanhamento.</p> <p>Utentes aderem ao regime terapêutico e sabem quando recorrer aos serviços de saúde.</p>
Gestão do regime terapêutico (Sra. M. e Sr. R.)	Que os utentes demonstrem atitudes promotoras de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre dieta adequada, direcionada a utentes com diabetes e hipertensão -Ensinar sobre a importância do exercício físico dentro das capacidades dos utentes -Ensinar sobre importância de cumprir o regime terapêutico -Ensinar sobre administração de insulina -Avaliar conhecimentos relativamente ao regime terapêutico -Avaliar adesão ao regime terapêutico 	16/06/21	Os utentes demonstram ter conhecimentos relativamente a uma alimentação adequada e afirmam cumprir a mesma. A Sra. M. não consegue realizar exercício físico. O Sr. R. realizada caminhadas, normalmente uma vez por semana durante 30 minutos pois refere que não gosta de deixar a Sra. M. sozinha. Cumprem o regime terapêutico.
Humor deprimido presente (Sra. M.)	Que a utente apresente humor eufórico	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a comunicação de sentimentos -Promover o diálogo com a família nuclear e alargada -Escutar de forma ativa e com disponibilidade -Disponibilizar presença -Identificar com a utente estratégias de coping -Identificar com a utente as suas forças 	14/07/21	A utente fala com o seu marido sobre os seus sentimentos e angústias, assim como a filha mais velha do Sr. R. Por falta de tempo ainda não foi possível aplicar a escala de depressão geriátrica, no entanto a utente refere sentir-se muito melhor relativamente a 2017, altura em que era seguida em consulta de psiquiatria. Atualmente refere

		<ul style="list-style-type: none"> -Identificar com a utente os seus recursos -Aplicar Escala de Depressão Geriátrica -Incentivar a realizar atividades do seu interesse -Encaminhar para consulta de psiquiatria 		sentir-se mais positiva e com interesse em realizar as atividades que gosta, sendo que apenas se sente mais triste com a situação do filho.
Arritmia presente (Sr. R.)	Que o utente apresente diminuição dos episódios de arritmia	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar frequência cardíaca -Avaliar características do pulso -Ensinar sobre quando recorrer a serviços de saúde -Avaliar adesão ao regime terapêutico -Encaminhar para consulta -Ensinar sobre importância de manter um ambiente calmo -Ensinar sobre importância de reduzir fatores de stress -Promover repouso 	14/07/21	<p>Pulso: frequência 70 bpm, rítmico e cheio.</p> <p>Utente refere que tem sentido dores torácicas e por esse motivo está a realizar diversos exames. Já é seguido em consulta de cardiologia no CHUC. Refere não andar muito stressado pois já se sente mais calmo após ter mais apoio em casa.</p> <p>Utente sabe identificar episódios de arritmia e reconhece quando deve recorrer aos serviços de saúde.</p>
Adesão à vacinação (Sra. M. e Sr. R.)	-Que o utente tenha o plano vacinal completo (Plano Nacional de Vacinação e Covid-2019)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar adesão à vacinação -Ensinar sobre importância de cumprir plano nacional de vacinação -Ensinar sobre importância da vacinação contra a Covid-19 -Planear vacinação 	14/07/21	<p>Sra. M.: administrada primeira dose da vacina AstraZeneca a 30/03 e segunda dose a 22/06, sem intercorrências. Vacina Td atualizada, próximo reforço em 2023.</p> <p>Sr. R.: administrada primeira dose da vacina Pfizer a 03/03 e a segunda dose a 31/03, sem intercorrências. Vacina Td atualizada, próximo reforço em 2026.</p>

Risco de queda presente	Que os utentes não apresentem quedas	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o risco de queda segundo a Escala de Morse -Avaliar condições de segurança no domicílio -Ensinar sobre condições de segurança no domicílio -Realizar treino de marcha com andarilho 	16/06/21	<p>Sr. R.: Sem risco de queda segundo a Escala de Morse (15 pontos) (Apêndice X).</p> <p>Sr.ª M.: Alto risco de queda segundo a Escala de Morse (65 pontos). A utente tem história de duas quedas no domicílio, sendo um dos motivos a diminuição da força nos membros inferiores e o outro motivo o desequilíbrio quando se levantava da sanita.</p> <p>Os utentes não apresentam obstáculos à deambulação como mobília ou tapetes, o chão está seco, a casa é bem iluminada e espaçosa para deambular. A Sra. M. apresenta medo quando deambula por ter ocasionalmente diminuição da força nos membros inferiores. O Sr. R. supervisiona a Sra. M. quando a mesma utiliza o andarilho.</p>
			14/07/21	<p>Utente encontra-se a realizar treino de marcha com andarilho na fisioterapia.</p>
Risco de Úlcera de Pressão presente	Que a Sra. M. não desenvolva úlceras por pressão	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar risco de úlcera por pressão segundo Escala de Braden -Ensinar sobre locais de pressão -Ensinar sobre importância de posicionamento quando no leito -Ensinar sobre dispositivos de alívio de pressão -Ensinar sobre cuidados à pele -Avaliar cuidados dos utentes com a pele 		<p>Segundo a Escala de Braden a utente tem baixo risco de úlcera de pressão (18 pontos) (Apêndice XI).</p> <p>Uma vez que utente não consegue realizar mudanças significativas no leito sozinha, foi incentivada a utilizar almofadas para realizar alternância de decúbitos, no entanto utente recusa pois refere que não consegue dormir quando posicionada.</p> <p>Como passa a maioria do dia sentada na cadeira de rodas, a utente utiliza almofada viscoelástica para se sentar, utiliza almofada normal nas costas e</p>

				debaixo dos pés quando tem os membros inferiores elevados.
--	--	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Acedido a 4 de maio em <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto

Freitas, A. P. C. (2011). *Enfermagem com famílias-Perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Rodrigues e Farate (2009). *Envolvimento Parental e Nível Sociocultural das Famílias*. Dissertação de Mestrado. ISMT

Silva, Bousso & Galera (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 530-4*

APÉNDICE

APENDICE I – APGAR Familiar (Sr. R. relativamente à família nuclear)

Apgar Familiar De Smilkstein

Sr R. relativamente à família nuclear

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	10 pontos – Família altamente funcional		

APENDICE II - APGAR Familiar (Sra. M. relativamente à família nuclear)

Apgar Familiar De Smilkstein

Srª M. relativamente à família nuclear

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
6. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
7. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
8. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
9. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
10. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	10 pontos – Família altamente funcional		

APENDICE III – índice Lawton e Brody

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – LAWTON E BRODY

1. O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1

Nove pontos – totalmente dependente.

10 a 15 pontos – dependência grave.

16 a 20 pontos – dependência moderada.

21 a 25 pontos – dependência leve.

25 a 27 pontos – independente

Questão	Score – Utente R.	Score – Utente M.
1.	3	2
2.	2	1
3.	1	1
4.	3	1
5.	3	1
6.	2	1
7.	2	2
8.	2	2
Resultado	18 – Dependência moderada	11 – Dependência grave

APENDICE IV – Escala Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta

1 - Conscientização do FC para tomar conta

Não existe	Reduzida	Moderada	Elevada
		✓	

2 - Força de vontade expressa pelo FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			✓

3 - Nível de participação, proactividade e envolvimento do FC nos processos de ensino/aprendizagem no internamento para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			✓

4 - Nível de apoio dos familiares/amigos percebido pelo FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
	✓		

5 - Nível de apoio da rede formal percebido pelo FC para tomar conta (incluindo a ECCI)

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
	✓		

6 - Nível de percepção do FC acerca da sua capacidade para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
		✓	

7 - Nível de reconhecimento por parte do FC das necessidades do familiar dependente/cuidados necessários para tomar conta após a alta hospitalar

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			✓

8 - Nível de conhecimento do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			X

9 - Nível de capacidades instrumentais do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
	X		

10 - Capacidade física do FC para tomar conta (ex. força muscular)

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
		X	

11 - Potencial de aprendizagem do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
		X	

12 - Capacidade cognitiva/de aprendizagem do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			X

13 - Qualidade/intensidade da relação entre o FC e o familiar dependente

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			X

14 - Experiência prévia do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
X			

15 - Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
X			

16 - Sobrecarga atual (exaustão, stress) do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
		X	

17 - Risco de sobrecarga (exaustão/stress) do FC para tomar conta

Não existe	Reduzido	Moderado	Elevado
			X

APENDICE V – Escala de Zarit

Aplicação da Escala de Zarit ao Sr. R.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos



APENDICE VI – APGAR Familiar (Sra. M. relativamente ao filho)

Apgar Familiar De Smilkstein

Srª M. relativamente ao filho

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
11. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			X
12. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			X
13. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			X
14. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			X
15. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			X
TOTAL:	0 pontos - Família com disfunção acentuada		

APENDICE VII – Escala de Gijon

Escala de Avaliação da Situação Sócio-familiar de Gijón

1. SITUAÇÃO FAMILIAR	
1	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
2	Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
3	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
4	Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
5	Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS	
1	Mantém relações fora do domicílio.
2	Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
3	Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
4	Não sai de casa, recebe família ou visitas (» 1 semana).
5	Não sai de casa nem recebe visitas (« 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL	
1	Não necessita de nenhum apoio.
2	Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
3	Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc....).
4	Tem apoio social mas é insuficiente.
5	Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO	
10	Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
6-9	Situação intermédia
5	Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

APENDICE VIII – Escala de Graffar

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente

APENDICE IX - Escala de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	5
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	0
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	0
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	0
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	10
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	5

<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	<p>5</p>
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	<p>5</p>
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	<p>5</p>
<p>ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	<p>0</p>

Total: 35

APENDICE X – Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse

Sr.^a M.

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

Total: 65 pontos

Risco: Alto risco

Sr. R.

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

Total: 15 pontos

Risco: Sem risco

APENDICE XI – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____

Idade: _____

<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>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 leva a fricção quase constante.</p>	<p>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 na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	

Total: 18 pontos

APÊNDICE V - Folheto – Cuidados de Higiene

Banho no chuveiro

Se a pessoa tem dificuldade em estar de pé, utilize um banco ou cadeira de banho

Garanta a segurança no banho, se necessário coloque um tapete antiderrapante ou barras de apoio.

Higiene dos genitais

Na mulher: lave cuidadosamente os grandes e pequenos lábios, de frente para trás.

No homem: retraia o prepúcio e lave a glande. Não se esqueça de voltar a cobrir a glande.

Higiene Oral

Deve ser realizada diariamente

Se não for possível com escova de dentes utilize uma espátula envolvida numa compressa

Para prevenir engasgamentos, garanta que o utente está bem sentado antes de bochechar

Se tiver prótese retirar para limpar

Higiene das unhas

Devem manter-se curtas e cortadas a direito.



USF Nautilus

Av. Dr. Mário Soares nº 64

3080-254 Figueira da Foz

Horário de Funcionamento

De 2ª a 6ª feira: 09:00 às 17:00

Sábados, domingos e feriados: Encerrado

Telefone

233408230/233408248

Email

usf.nautilus@arscentro.min-saude.pt



Cuidados de Higiene e Conforto



Um guia para o cuidador

A Higiene



Objetivos:

- Garantir a limpeza do corpo
- Promover o conforto
- Estimular a atividade motora
- Proteger a pele
- Observação física

Pode ser:

- Parcial (ex.: face, genitais,...)
- Total (banho completo)

Material

- Bacia com água
- 2 Esponjas/manábulas
- Sabonete neutro
- Champô
- Toalha
- Creme hidratante
- Pente/escova
- Roupa lavada
- Lençóis
- Copo com água, escova e pasta dos dentes
- Fralda, se necessário



Recomendações gerais

- Respeitar a privacidade, a intimidade, a vontade e as crenças da pessoa
- Criar um ambiente acolhedor
- Promover a autonomia e não substituir a pessoa no que ela pode fazer
- Observar se existem alterações na pele
- Promover a mobilização da pessoa
- Cuidado com o material invasivo (Algália, SNG, não molhar os pensos,...)
- Não é necessário a pessoa tomar banho total diariamente, este pode ser realizado em dias alternados com a higiene parcial
- Tenha o material previamente pronto
- Verifique a temperatura da água e do ambiente
- Seque muito bem a pele, nomeadamente pregas cutâneas (axila, abdômen, entre os dedos,...)
- Hidrate a pele
- É importante que a roupa que a pessoa utiliza, assim como a roupa da cama, se encontrem limpas e sejam trocadas com frequência. Estique bem a roupa da cama.



Banho na cama

- Lave os olhos e a face antes de colocar o sabão na água;
- Lave a parte superior do corpo e seque. Tape essa parte do corpo com a toalha para que a pessoa não tenha frio;
- Incentive o utente a lavar-se consoante as suas capacidades;
- Lave as pernas e os pés e seque;
- Lave os genitais e não volte a colocar essa manápula na bacia para não sujar a água. Coloque a manápula para lavar.
- Coloque o utente em lateral, lave as costas e seque. Lave a região nadegueira e seque.
- Coloque a fralda.
- Se o utente realiza levante: antes do banho coloque um resguardo por baixo do utente, quando finalizar o banho, ainda com o utente em lateral, retire o resguardo para que o utente fique sobre os lençóis secos.



- Se o utente não realiza levante: enrolar os lençóis sujos na direção do utente colocar os novos. Lateralize o utente para o outro lado e retire os lençóis sujos e estique os novos

