

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**RELATÓRIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DA
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Odete Martins
nº 5200329

Leiria, abril 2022

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

**RELATÓRIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DA
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

Odete Martins
nº 5200329

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional,
em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família,
em Contexto de USF/UCSP, com Relatório Final.

Professor Orientador: Professora Doutora Clarisse Louro

Leiria, abril 2022

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Teixeira de Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradeço à escola e à Professora Doutora Clárisse Louro pelo apoio e pela oportunidade de enriquecer os meus conhecimentos.

Agradeço aos meus pais que já não estando cá me deixaram muito boas memórias e grandes exemplos de vida e perseverança.

Agradeço à minha família nuclear e extensa todo o apoio nesta jornada que foi para mim desafiante devido ao atual contexto de pandemia.

Ao meu serviço, USF Santiago, e às enfermeiras com quem trabalho todo o apoio principalmente nos momentos mais difíceis.

À enfermeira Mafalda Girão e à equipa da USF Terras de Cister pela disponibilidade e pela possibilidade de aprender com profissionais empenhados e motivados.

RESUMO

A população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos e a percentagem destes a viver sozinhos tem vindo a lançar um desafio em termos de cuidados específicos a estas famílias.

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015) (citado por SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017).

Os cuidados de saúde baseados em evidência são “um processo que identifica políticas ou perguntas clínicas dando-lhes respostas através da geração de conhecimento e evidência para orientar a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e adequada, mais realista e significativa para populações, culturas e contextos específicos”. (Apóstolo, 2017).

A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). Citado por SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017).

Tendo a USF Terras de Cister um índice de dependência e uma percentagem de idosos superior à nacional sentiu-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de saúde familiar ao idoso.

Objetivo: Mapear o conhecimento sobre cuidados de saúde familiar ao idoso

Método: Revisão sistemática da literatura. Os motores de busca utilizados foram: b on (Biblioteca de conhecimento online) e Ordem dos Enfermeiros: Bases de Dados Científicas-Acesso Reservado (EBSCO) (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Library, MedicLatina) e Acesso Livre (RCAAP, SciELO Portugal, SciELO) e os motores Booleanos e/and.

Resultados: Foram encontrados 128 artigos. Após seleção obtiveram-se três estudos com consulta aberta específicos para a problemática. Abordando diferentes aspetos da mesma questão: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para idosos comunitários; Cuidados domiciliários – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família; Tensão do papel de cuidador em cuidadores informais de idosos. Considera-se muito importante o conhecimento atualizado sobre os cuidados à população idosa cada vez mais numerosa e só, impondo-se uma mudança de abordagem mais autogénica, onde se desenvolvam mais competências para o cuidar proporcionando um planeamento adequado do apoio a disponibilizar às famílias que dele necessitam.

Conclusão: Todos os estudos assentam nas necessidades do idoso. É necessário despertar os profissionais para esta área de forma mais integrativa. Avaliar mais o que o idoso deseja e

é capaz. Desenvolver as nossas ações através dos objetivos do utente, dando mais ênfase às capacidades do idoso, ao invés de focar nas suas dificuldades. Os enfermeiros de família, situados no centro da rede de serviços essenciais à prossecução dos objetivos da Política de Saúde 21, são o grupo de profissionais mais capazes de desenvolver modelos de prática, não só pelos seus saberes e competências, mas também pela sua capacidade de abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar.

Palavras-chave: Idoso; Enfermagem de família; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The elderly population has been increasing in recent years and the percentage of these living alone has been launching a challenge in terms of specific care for these families.

Aging is a victory for socioeconomic development and public health, which, at the same time, generates the challenge of society's adaptation (World Health Organization,) (cited by SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017).

Evidence-based health care is “a process that identifies policies or clinical questions and answers them through the generation of knowledge and evidence to guide the delivery of health care in an effective and appropriate, more realistic and meaningful for populations, cultures and specific contexts way.” (Apóstolo, 2017).

Family, community, and society have a strong impact on how you age (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). (Cited by SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017).

Since the USF Terras de Cister has a higher dependency rate and percentage of elderly people than the national, deepening the knowledge about family health care for the elderly felt needed.

Objective: to map knowledge about family health care for the elderly

Method: Systematic literature review. The search engines used were b on (online knowledge library) and Ordem dos Enfermeiros: Scientific Databases - Reserved Access (EBSCO) (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Library, MedicLatina) and Open Access (RCAAP, SciELO Portugal, SciELO) and Boolean e/and engines.

Results: 128 articles were found. After selection, three studies with open consultation specific to the problem were obtained. Addressing different aspects of the same issue: ICNP® nursing diagnoses, results, and interventions for community-dwelling elderly people; Home care – interaction between the nurse and the elderly person/family; Caregiver role tension in informal caregivers of the elderly. It is very important to have up-to-date knowledge on care for the increasingly numerous and lonely elderly population, imposing a change in a more autogenic approach, where more skills are developed to care after the patient, providing adequate planning of the support to provide to families who need it.

Conclusion: All studies are based on the needs of the elderly. It is necessary to awaken professionals to this area in a more integrative way. Evaluate more what the elderly person wants and is capable of. Develop our actions through the goals of the user, providing more emphasis to the capacities of the elderly, instead of focusing on their difficulties. Family nurses,

located at the center of the network of services essential to the pursuit of the objectives of the Health Policy 21, are the group of professionals most capable of developing models of practice, not only due to their knowledge and skills, but also due to their ability to take a systemic approach and interdisciplinary assessment.

Keywords: Elderly; Family Nursing; Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeS ON – Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

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

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPE – Entidade Pública Empresarial

FN – AP - Family Nursing Advanced Practice

HTA – Hipertensão Arterial

IDG – Índice de Desempenho Global

IFNA - International Family Nursing Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

LASA - *look-alike, sound-alike*

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Família

MIF – Mulher em Idade Fértil

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

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PF – Planeamento Familiar

P. N.C.C. Risco: Hipertensão – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-

cardiovasculares

P.N. Diabetes – Programa Nacional para a Diabetes

P.N.S.R. – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

RCCR – Rastreio do Cancro do Cólon e do Reto

RCCU – Rastreio do Cancro do Útero

RCM – Rastreio do Cancro da Mama

RDO – Rodoviária do Oeste

RNCCI – Reda Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SBC – *Strengths-Based Nursing Care* (Cuidar Baseados nas Forças)

SIARS® - Sistema de Informação das ARS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSP – Unidade Local de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF TC - Unidade de Saúde Familiar Terras de Cister

ÍNDICE

INDICE DE QUADROS	XII
INDICE DE FIGURAS.....	XII
INTRODUÇÃO	13
1. O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	16
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA	16
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	20
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	29
1.3.1 Estudo do tipo de famílias	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	38
3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	42
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	42
3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	45
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	55
4.1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA AO IDOSO ENQUANTO SISTEMA FAMILIAR – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	55
4.1.1 Metodologia	58
4.1.2 Protocolo de investigação	59
4.1.3 Resultados	61

4.1.4 Discussão64

CONCLUSÃO.....66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....67

APÊNDICES

APÊNDICE I - Aplicação Prática Do Modelo Calgary De Avaliação E Intervenção Familiar

APÊNDICE II - Plano De Sessão Da Apresentação Avaliação E Intervenção - Modelo Calgary

APÊNDICE III - Apresentação Avaliação e Intervenção - Modelo Calgary

APÊNDICE IV - Apresentação – Precauções com a COVID 19

APÊNDICE V - Apresentação – Cuidados Ao Diabético Dependente

APÊNDICE VI - Apresentação – Posicionamentos E Transferências

APÊNDICE VII - Panfleto – Administração De Insulina

ANEXOS

ANEXO I - Tabelas de aplicação de Score 1,2 ou 3

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dados Demográficos do Conselho de Alcobaça.....	18
Quadro 2 - Taxa de Mortalidade	18
Quadro 3 - Taxa de Natalidade	19
Quadro 4 - Mediana do IDG.....	27
Quadro 5 - Área de desempenho assistencial.....	28
Quadro 6 - Área da gestão da doença	28
Quadro 7 - Gestão da Saúde.....	29
Quadro 8 - Vacinação.....	29
Quadro 9 Dados da unidade de Coz	30
Quadro 10 Tipo de Famílias /Nº de famílias.....	33
Quadro 11 Competência 1	46
Quadro 12 Competência 2	46
Quadro 13 Competência 3	47
Quadro 14 Competência 4	48
Quadro 15 Competência 5	49
Quadro 16 Competência 6	50
Quadro 17 Competência 7	51
Quadro 18 Competência 8	52
Quadro 19 Competência 9	52
Quadro 20 Competência 10	53
Quadro 21 Critérios de inclusão e exclusão	59
Quadro - 22 Descritores.....	60
Quadro 23 grelha de colheita parte 1.....	63
Quadro 24 grelha de colheita parte 2.....	63

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Logotipo.....	22
Figura 2: Pirâmide etária da USF Terras de Cister.....	26
Figura 3 Tipos de família do ficheiro	33
Figura 4 População Alcobaça.....	36
Figura 5 Agregados unipessoais	36
Figura 6 Fluxograma PRISMA	62

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em Contexto de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), com Relatório Final”, inserido no Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano, 3º semestre. O estágio decorreu no Polo de Coz da USF Terras de Cister com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades. Decorreu ao longo de 18 semanas num total de 810 horas de ensino clínico, com os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais (G)

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

G2. Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

Objetivos Específicos (E)

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

Objetivos Transversais (T)

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Para responder a estes objetivos foram desenvolvidos mais dois estágios: Estágio I com 108 horas e Estágio II com 189 horas.

O contexto foi escolhido tendo por base o desenvolvimento de competências especializadas inseridas numa boa prática de cuidados.

A Enfermagem é uma ciência que se tem transformado, alicerçada nos seus conceitos fundamentais, como a Pessoa, a Saúde, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem (se quisermos utilizar os conceitos meta paradigmáticos propostos por Fawcett) e tem demonstrado ser uma Disciplina de olhar fundamental e identitário para as (in)firmezas e as respostas dos seres humanos aos processos de saúde-doença. (Melo Pedro, 2020)

O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, atende à família como unidade de cuidados. 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.

O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde. (Decreto-Lei 118/2014)

Nesta perspetiva deve estar presente a definição de família em toda a sua complexidade.

Nos últimos anos a sociedade portuguesa sofreu alterações significativas, o que se refletiu nas estruturas familiares. Como veremos nos dados fornecidos pelo INE, há um aumento de famílias unipessoais e um envelhecimento da população. Existem também mais famílias reconstruídas. Isto leva a um constante desafio para a enfermagem e para os enfermeiros na sua busca de conhecimento para a prestação de cuidados de excelência aos seus utentes e famílias.

É importante reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe conferem uma organização específica. Parte-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são redigidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente. (Figueiredo, 2013)

De modo a ser de fácil consulta e dando visibilidade ao trabalho realizado este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos:

- O primeiro capítulo enquadra uma descrição do contexto da prática clínica assim como algumas características do Município de Alcobaça onde se realizou o estágio. Com o objetivo

de desenvolver as atividades que levam à aquisição das competências comuns e especializadas procurou-se conhecer a organização do serviço e as suas expectativas bem como a sua população inscrita e os seus diagnósticos. Foi elaborada uma avaliação do ficheiro onde foram prestados os cuidados de enfermagem com a descrição dos tipos de famílias e os cuidados às mesmas segundo a bibliografia pesquisada. O objetivo foi depois poder traspor os conhecimentos pelo que se incluiu na pesquisa alguns tipos de famílias que não estavam abrangidas no ficheiro analisado.

- O segundo capítulo faz um enquadramento teórico que vai dar o suporte a toda a investigação e desenvolvimento das atividades.

- O terceiro capítulo descreve as atividades desenvolvidas nos Ensinos Clínicos, bem como uma análise reflexiva que as enquadre no desenvolvimento de competências comuns e especializadas.

- O quarto capítulo da Prática baseada na Evidência apresenta uma revisão sistemática da literatura com vista ao desenvolvimento de competências de investigação e de produção científica.

Pela análise do ficheiro, chegou-se à conclusão de que existiam mais utentes idosos do que a média nacional (30,4% de idosos USF Terras de Cister /Media Nacional 22,3% (2020 PORDATA)). Muitos viviam sós (constituindo famílias unitárias), o que levou à elaboração de um estudo mais profundo sobre a temática. Em consequência foi realizada uma revisão da literatura sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros de família aos idosos enquanto família unitária.

Todo o percurso foi uma reflexão mais profundamente no ser enfermeiro. Este Mestrado fez “abandonar as roupas usadas” e começar um novo caminho. Ver a família e os cuidados que se prestam de uma outra forma, dando mais importância aos cuidados colaborativos e na integração efetiva dos utentes e família nos seus processos de Cuidados de Saúde.

Espera-se que este relatório saliente a importância de prestar cuidados especializados à família.

1. O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

É da maior importância o conhecimento da história de uma população bem como as infraestruturas e redes de apoio ao cidadão para o poder informar na gestão de cada caso no intuito de o capacitar para melhor gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Neste âmbito, considera-se importante conhecer os contextos onde se insere a prática clínica.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA

Alcobaça é sede do município, tem 408,14 km² de área e 54 981 habitantes e está situada na região centro oeste. Está subdividido em 13 freguesias e foi elevada ao estatuto de cidade em 1995. Pertence ao distrito de Leiria (Wikipédia, 2021).

Património

Alcobaça é conhecida pelo seu património arquitetónico onde se destaca o Mosteiro de Santa Maria de Alcobaça (Mosteiro de Alcobaça).

Classificado Património da Humanidade pela UNESCO desde dezembro de 1989, este imponente mosteiro é um dos mais impressionantes e belos testemunhos da arquitetura de Cister em toda a Europa.

A Carta de Fundação da Abadia data de 8 de abril de 1153. Contemporâneo da fundação de Portugal, o Mosteiro é também um pouco da sua História. Fundado pelo primeiro rei, D. Afonso Henriques, e desde logo consagrado ao culto mariano, nasceu da doação das terras de Alcobaça a Bernardo de Claraval e à Ordem de Cister pela vitória sobre os mouros na conquista de Santarém.

A construção iniciou-se em 1178 e terminou cerca de 100 anos depois. Na altura, os mestres pedreiros da Ordem de Cister experimentaram um novo «modo» de construção (o gótico) introduzindo no território português essa linguagem arquitetónica. Podemos também observar outros estilos como o Barroco, o Manuelino e o Neogótico. Neste monumento, podemos encontrar os túmulos de D Pedro e D. Inês, colocados frente a frente.

A partir do século XII os monges cistercienses moldaram o território para a produção dos mais diversos produtos. A terra era fértil e não lhe faltava água. O azeite, os cereais, as frutas, a carne e o peixe, nada faltava. No território dos antigos Coutos de Alcobaça, o empreendedorismo é ainda hoje imagem de marca. Atualmente, Alcobaça continua na

vanguarda em produção agrícola, com marcas de muita notoriedade no mercado: Maçã de Alcobaça, Pera Rocha do Oeste e Vinhos de Alcobaça. (Alcobaça M., 2021).

Em Coz (onde se desenrolou o estágio) destaca-se o Mosteiro de Santa Maria de Coz. No século XVI, o Mosteiro de Santa Maria de Coz tornou-se num dos mais ricos mosteiros femininos cistercienses, em Portugal. Com o seu esplendor artístico barroco, a igreja testemunha a riqueza dessa comunidade.

A Igreja de Santa Maria de Coz, juntamente com o seu antigo dormitório e restantes dependências do Mosteiro, foram decretadas oficialmente como Monumento Nacional, após decisão tomada em Conselho de Ministros, a 22 de abril de 2021(Alcobaça M., 2021).

Acessibilidade

A cidade está localizada a 92 km a norte de Lisboa (124 km via A8, ou 110 km via IC2 / A1), e 88 km a sudoeste de Coimbra (114 km via A8 / A17 / IC8 / A1, ou 105 km via IC2 / A1) (Wikipédia, 2021).

A Câmara Municipal de Alcobaça e a Rodoviária do Tejo criaram, a 22 de abril de 2014, um novo conceito para os transportes urbanos de Alcobaça, a CHITA. A partir de 1 de março de 2019, o serviço de transportes urbanos CHITA reforça a sua componente social, através de uma política inovadora a nível nacional que torna Alcobaça no primeiro Município a disponibilizar gratuitamente o seu serviço de transportes urbanos. (Alcobaça M., 2021).

O serviço pretende responder de forma eficaz às necessidades das deslocações da população relacionadas com as atividades comerciais, de serviços (CTT, EDP, Serviços Municipais, grandes superfícies), assim como proporcionar o acesso fácil aos pontos turísticos da Cidade, com paragem no Parque Verde, Museu do Vinho, Castelo, Museu Raul da Bernarda e Cineteatro de Alcobaça, entre outros. (Alcobaça M., 2021).

A Rodoviária do Oeste, RDO, realiza o transporte de passageiros em carreiras interurbanas nos Concelhos de Alcobaça, Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Nazaré e Peniche.

No que diz respeito a equipamentos, é composto pelo Agrupamento de Escolas da Cister, Agrupamento de Escolas da Benedita e o Agrupamento de Escolas da São Martinho do Porto. Em 2020, nas escolas do município de Alcobaça, havia 7.689 alunos inscritos no ensino pré-escolar, básico e secundário, menos 3.000 do que em 2009 e menos 209 do que em 2019 (Pordata, 2021).

Tem como hospitais de referência: Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça (Centro Hospitalar de Leiria, EPE) e o Hospital de Santo André – Leiria (Centro Hospitalar de Leiria, EPE) (Pordata, 2021).

Caracterização Demográfica

O quadro 1 apresenta alguns Dados Demográficos do Concelho de Alcobaça em comparação com os Nacionais. Podemos observar que o Índice de Envelhecimento é consideravelmente superior ao Nacional devido, por um lado, ao aumento da população com mais de 65 anos, mas também à diminuição da população jovem. A percentagem de população ativa não sofreu grandes alterações no período em análise.

Quadro 1 - Dados Demográficos do Concelho de Alcobaça

	Alcobaça 2010	Portugal 2010	Alcobaça 2020	Portugal 2020
População residente	56 839	10 573 100	53 649	10 297 081
Densidade populacional número médio de indivíduos por km2	139,3	114,7	131,4	111,7
Jovens (%) menos de 15 anos	15	15,2	11,5	13,5
População em idade ativa (%) 15 aos 64 anos	65,5	66,3	65	64,2
Idosos (%) 65 e mais anos	19,6	18,5	23,6	22,3
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	131	122	206	165

Fonte: (Pordata, 2021)

No quadro 2 podemos observar que o Concelho de Alcobaça tem uma Taxa de Mortalidade igual à do território português com tendência a aumentar.

Quadro 2 - Taxa de Mortalidade

Territórios	2015	2019	2020
Portugal	10.5	10.9	12
Alcobaça	10.8	11.5	12

Fonte: (Pordata, 2021)

Como podemos observar no quadro 3 a Taxa de Natalidade está a aumentar, mas é ainda inferior à Nacional.

Quadro 3 - Taxa de Natalidade

Territórios	2015	2019	2020
Portugal	8.3	8.4	8.2
Alcobaça	6.5	7.2	7.4

Fonte: (Pordata, 2021)

Da análise dos dois quadros anteriores (Taxa de Mortalidade a aumentar, mas idêntica à Nacional e Taxa de Natalidade inferior à Nacional) podemos compreender a discrepância do índice de envelhecimento.

Economia e medidas de apoio social do Município

No município de Alcobaça, o sector de atividade que concentrava mais trabalhadores em 2019 era o das indústrias transformadoras com 30.5%. Realidade que também se observou na generalidade dos anos antecedentes. Segue-se o comercio por grosso e a retalho com 23.8%. (Pordata, 2021).

Pode verificar-se através do site do município medidas de apoio à família nomeadamente:

- ♦ Incentivo à natalidade (Apoio até ao valor de €250,00 por cada criança registada como natural do concelho, atribuída sob a forma de reembolso de despesas elegíveis, realizadas em estabelecimentos comerciais situados no concelho);
- ♦ Redução do IMI em função do número de dependentes;
- ♦ Apoio nas refeições escolares;
- ♦ Apoio no transporte escolar;
- ♦ Consultas de Psicologia para munícipes carenciados;
- ♦ Apoio à vítima de violência doméstica;
- ♦ Respostas sociais aos munícipes seniores;
- ♦ Participação nas despesas de saúde e o cartão ABEM (acesso gratuito ao medicamento em ambulatório por parte do cidadão que se encontre numa situação de grave carência económica, que o impossibilite de adquirir os medicamentos comparticipados que lhe sejam prescritos por receita médica);
- ♦ Apoio à compra de medicamentos;
- ♦ A acessibilidade como redes de transporte.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar ocorrida em contexto de ensino clínico é um dos passos necessários à consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico e teórico-prático.

Com a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em 2007, dá-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF). O seu regime jurídico é instituído no Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho.

As Unidades de Saúde Familiar apresentam as seguintes características:

- ♦ Adesão voluntária de Profissionais e Utilizadores;
- ♦ Trabalho em Equipa Multiprofissional;
- ♦ Obrigatoriedade de Sistema de Informação;
- ♦ Regime remuneratório sensível ao desempenho;
- ♦ Regime de incentivos;
- ♦ Contratualização e Avaliação.

De acordo com o mesmo Decreto, as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo, podendo ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.

A atividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.

Ainda de acordo com o mesmo Decreto o plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

O compromisso assistencial deve indicar entre outras:

- ♦ A definição da oferta e a carteira básica de serviços;
- ♦ Os horários de funcionamento da USF;
- ♦ A definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes;
- ♦ A articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde;

- ♦ A aceitação expressa das condições, dimensão e modos de colheita de informação que permita às entidades autorizadas por despacho do Ministro da Saúde avaliar os resultados da equipa e dos seus membros, em termos de efetividade, eficiência, qualidade e equidade.

Considerando que a finalidade dos ensinamentos clínicos é garantir, através da prática de enfermagem especializada, a aquisição de competências comuns definidas para o enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018) definidas pela Ordem dos Enfermeiros e em consonância com as orientações da OMS e da comissão europeia, a escolha dos contextos da prática clínica reveste-se de particular importância.

Neste pressuposto, a escolha das instituições teve por base a garantia do desenvolvimento profissional, assente numa reflexão crítica, e num pensamento conceptual devidamente estruturados.

A escolha da USF Terras de Cister baseia-se no pressuposto de boas práticas na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e família ao longo do ciclo vital.

A USF Terras de Cister pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte que, por sua vez, pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A USF Terras de Cister iniciou a sua atividade a 01 de fevereiro de 2021, ainda como UCSP, passando a USF a 01 junho 2021. A unidade encontra-se situada no edifício do Centro de Saúde de Alcobaça. Neste edifício encontram-se também:

- ♦ A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) com consultas de Psicologia; Medicina Dentária;
- ♦ Higienização Oral;
- ♦ Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- ♦ A Unidade Local de Saúde Pública (ULSP);
- ♦ E a USF Pedro e Inês.

Carta de Ética da Administração Pública

No que diz respeito à Carta de Ética, salienta-se pela sua importância o seguinte.

Todos os elementos da USF regem-se pela Carta de Ética da Administração Pública, que engloba os seguintes princípios éticos:

- ♦ Princípio do Serviço Público: os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo;
- ♦ Princípio da Legalidade;
- ♦ Princípio da Justiça e Imparcialidade;
- ♦ Princípio da Igualdade;
- ♦ Princípio da Proporcionalidade;
- ♦ Princípio da Colaboração e Boa Fé;
- ♦ Princípio da Informação e qualidade;
- ♦ Princípio da Lealdade;
- ♦ Princípio da Integridade;
- ♦ Princípio da Competência e Responsabilidade (Manual de acolhimento, USF Terras de Cister, 2021).

Área geográfica de influência

A USF Terras de Cister disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos inscritos residentes nas freguesias: União de Freguesias de Alcobça e Vestiaria, Maiorga, Coz e Aljubarrota, englobando um total de 12900 utentes. (Manual de acolhimento, USF Terras de Cister, 2021)

A atividade domiciliária relativa aos cidadãos inscritos na USF não residentes nas freguesias indicadas, poderá ser articulada com a unidade de saúde mais próxima da sua residência, mediante acordo de cooperação. Reciprocamente, a USF Terras de Cister cooperará com outras unidades de saúde cujos inscritos residam de forma temporária ou definitiva nas freguesias da unidade. (Manual de acolhimento, USF Terras de Cister, 2021)

Logótipo

O logotipo é inspirado na história dos Monges Cistercienses e na sua busca de perfeição no cultivo dos campos e da arquitetura conforme se pode observar da figura 1.



Figura 1: Logotipo

Fonte: (USF Terras de Cister (1), 2021)

Missão, Visão e Valores da USF Terras de Cister

Esta Unidade de Saúde Familiar tem por **Missão**:

Prestar os melhores serviços aos seus utentes e famílias com elevado nível de competência, excelência e rigor, promovendo o bem-estar e conforto dos cidadãos bem como as relações com a comunidade onde está inserida.

Tem como **Visão**:

Ser uma equipa de referência na prestação de cuidados de saúde, junto dos seus utentes/famílias e comunidade em geral. Ser reconhecida como uma equipa coesa, inovadora e sustentável, ambicionando reconhecimento como equipa de referência na comunidade.

Tem como **Valores**:

- ♦ Promover o desenvolvimento dos cidadãos, tendo como princípio o respeito pela pessoa humana e os seus valores individuais;
- ♦ Capacitar e autonomizar os seus utentes, tornando-os agentes da sua própria mudança;
- ♦ Ser solidário, em que cada elemento da equipa garante o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- ♦ Ser Responsável, através da Qualidade, Rigor, Eficiência e Profissionalismo (Regulamento Interno, USF Terras de Cister, 2021).

Organização

Segundo os dados recolhidos do Regulamento interno da USF Terras de Cister esta possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos.

Quanto à estrutura orgânica, é composta pelo: Coordenador; o Conselho Técnico (composto por um elemento de cada grupo profissional (Médico, Enfermeiro e Assistente Técnica) e o Conselho Geral (composto por todos os elementos da unidade).

A USF Terras de Cister é constituída por uma equipa de sete Médicos, sete Enfermeiras e seis Assistentes Técnicos. Conta com a colaboração de uma Assistente Operacional pertencente à Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACES Oeste Norte, quatro colaboradoras da empresa de limpeza e um vigilante. Todos os utentes têm um Médico de Família, uma Enfermeira de Família e uma Assistente Técnica que trabalham em sete equipas nucleares. O atendimento ao utente é feito preferencialmente pela sua equipa de Saúde Familiar.

Os princípios de organização da USF Terras de Cister estão centrados no cidadão.

A USF garante o respeito do Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, que fala sobre a sua missão de prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, observando o direito do utente e família.

Os utentes estão inscritos de acordo com o descrito no artigo 9 do referido decreto-lei:

- ♦ Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar;
- ♦ Cada família tem o seu enfermeiro de família atribuído, o qual presta cuidados ao longo do seu ciclo vital;
- ♦ As consultas de enfermagem são preferencialmente programadas.

A carteira básica de serviços da USF Terras de Cister é a que consta do anexo I da Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, e será atualizada de acordo com as eventuais alterações que o referido diploma venha a sofrer. (Regulamento Interno, USF Terras de Cister, 2021)

Formação Profissional

A USF Terras de Cister é um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados (Portaria n.º 1368/2007, Anexo I, I-E).

São realizados inquéritos de avaliação de necessidades formativas a todos os grupos profissionais, a efetuar no último trimestre do ano anterior, de forma a selecionar os que tragam mais-valia para a unidade e que se venham a refletir nas boas práticas a implementar. (Regulamento Interno, USF Terras de Cister, 2021)

Atividade Científica

A USF Terras de Cister garante a realização de pelo menos um estudo de investigação anual. Os estudos propostos pelos profissionais da USF Terras de Cister ou pelos seus formandos devem ter sempre a supervisão do Conselho Técnico e apresentados em reunião de inter pares ou multiprofissionais. (Regulamento Interno, USF Terras de Cister, 2021)

Competências dos Responsáveis

Para além das equipas nucleares organizadas por listas de utentes existem sete núcleos facilitadores na área da Gestão da Saúde: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso,

Saúde Infantil e Juvenil e na área da Gestão da Doença Crónica: Hipertensão; Diabetes Mellitus e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, constituídos por um elemento de cada grupo profissional. A composição destes núcleos encontra-se discriminada no Regulamento Interno. Cabe a estes núcleos a monitorização periódica de dados através dos sistemas informáticos: Sistema de Informação das ARS (SIARS®), Módulo de Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

Constituem também tarefas desempenhadas por estas equipas a realização de auditorias internas, atividades de promoção e educação para a saúde e elaboração de procedimentos de atuação nas áreas atribuídas.

Horário de Funcionamento

O período de funcionamento da USF Terras de Cister é das 08 às 20 horas, nos dias úteis, na sua sede, e das 08 às 13 horas no polo de Coz. No polo de Aljubarrota o período de funcionamento é das 08 às 18 horas, à exceção das quartas-feiras, que encerra às 12.30 horas.

O horário de funcionamento da USF Terras de Cister está publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações (DL 298/2007, art.º 10º), bem como as alternativas assistenciais no período em que a USF se encontra encerrada.

Alterações em tempos de pandemia

A unidade adaptou a sua atividade tendo em conta a Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 sobre Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e acrescentou a norma nº 007/2020 de 29/03/2020 sobre Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Entre outras alterações destaco as seguintes:

- ♦ Existe um horário (das 19 às 20 Horas de segunda a sexta) no polo de Alcobaça para a realização de testes à COVID 19;
- ♦ A equipa de enfermagem adaptou os seus horários para poder dar resposta às solicitações para os centros de vacinação COVID 19.

Caraterização da população inscrita

Como se pode observar através da figura 2 o total de utentes à data é de 12 526. Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI – CSP), estes utentes estão distribuídos por 7 ficheiros não havendo utentes sem Médico de Família.

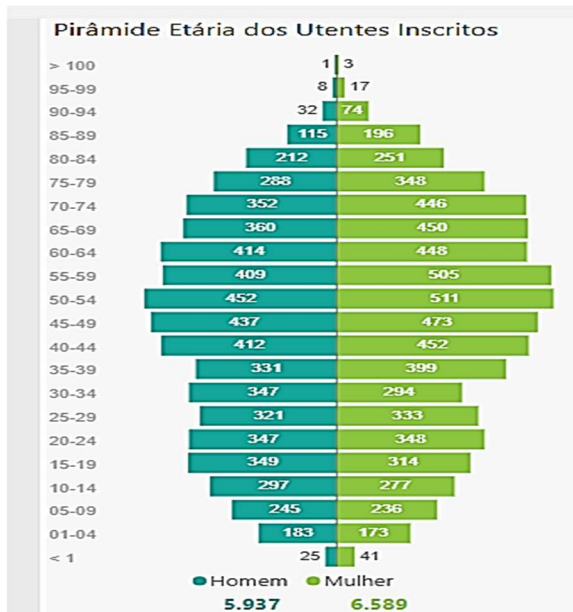


Figura 2: Pirâmide etária da USF Terras de Cister

Fonte: BI – CSP 10/2021

Ainda segundo os mesmos dados, o índice de dependência total da unidade é de 58.64% e de idosos é de 39.93%. Índice superior ao nacional que era de 56.06%. Podemos deduzir que estamos perante uma população com necessidade acrescida de cuidados de saúde.

Tendo em conta os dados demográficos e a análise do seu funcionamento, a unidade procedeu à sua carta de compromisso onde definiu o seu plano de melhoria.

No que se refere à Qualidade Organizacional, e de acordo com a carta de compromisso de 2021, a USF definiu como plano de melhoria promover a atividade assistencial presencial, com enfoque nas atividades relacionadas com a Gestão da Saúde e da Doença, e do utente com Risco Cardiovascular (que pertence aos programas prioritários da DGS).

Organizou a sua carta de compromisso definindo problemas e objetivos para as seguintes áreas:

Na Gestão de Procedimentos Internos identificou como problema uma equipa multidisciplinar que presta cuidados na sede e em dois polos de atendimento, o que poderia levar a procedimentos diferentes.

Para este problema definiu como objetivo a Implementação de procedimentos no âmbito do Sistema da Gestão da Qualidade na sede e polos de modo a garantir a uniformização, a qualidade e excelência no atendimento.

No Acompanhamento Adequado na Gestão da Saúde identificou como problema a diminuição da atividade assistencial devido à pandemia, nomeadamente: Rastreios oncológicos (RCCU; RCCR e RCM), bem como a diminuição de consultas de vigilância aos grupos vulneráveis - Saúde Infantil e Grávidas.

Definiu como objetivo melhorar o acompanhamento das crianças no 1º e 2º ano de vida; melhorar o acompanhamento adequado nas MIF e nas Grávidas

No Acompanhamento Adequado na Gestão da Doença foi identificado o problema da retoma da atividade assistencial aos grupos vulneráveis: utentes c/ DMII; HTA e DPOC.

Definiu como objetivo melhorar o acompanhamento adequado ao utente c/ DMII; Hipertensão e DPOC.

Desempenho Assistencial

Segundo o BI- CSP a Unidade de Saúde Familiar Terras de Cister iniciou atividade a 1/06/2021 existindo desde o início desse ano como UCSP. Desde logo os dados existentes são escassos.

De qualquer forma, pode observar-se no quadro 4 que em junho de 2021 a mediana do Índice de Desempenho Geral (IDG) das USFs Modelo A do ACES Oeste Norte e IDG da USF Terras de Cister era igual, apesar de inferior ao nacional. Já em setembro superou os valores do ACES ON e mesmo o nacional. Pode concluir-se que a unidade com pouco tempo de existência, e num ano tão conturbado devido à pandemia, conseguiu atingir os objetivos a que se propuseram.

Quadro 4: Mediana do IDG

IDG				
Ano	Nacional	ARS LVT	ACES ON	USF TC
6/2021	56,6	51,9	53.10	53.10
9/2020	58	51,8	55	63,4

Fonte: BI- CSP

Tendo em conta as diferentes áreas (desempenho assistencial, gestão da doença e gestão da saúde) salienta-se, onde foi observado um grande empenho no desenvolvimento de

atividades de enfermagem com ganhos para a prestação de cuidados de enfermagem com resultado nesta subida do IDG.

No anexo um deste relatório encontram-se os quadros com os algoritmos que traduzem os resultados do score e do que se entende por mínimo aceitável.

Como se pode observar no quadro 5, na área de desempenho assistencial houve um aumento do índice de utilização de consultas de enfermagem.

Quadro 5 - Área de desempenho assistencial

Código do indicador	Designação do indicador	Mínimo aceitável	Mês/ano	Resultado	Score
2017.331.01	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	0.70	6/2021	0.645	0.00
2017.331.01	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	0.70	9/2021	0.716	1.00

Fonte: BI- CSP

Através do quadro 6 pode observar-se o aumento de consultas de enfermagem de vigilância a utentes com Diabetes Mellitus conseguindo atingir o mínimo aceitável.

Quadro 6 - Área da gestão da doença

Código do indicador	Designação do indicador	Mínimo aceitável	Mês/ano	Resultado	Score
2013.037.01	Proporção DM c/ cons. enf. Vigilância DM último ano	75.00	6/2021	73.499	0.00
2013.037.01	Proporção DM c/ cons. enf. Vigilância DM último ano	75.00	9/2021	82.581	1.00

Fonte: BI- CSP

Pelo quadro 7 e quanto à área de gestão da saúde, também se pode observar que houve um aumento significativo na taxa de utilização de consultas de enfermagem na área de Planeamento Familiar.

Quadro 7 - Gestão da Saúde

Código do indicador	Designação do indicador	Mínimo aceitável	Mês/ano	Resultado	Score
2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	30.00	6/2021	20.957	0.00
2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	30.00	9/2021	32.603	1.00

Fonte: BI- CSP

O quadro 8 mostra um excelente desempenho na vacinação.

Quadro 8 - Vacinação

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202109	95,00	95,00	100,00	100,00	98,095	2,000
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202109	95,00	95,00	100,00	100,00	97,872	2,000
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	202109	95,00	95,00	100,00	100,00	98,400	2,000
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL		S	202109	85,00	92,00	100,00	100,00	93,030	2,000

Fonte: BI- CSP

1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

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. (DL 118/2014) Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. O enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados e sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

Para um pensamento mais conceptual sobre as famílias, considerou-se importante conhecer o tipo de famílias inscrito neste ficheiro.

Este ficheiro diz respeito ao Polo de Coz localizado na União de Freguesias de Coz, Alpedriz e Montes e tem como elementos de equipa um Médico uma Enfermeira e uma Assistente Técnica.

Os dados seguintes foram retirados em diferentes datas e em diferentes sistemas informáticos conforme os dias de estágio, pelo que poderão existir algumas diferenças.

Dados demográficos

Pode observar-se pelo quadro 9 que este ficheiro tem 640 famílias com um total de 1588 utentes.

De acordo com o Diário da República nº 184/2019 (Regulamento 743/2019) que se refere ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica -se o seguinte rácio: 1 enfermeiro por 1.550 utentes; 1 enfermeiro por 350 famílias.

No Diário da República nº 184/2019 p. 183 a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Considera-se importante que se mantenham as dotações seguras para uma boa prática de cuidados especializados às famílias.

Quadro 9 Dados da unidade de Coz

Famílias	640
Utentes	1588
Mulheres em idade fértil (15-49 anos)	299
Crianças 1º ano de vida	9
Crianças 2º ano de vida	11
Idosos	483
P. N. S R Saúde Materna	4
P. N. Diabetes Mellitus	170
P.N.D.C.C. Hipertensão Arterial	427

MIM@UF- 8/2021

Da observação do quadro 9 constata-se que se trata de uma população bastante envelhecida (30,4%). Uma percentagem elevada face aos dados da população idosa em Portugal que é de 22,3% (Pordata ,2021).

O índice de dependência Total do ficheiro de Coz é de 63,88% e de Idosos 48,85%. O total é superior ao da unidade que como já vimos é superior ao nacional. O índice de dependência de idosos é que contribui para este fator. Dados do BI indicadores correspondentes a 10/2021. As consultas de vigilância são feitas pelos elementos da equipa preferencialmente no mesmo dia para facilitar a deslocação dos utentes. As consultas têm a seguinte distribuição:

- ♦ Consulta do Plano Nacional Diabetes (P. N. Diabetes Mellitus) é feita às terças de manhã com onde existem 12 vagas com a duração de 15 minutos cada;
- ♦ Consultas do Plano Nacional de Saúde Reprodutiva – Saúde Materna (P. N. S R - Saúde Materna) é feita às quartas de manhã, existem 3 vagas com a duração de 20 minutos cada;
- ♦ Consultas do Plano Nacional de Saúde infantil e juvenil (P.N.S.I.J.) é feita às quartas de manhã, existem 6 vagas com a duração de 20 minutos cada;
- ♦ Consultas do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (P.N.D.C.C.) Hipertensão Arterial é feita às sextas de manhã, existem 12 vagas com a duração de 15 minutos cada;
- ♦ As consultas do Plano Nacional de Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar (P. N. S. R. - Planeamento Familiar) são às segundas de tarde em Alcobaça, existem 9 vagas e têm a duração de 20 minutos.

Esta distribuição pode ser alterada por necessidade de algum utente podendo haver consulta de planeamento em Coz. Para além destas consultas a enfermeira marca na sua agenda aquelas que considerar necessárias (tanto de vigilância como de atos). Existe consulta aberta todos os dias das 8 às 9 horas.

1.3.1 Estudo do tipo de famílias

O estágio numa USF de constituição recente constitui uma fonte de desafios. A avaliação do ficheiro de família em relação ao tipo de famílias foi uma curiosidade e uma necessidade em termos de programação das atividades a desenvolver. Esta necessidade advém do desenvolvimento das atividades como enfermeira de família e a necessidade de saber quais os novos tipos de famílias para melhor cuidar. “A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilos de funcionamento das famílias, permitirá a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional das famílias face as exigências e especificidades do seu ciclo vital.” (Figueiredo, 2013).

Para a compreensão da Família como unidade é essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade,

multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a história da família, quanto o seu contexto. Para tal é necessária a aplicação do foco de observação do indivíduo para a família, a compreensão da sua complexidade através das relações Intra sistémicas e inter-sistémicas; a aceitação dos seus processos de auto-organização e reconhecer a sua participação no sistema. (Figueiredo, 2013)

A identificação do tipo de família permite a incorporação de múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. Os itens descritivos deste item circunscrevem-se a: casal; família nuclear; família reconstruída; família monoparental; coabitação: família institucional; comuna; unipessoal e alargada. (Figueiredo, 2013)

Caniço 2014 na sua tese de doutoramento “Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – apgar saudável propõe outros tipos de família” propõe a Classificação dos Tipos de Família sobre quatro perspetivas: Tipos de Família - Estrutura / Dinâmica Familiar; Tipos de Família – Relação Conjugal; Tipos de Família – Relação Parental; Classificação Adotada.

Quanto ao “Tipos de Família - Estrutura / Dinâmica Familiar” (Caniço,2014) refere que muitas das famílias encontravam-se camufladas num dos 5 clássicos tipos de família (nuclear, alargada, unitária, monoparental, recombinação), mas, propõe a aplicação de uma nova classificação que considera revelar novas características, passíveis de redefinir o plano de cuidados à família, com claro benefício para os utentes.

(Caniço, 2014) propõe os seguintes tipos de família segundo a estrutura e dinâmica familiar: Díade nuclear; Família grávida; Família nuclear; Família alargada; Família com prole extensa; Família reconstruída; Família homossexual; Família monoparental; Dança a dois; Família unitária; Família de coabitação; Família comunitária; Família hospedeira; Família adotiva; Família consanguínea; Família com dependente; Família com fantasmas; Família acordeão; Família flutuante; Família descontrolada; Família múltipla.

Para a caracterização do ficheiro optou-se por utilizar os seguintes tipos de famílias: família nuclear; família reconstruída; família monoparental; coabitação: família institucional; comuna; unipessoal e alargada.

Para uma melhor compreensão as famílias nucleares foram divididas em famílias com e sem filhos (Díade familiar e Família nuclear) e ainda Casal de idosos. Foi considerado um subgrupo com famílias com um elemento (Família Unitária) e destes os que eram constituídos por idosos.

Tendo em conta estas definições o tipo de famílias do ficheiro foi avaliado pelo número de processo através do qual temos uma visão do grau de parentesco entre os elementos.

Foi englobada a totalidade dos utentes no ficheiro (1588 utentes). Dados retirados do SClínico em agosto de 2021.

Após a avaliação, e como se pode observar através da figura 3, encontrou-se os seguintes tipos de famílias com seguinte distribuição: 19% Casais com filhos; 16% Famílias Alargadas; 16% Famílias unitárias constituídas por um idoso; 13% Monoparentais; 13% unitárias de adultos; 12% Casal de Idosos; 6% Reconstruídas; 4% Casal sem filhos; 1% Irmãos. Numa análise posterior chega-se à conclusão que as famílias constituídas por irmãos eram antigas famílias nucleares (CCF) em que os pais faleceram.

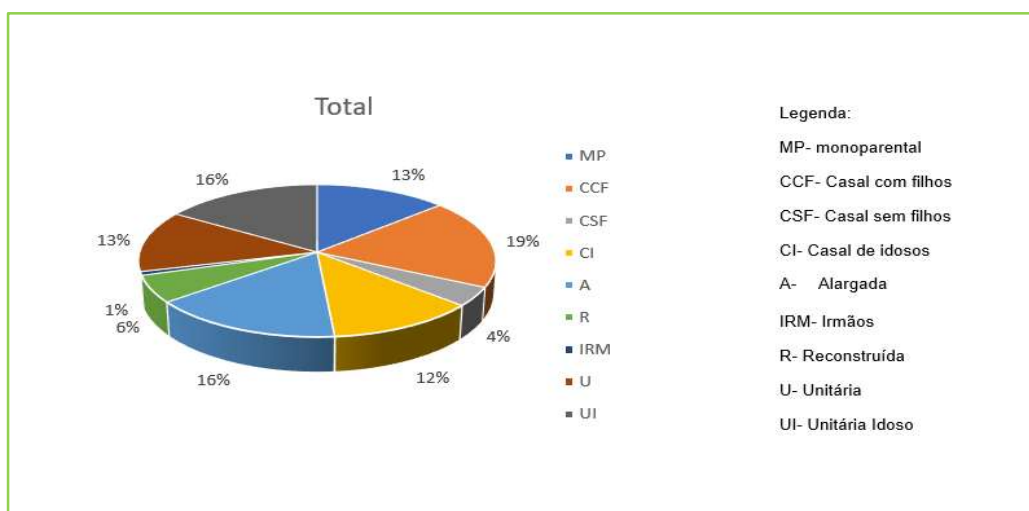


Figura 3 Tipos de família do ficheiro

Fonte: Dados de 8/2021

No quadro 10 pode observar-se a distribuição do número de famílias pelos vários tipos.

Quadro 10 Tipo de Famílias /Nº de famílias

Tipos de família	Contagem de Tipo Família
MP	85
CCF	122
CSF	26
CI	78
A	101
R	37
IRM	5
U	84
UI	102
Total Geral	640

Fonte: Dados de 8/2021

Pode observar-se que pelo exposto a maioria das famílias quanto à sua composição pertence a família nuclear que é referida por (Caniço, 2014) citando vários autores como a típica família com uma só união entre adultos e um só nível de descendência, ou seja, pai e mãe e o (s) seu (s) filho (s).

(Caniço, 2014) fala de uma família também designada de família simples. Diz ainda que classicamente, é-lhe atribuída grande estabilidade. No entanto, deve observar-se a dinâmica familiar e os sinais/pistas que alertem para a disfuncionalidade, alargando a entrevista clínica minuciosa”. “Muitas vezes, os indícios de disfunção são intencionalmente camuflados por diferentes elementos da família, pelo que a audição separada dos intervenientes e o contraditório podem ser úteis, com discriminação de culpa e dolo pelos elementos, sem quebra de profissionalismo e proximidade. O plano de cuidados evita julgamentos e sugere conciliação.”

Quanto às famílias monoparentais também tem um número significativo. Este grupo é referido pelo mesmo autor como família constituída por um progenitor que coabita com o (s) seu (s) descendente (s), não mantendo relação conjugal de coabitação permanente, independentemente das razões para tal (viuvez, separação de facto, opção individual, etc.).

Existe, no entanto, uma abordagem própria para famílias adotivas que não foi detetado neste ficheiro.

(Caniço, 2014) realça a importância da análise da evolução familiar. A família evoluiu do tipo nuclear? A perda foi por falecimento ou por separação? Trouxe uma maior estabilidade à família ou traduziu uma perda irreparável? Mantém-se o contacto com o outro progenitor? Essa relação é benéfica ou perpetua o conflito? Refere ainda que o plano de cuidados deve envolver ainda o incentivo à rede de apoio familiar, em suporte logístico e social.

Nas famílias alargadas segundo Caniço existe uma união conjugal e mais do que um nível de descendência, podendo coabitar avós, netos, tios, primos, cunhados. Também designada de família extensa. Por vezes, há otimização da entajuda, com definição e complementaridade dos papéis familiares ou, por outro lado, existe desagregação da hierarquia familiar, luta de poderes e formação de “grupos” rivais. Promover a organização, gerir a competição e estimular a coesão é chave no plano de cuidados.

As famílias reconstruídas, segundo (Caniço, 2014) citando vários autores como é uma família onde existem pessoas que, num passado mais ou menos próximo, tiveram outra família (nucleares, entenda-se), em parte agora reunidas neste novo sistema. Na nova família podem surgir mais crianças, filhas de ambos, criando uma fratria composta pelos “meus, os teus e os

nostros”. Nos nossos dias têm maioritariamente origem a partir de situações de divórcio e no passado eram mais comuns na sequência de viuvez.

O plano de cuidados deve favorecer a nova identidade, a cordialidade e a amizade, com dissensão de conflitos múltiplos e multilaterais. (Caniço,2014)

As famílias unitárias são segundo (Caniço,2014) famílias constituídas por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de existência de relação conjugal sem coabitação ou da riqueza de outras relações familiares ou extrafamiliares. Também designada de família de indivíduo só. Poderá traduzir instabilidade, pelo desejo não realizado de uma união e/ou descendência, ou poderá indicar desejo pessoal, sem conflito interior pela opção tomada. É neste segundo grupo que se inclui o celibato, em que, por definição, não haverá relação conjugal, nem descendência de eventuais uniões anteriores. Tal como os outros tipos de família, terá de ser avaliada em termos da sua origem, evolução e convicções ideológicas. Resulta de individualização de casa dos pais, em relação com projeto de vida e com desejo de união futura? Ou resulta de perda de relação anterior, por morte ou separação? É fundamental a atenção à realização do luto normal e adaptação à perda de companheiro de longa data ou, por outro lado, à estabilização devido ao terminar de relação conflituosa.

O plano de cuidados deve incluir ainda a análise de intervenção do elemento em movimentos associativos organizados (reivindicativos, humanitários, ecológicos, religiosos, etc.).

(Caniço,2014) Família com dependente: Família em que um dos elementos é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença, excluindo-se o caso de crianças saudáveis. Trata-se de famílias com necessidade de ajustamento de papéis para responder à sobrecarga física, emocional e em tempo, o que pode ser conseguido de melhor ou pior forma.

O plano de cuidados engloba ainda promoção de atividades lúdicas, aproveitamento de capacidades inatas e funcionais do elemento em causa, apoio social à família e emprego protegido, se conveniente.

Neste contexto foi realizada a avaliação de uma família com elemento dependente usando o modelo de avaliação e intervenção de Calgary e o apoio do SClínico para orientação de algumas atividades. (Apêndice I)

Pode constatar-se ainda e pelo quadro 10 que somando UI (famílias unitárias de Idosos) (102) + CI (casal de Idosos) (78) temos 180 famílias com idosos e 258 (102+78*2) idosos a viver sozinhos.

Da análise dos dados sobressaiu a percentagem de idosos no ficheiro. O total de utentes no ficheiro é de 1588 dos quais 483 idosos, logo tem 30,4% de idosos (>media. Nacional 22,3% em 2020 PORDATA e superior à de Alcobça 23,6% como podemos observar pela figura 4)

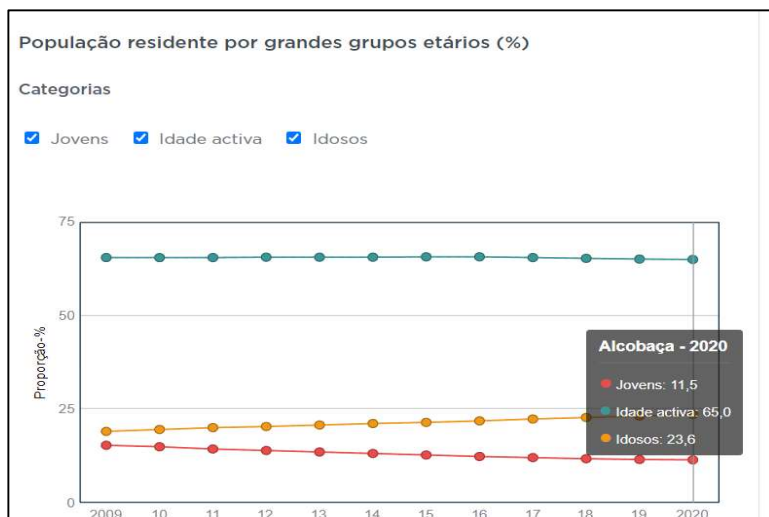


Figura 4 População Alcobça

Fonte: Pordata 11/2021

Como se pode observar a percentagem de utentes idosos neste ficheiro é claramente superior à nacional pelo que considereei oportuno avaliar o número de idosos que viviam sós.

Territórios	Agregados domésticos unipessoais			
	Total		De indivíduos com 65+ anos	
	1999	2019	1999	2019
Portugal	520,1	934,1	327,9	513,2
— Continente	505,1	904,2	318,6	498,6
— Norte	136,8	254,7	84,2	141,4
— Centro	136,9	211,6	95,7	124,2
— Área Metropolitana de Lisboa	154,2	305,7	83,3	159,5
— Alentejo	54,1	84,0	40,3	50,3
— Algarve	23,1	48,2	15,1	23,3
— Região Autónoma dos Açores	6,8	11,7	4,1	5,7
— Região Autónoma dos Açores	6,8	11,7	4,1	5,7
— Região Autónoma da Madeira	8,2	18,2	5,1	8,9
— Região Autónoma da Madeira	8,2	18,2	5,1	8,9

Figura 5 Agregados unipessoais

Fonte: Pordata 11/2021

Pode observar-se na figura anterior (nº5) o número de agregados unipessoais tem vindo a aumentar em todo o país bem como os de idosos.

Neste ficheiro existem 258 idosos que vivem sozinhos, o que perfaz 53% da população idosa. A média de idade da população idosa é de 75,67 anos.

Este tipo de família lança um novo desafio dada a especificidade desta facha etária e das suas necessidades.

Segundo Patrick Lemaire (2016) “Os estudos recentes indicam que as pessoas que envelhecem bem têm grandes reservas cognitivas potencializadas, nomeadamente, por fatores como uma escolarização inicial longa, uma atividade profissional e atividades de lazer estimulantes.”

Considerando a análise dos dados constata-se que este ficheiro é constituído maioritariamente por famílias nucleares e unitária (186=102UI + 84U). Existem 258 idosos que vivem sozinhos, o que perfaz 53% da população e com uma média de idade de 75,67 anos. Face ao exposto considerou-se importante uma reflexão científica para a prestação de cuidados especializados em Saúde Familiar ao idoso enquanto família unipessoal.

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

Os modelos teóricos de enfermagem são essenciais para a compreensão da natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros e mesmo para a conceção da profissão. Elegeram-se alguns modelos que se entendeu trazerem maiores contributos para a Enfermagem de Família.

O Modelo Sistémico de Betty Neuman é derivado de teoria do sistema. O foco está no cliente como um sistema (que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade) e nas respostas do cliente aos Stressores. O sistema cliente inclui cinco variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espiritual) e é conceituado como um núcleo interno (recursos energéticos básicos) cercados por círculos que incluem linhas de resistência, uma linha normal de defesa e uma linha de defesa flexível. (Alligood,2014)

Dorothea Orem observou a incapacidade das pessoas em manter de forma contínua os seus próprios cuidados ou a cuidado de dependentes. A partir dessa observação, ela começou o processo de formalização do conhecimento sobre o que pessoas precisam fazer ou fizeram por si mesmas para manter a saúde e o bem-estar. A teoria do autocuidado descreve o que uma pessoa necessita e quais ações que precisam ser tomadas para atender a esses requisitos. A teoria dos déficits de autocuidado descreve as limitações envolvidas no atendimento das necessidades para cuidados e os efeitos que eles têm na saúde e bem-estar da pessoa ou dependente. (Alligood,2014)

A Teoria da Consecução dos Objetivos foi desenvolvida por Imogine King com base na teoria dos sistemas. A teoria centra-se na interdependência dos sistemas, incorporando o conceito de interação entre enfermeiro e paciente, em que ambos atuam no sentido da concretização das metas definidas e cujas perceções se influenciam mutuamente (Figueiredo 2013)

A teoria do Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade de Madeleine Leininger diz-nos num dos seus pressupostos: O cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem. Num dos seus postulados diz-nos que as intervenções do cuidar em enfermagem que fornecem práticas de cuidar próprias da cultura aos clientes irão mostrar sinais positivos de satisfação e bem-estar do cliente. (Alligood,2014)

A teoria do cuidado baseado nas forças vai “trabalha com o que está bem e a funcionar melhor”. (Gottlieb, 2016) e vai ajudar a procurar e descobrir potencialidades, possibilidades e oportunidades, para ajudar as pessoas a gerir a sua doença e a lidar com os eventos de vida. (Gottlieb, 2016)

Neste contexto e para melhorar a prática de cuidados à família é importante a nossa reflexão sobre modelos de enfermagem focados na família não como contexto, mas como foco.

Surgiram modelos e abordagens da família desenvolvidos por enfermeiros:

- ♦ O Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar baseado no modelo de sistemas de Betty Neuman.
- ♦ O Modelo de Avaliação Familiar de Friedman que se baseia na Teoria dos sistemas, Teorias de desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família.
- ♦ O Modelo de Avaliação e Intervenção da Familiar de Calgary desenvolvido por Wright e Leahey que tem por base: A Teoria dos Sistema; A Teoria Cibernética; A Teoria da comunicação; A Teoria da Mudança e a Biologia da Cognição (Figueiredo, 2012).
- ♦ Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção de Henriqueta Figueiredo.

Os conceitos centrais destes modelos inscrevem-se nos metaparadigma de enfermagem com os conceitos de:

Família:

- ♦ A família é um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos, apresentam um forte sentimento de pertença e uma necessidade por estar envolvido na vida um do outro.
- ♦ As famílias têm aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a perceção de saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos.
- ♦ Todas as famílias têm a capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde.
- ♦ Uma família inclui diferentes indivíduos, cada um com a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual.
- ♦ Toda forma de comunicação verbal e não verbal familiar é significativa.
- ♦ Todas as famílias possuem um património cultural e histórico, que é parte integrante da saúde e da vida familiar.
- ♦ A perspetiva familiar e o seu conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura e o seu crescimento pessoal são únicos.

(Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA, 2015))

O conceito de família foi necessariamente evoluindo e terá necessariamente interpretações diferentes consoante o contexto social em que se encontra.

A análise da evolução das formas de viver em família ao longo das últimas décadas, recorrendo aos dados dos recenseamentos da população, revela cinco grandes tendências: 1) As famílias são significativamente mais pequenas; 2) O casal continua a ser a forma predominante de organização da família; 3) As famílias complexas, em que a uma família simples (de casal com ou sem filhos ou pai/mãe com filhos) se juntam outras pessoas aparentadas dentro do mesmo lar, têm decaído significativamente; 4) As famílias monoparentais (pai ou mãe só a viver com filhos de todas as idades) têm vindo a aumentar e o seu peso no total de famílias que ultrapassou, em 2011, o das famílias complexas; 5) O número de pessoas que vivem sós tem vindo a aumentar, particularmente ao longo das duas últimas décadas. (INE, 2013)

Para (Figueiredo, 2013) A família revela-se como um sistema aberto, de inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade.

Como sistema observam-se as características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras definidoras de família enquanto sistema autopoiético co evolutivo.

O Regulamento nº 428/2018 fala da definição de família como um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos e apresentam um forte sentimento de pertença. Diz-nos também que todas as famílias têm capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde, e da importância de avaliar a perspetiva familiar, o seu conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura, e o seu crescimento pessoal que são únicos.

O enfermeiro deve considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação e focar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Enfermagem:

- Family Nursing-Advanced Practice (FN-AP) representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família, tanto na saúde como na sociedade.
- A Prática Avançada de Enfermagem de Família na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família.
- O FN-AP apresenta diferentes pontos de vista que influenciam a saúde familiar.
- Os enfermeiros de família assistem às necessidades da família, tanto a nível biológico como psicológico, social e espiritual e interagem assim com diversas famílias e indivíduos em todos os tipos de condições.
- Os enfermeiros de família devem contribuir com pontos fortes e bons recursos para o relacionamento com a família e devem apresentar conhecimentos especializados

para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta.

- Os enfermeiros criam e mantêm relações reparadoras com as famílias.
- Os enfermeiros de família tomam parte ativa na complexidade do risco de saúde familiar, contribuindo com recursos para melhorar a saúde global da família.
- Os enfermeiros devem ser capazes de pensar simultaneamente em vários parâmetros durante a sua avaliação e intervenção, como por exemplo as interações entre os diferentes membros da família, as suas relações e a ampla influência do contexto social (outros prestadores de cuidados de saúde).
- O alvo de intervenção do FN-AP devem ser aspetos onde haja maior probabilidade e disponibilidade para mudança.

(Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA, 2015))

Saúde Familiar:

Todo este complexo caminho trilhado com o intuito de explicar as diferentes concetualizações e funções da família remete para a, não menos complexa, identificação das famílias consideradas saudáveis, o que levanta a questão: qual o significado de Saúde Familiar?

Na área de enfermagem, os investigadores tendem a utilizar nas suas definições de saúde familiar uma perspetiva sistémica, onde se assume que a saúde da família difere e ultrapassa a soma do estado de saúde de cada um dos seus membros. Observa-se esta situação quando Figueiredo (2013) refere que a saúde familiar deve ser perspetivada como uma dimensão do sistema familiar em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde.

Para Figueiredo (2013), a saúde familiar surge como um estado subjetivo, especificado por um conjunto de características que visam maximizar o potencial de saúde da família. Para esta autora, a saúde familiar traduz-se na capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros. Em continuidade, (Figueiredo, 2013) reforça que a saúde familiar integra quer a saúde de cada um dos membros individualmente, quer os aspetos do funcionamento familiar, ou seja, a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros.

3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados prestados por especialistas ajudam a reduzir as taxas de mortalidade, existem melhores resultados na saúde das famílias. Esta melhoria de cuidados traduz-se (de acordo com a literatura consultada) numa maior satisfação dos utentes relativamente aos cuidados recebidos.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em conformidade com o regulamento n.º 140/2019 emanado pela ordem dos enfermeiros Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde. Estas deverão ser evidenciadas e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Neste capítulo descrevem-se as atividades que suportam o desenvolvimento das competências comuns realizadas pelos enfermeiros.

O enfermeiro especialista é reconhecido pelo conhecimento aprofundado que possui num domínio específico da disciplina de enfermagem, evidenciando um conjunto de competências comuns que se traduzem na sua capacidade de conexão, gestão e supervisão de cuidados.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Todos os contextos de prática especializada foram desenvolvidos numa prática pautada pelo respeito e princípios éticos e bioéticos de enfermagem.

No prefácio do livro do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2005), Lucília Nunes escreve: sabemos que as decisões de enfermagem afetam significativamente a vida das pessoas, tanto no presente como no amanhã, e que, no domínio da prática, se encontram os aspetos relacionados com os padrões de excelência, as *legis artis*, o juízo deontológico, decorrente da associação de deveres estatuídos, que acarretam a dimensão disciplinar.

Lucília Nunes fala-nos que a deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto de deveres relacionados ao exercício profissional do enfermeiro, em resultado do mandato social que recebeu, para prestar cuidados de enfermagem às pessoas famílias ou comunidades.

Assim quanto à competência: desenvolveu-se uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Foram construídas estratégias de resolução de problemas em parceria com as

famílias ao longo deste estágio. Os planos de atividades foram desenvolvidos em parceria com o utente e família respeitando os deveres éticos e deontológicos.

No que respeita à competência: garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Assegura-se que o utente e família têm acesso a toda a informação que necessitam ao longo do processo. Assegura-se o direito ao sigilo e à privacidade de toda a informação à qual tenho acesso no decorrer do desenvolvimento das atividades. Existiu sempre a observância do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros zelando pelos direitos humanos e pela dignidade humana.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As intervenções realizadas nos ensinamentos clínicos permitiram a implementação de algumas medidas potenciadoras da qualidade dos cuidados.

Na competência: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Desenvolveu-se uma prática baseada na evidência procurando orientações e normas clínicas para a prática de enfermagem.

Colaborou-se na realização de atividades na área da qualidade com a instituição Centro de Bem-estar Social de Coz com a apresentação do tema “Precauções com a COVID 19” com uma reflexão sobre procedimentos na prevenção da infeção. A apresentação encontra-se no apêndice III deste trabalho.

Na competência: desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Identificaram-se oportunidades de melhoria e desenvolvi proposta de um procedimento em relação ao programa prioritário da diabetes (baseado no Processo assistencial integrado da diabetes Mellitus tipo 2 da DGS – Boas práticas na consulta de enfermagem). Foi elaborada proposta de panfletos sobre administração de insulina e sobre equivalentes de hidratos de carbono (Apêndice VI) para informação escrita ao utente. Foi também proposto procedimento para avaliação da mesma consulta no intuito de em equipa avaliar o trabalho feito e as propostas para melhoria.

Na competência: garante um ambiente terapêutico e seguro.

Foi elaborada uma proposta de procedimento sobre os medicamentos LASA no âmbito da organização do trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

(Medicamentos LASA: medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes que podem ser confundidos uns com os outros, contribuindo para a ocorrência de incidentes de Segurança relacionados com a medicação. Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos **look-alike**; ou Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos **sound-alike**.)

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Neste domínio a gestão de cuidados de saúde pressupõe a gestão de cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, assim como a articulação das equipas multiprofissionais.

Na competência: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

No âmbito da orientação e decisão das tarefas a delegar e a criação de guias orientadoras das tarefas a delegar. Foram apresentados à instituição Centro de Bem-estar Social de Coz os temas “Cuidados ao diabético dependente” e “Posicionamentos e transferências” assim como a elaboração do panfleto sobre administração de insulina (apêndices: IV, V e VI).

Na competência: adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Aproveitou-se a abertura da equipa para promover a qualidade dos cuidados à família e a aplicação de estratégias para um desempenho diferenciado com a elaboração e apresentação de uma formação em serviço sobre o “Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar” (Apêndice II).

Este modelo permite avaliar a organização familiar considerando os subsistemas individuais, familiar e os suprassistemas. Baseia-se na perspetiva multidimensional da família, integrando estrutura, desenvolvimento e funcional.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Na competência: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Reconhece-se os recursos e limites pessoais e profissionais. É sabido que a situação de pandemia com o conseqüente aumento de horas e volume de trabalho, tanto nos serviços como nos centros de Vacinação e a deliberação da não atribuição do estatuto bolseiro por parte da ARSC não foi facilitador de um bom desenrolar dos estágios. No entanto é na família que se vai buscar forças e recursos. O bom ambiente da unidade

e a colaboração de toda a equipa da USF Terras de Cister têm feito destes estágios locais de grande aprendizagem e troca de conhecimento.

Na competência: baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Mais uma vez se salienta a oportunidade de desenvolver a formação sobre o “Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar”.

Com este mestrado houve uma reflexão crítica com base em artigos científicos sobre a capacidade de tomada de decisões na prática clínica, fundamentadas em evidência científica, respeitando os valores da família e os seus recursos.

De acordo com (Apostolo, 2017) a prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para a tomada de decisões sobre os cuidados prestados a cada família.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros definiu as competências específicas que o Enfermeiro de Família deve desenvolver para permitir uma intervenção especializada.

Ao longo deste estágio foram realizadas atividades no sentido do desenvolvimento das competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste estágio desenvolveu-se uma visão da família à luz das teorias e modelos de enfermagem nomeadamente: Teoria das Transições de Meleis, Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e o modelo do Cuidado Baseado nas Forças de Gottlieb.

Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Esta competência foi desenvolvida através de todos os contactos que são aproveitados para treinar a abordagem à família demonstrando disponibilidade proporcionando tempo e respeitando os silêncios num ambiente acolhedor que respeite a privacidade do utente e família. As entrevistas foram feitas individualmente quando das consultas dos diversos programas de saúde e com a família nuns casos na unidade outras no seu domicílio. O objetivo das primeiras entrevistas é levantar possíveis diagnósticos de cada membro e da família. Como nos diz (Wright & Leahey, 2012) referindo-se à teoria dos sistemas, a família como um todo é mais que a soma das suas partes e a mudança num membro da família afeta todos os membros. A partir das primeiras entrevistas foram elaborados diagnósticos e em

conjunto com a família elaborado um plano e definidos objetivos que foram priorizados pela mesma.

Nesta abordagem reforçaram-se os pontos fortes da família utilizando o modelo de cuidar baseado nas forças (SBC).

Quadro 11 Competência 1

Competência	Critérios de Avaliação
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. ◆ Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. ◆ Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. ◆ Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde. ◆ Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

Quadro 12 Competência 2

Competência	Critérios de Avaliação
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. ◆ Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não - verbal. ◆ Utiliza instrumentos de avaliação familiar ◆ Identificar as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões. ◆ Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente. ◆ Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

Colheram-se dados pertinentes sobre a família tanto através do processo dos seus diversos elementos no SClínico como através da entrevista e observação do ambiente familiar. Puderam observar-se alguns fatores de risco individuais e da família. Obtiveram-se também alguma informação através das colaboradoras do Centro de Dia que prestam cuidados no domicílio. Nas consultas de diabetes e hipertensão pesquisaram-se fatores hereditários, a

obesidade ou os hábitos tabágicos que influenciam bastante a evolução destas patologias. Foi avaliada a também a adaptação da família à doença crónica.

Nas consultas de saúde infantil procurou saber quais os hábitos alimentares da família e o tipo de dieta que esta faz e que pretende para a criança. Falar sobre as precauções a ter com alguns padrões alimentares e no caso da obesidade ter bastante atenção às quantidades e à diversificação alimentar.

Procurou saber como estava a ser a transição para a fase de pais com filhos pequenos através da avaliação do papel parental e do papel de prestador de cuidados.

Foi aplicado o modelo de avaliação familiar de Calgary e desenvolvido o respetivo plano de cuidados (apêndice I).

Identificaram-se as forças demonstradas em casos anteriores para as mobilizar e ajudar na transição para a reforma e para a entrada de um elemento dependente num caso e para a transição para a parentalidade no outro.

Vários instrumentos foram aplicados para a avaliação familiar tais como: Genograma, Ecomapa, APGAR Familiar de Smilkstein, Escala de Graffar e FACES II.

Foram identificadas as forças demonstradas em casos anteriores para as mobilizar e ajudar na transição para a reforma e para a entrada de um elemento dependente num caso e para a transição para a parentalidade no outro.

Quadro 13 Competência 3

Competência	Critérios de Avaliação
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. ◆ Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. ◆ Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. ◆ Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente.

Foi utilizado o Modelo de Avaliação de Calgary que incorpora conhecimentos de várias áreas como a teoria dos sistemas, a cibernética, a comunicação e a biologia da cognição.

Foi tido em tendo em conta o modelo das transições de Meleis e o SBC de Gottlieb.

Foi observado o modo de adaptação que tiveram no passado e às novas tarefas necessárias às transições que está a atravessar tais como os fatores de Stress. Procurou saber-se as relações entre os membros e entre a família e quem pode ser fonte de apoio fora desta, observando o Genograma e o Ecomapa elaborado em conjunto.

Quadro 14 Competência 4

Competência	Critérios de Avaliação
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. ◆ Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. ◆ Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar ◆ Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ◆ Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.

Realizou-se pesquisa para melhorar a minha atuação tendo como objetivo uma prática baseada na evidencia.

Dotou-se a família de mais conhecimento para o estabelecimento de metas conforme plano de cuidados elaborada em conjunto.

A família foi avaliada numa perspetiva sistémica e integracionista.

Ao efetuar a entrevista no domicílio das famílias, elas estavam no seu espaço pelo que se sentiam mais seguras.

O estabelecimento do plano de atividades possibilita a criação de um acordo mútuo entre profissional e membros da família, maximizando a clarificação do papel de cada um na resolução do problema. Este plano de atividades prevê a negociação de um acordo que reconheça as preocupações expressas pelos membros presentes. (Cardoso, 2014)

O plano de atividades foi elaborado em conjunto com a família assim como os objetivos e as prioridades.

Quadro 15 Competência 5

Competência	Critérios de Avaliação
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família. ◆ Codesenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde. ◆ Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. ◆ Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. ◆ Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar. ◆ Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar ◆ Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. ◆ Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.

Aplicaram-se os conhecimentos que adquiridos da busca de evidência científica especialmente na área de intervenção familiar.

Utilizando uma prática baseada na evidencia e no conhecimento garantiu-se a segurança e a qualidade dos cuidados.

Nos documentos do Conselho Nacional de Enfermagem referidos por (Apóstolo, J 2017 p.6) recomendam a implementação da prática baseada na evidencia (PBE) argumentando que: a tomada de decisão é simplificada; a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos; e a qualidade dos cuidados é melhorada.

A adoção da PBE tem potencial para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos utentes e a tomada de decisão é simplificada; a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos; e a qualidade dos cuidados é melhorada (Apóstolo, J 2017 p. 5,6).

Ao desenvolver o plano de cuidados foi elaborado um conjunto de intervenções com vista à diminuição de fatores de risco como a existência de barreiras arquitetónicas e risco de stress do prestador de cuidados.

Ao avaliar uma família com um elemento com doença psiquiátrica mudou todo o conceito de segurança e comunicação.

Quadro 16 Competência 6

Competência	Critérios de Avaliação
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Encoraja a família a partilhar a sua história. ◆ Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança. ◆ Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. ◆ Identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança. Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos. ◆ Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. ◆ Dá feedback à família, de forma sistemática, centrando -se nos seus pontos fortes. ◆ Discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar. ◆ Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.

O ato de cumprimentar e receber a família proporciona um contexto de comunicação claro entre o profissional e a família. Este primeiro contato é fundamental para a construção da relação que para a família sentindo-se confortável no contexto da entrevista, possa exprimir as suas preocupações e os seus pontos de vista. (Cardoso, 2014)

Ao ajudar a pessoa a desenvolver as suas forças únicas, os enfermeiros podem converter potenciais em forças, e minimizar ou conter uma fraqueza para permitir que a força sobressaia através do recurso a uma vasta gama de técnicas como: ampliar a consciência da pessoa sobre uma potencial força, capitalizar forças já existentes e modificá-las para uma situação diferente, colocar questões que estimulem novas formas de pensar. (Gottlieb, 2016)

Foi elaborado o Ecomapa em colaboração com a família para em conjunto encontrarmos fontes de apoio para a transição (Ex: transição para a parentalidade, transição para a reforma e integração de um elemento idoso dependente).

Efetuuou-se o registo no SClinico do utente e da família todo o plano de cuidados tanto referente aos elementos como ao ambiente.

Quadro 17 Competência 7

Competência	Critérios de Avaliação
Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procura orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar. ◆ Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. ◆ Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. ◆ Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. ◆ Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. ◆ Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. ◆ Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar

A enfermeira orientadora esteve presente no planeamento de toda a prática de cuidados com o objetivo da melhoria da prestação de cuidados, foi discutido com ela o plano de intervenção à família avaliando a minha evolução neste contexto.

Foi elaborada e apresentada ao serviço, uma formação sobre o Modelo de avaliação e intervenção de Calgary (apêndice II) com um exemplo prático par motivar a aplicação do mesmo no auxílio de resolução de situações complexas de forma sustentada.

Todos os procedimentos foram analisados à luz da evidência científica.

O ingresso no mestrado é o promover do desenvolvimento pessoal e profissional. É também um desafio em termos pessoais.

Quadro 18 Competência 8

Competência	Critérios de Avaliação
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados. ♦ Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. ♦ Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

A forma como a família expôs os seus problemas e as suas expectativas bem como a sua participação em todo o processo de elaboração de um plano de cuidados, demonstra confiança na relação. Os objetivos demoram algum tempo a serem alcançados, mas a consciencialização dos mesmos e a vontade expressa de os alcançar já é um resultado positivo no caminho da motivação.

O uso de um modelo de avaliação familiar que incorpora vários, a análise dos cuidados à luz das teorias de enfermagem, a observância de normas da DGS sobre os vários programas de saúde e a busca de informação foram validando o planeamento dos cuidados. As buscas de novos conhecimentos despertam novas dúvidas e curiosidades num desenvolvimento constante pessoal e profissional.

“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

Quadro 19 Competência 9

Competência	Critérios de Avaliação
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. ♦ Referencia a família para outros profissionais de saúde. ♦ Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. ♦ Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. ♦ Assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

A elaboração em conjunto com a equipa de três trabalhos (apêndices III, IV e V) que foram apresentados no Centro de Bem Estar de Coz teve o intuito da melhoria continua.

Pretendeu-se também melhorar e aprofundar o relacionamento com a instituição que diretamente trabalha com algumas famílias deste ficheiro na perspetiva da coordenação de esforços para a melhoria dos cuidados à família.

Elaborou-se uma formação para a equipa de enfermagem sobre o modelo de Calgary e uma segunda formação para um exemplo prático do mesmo.

Analizou-se com a primeira família a possibilidade de integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para descanso do cuidador e negocieei com a segunda o encaminhamento de M para consulta de psicologia na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Foi abordada a provável necessidade de consulta de nutrição ou de obesidade para a família.

Quadro 20 Competência 10

Competência	Critérios de Avaliação
<p>Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. ◆ Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. ◆ Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. ◆ Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. ◆ Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. ◆ Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Tendo em conta as normas propostas pela DGS e as suas metas elaborou-se uma proposta de procedimento em relação à consulta de Diabetes.

Elaborou-se um panfleto sobre administração de insulina e respetiva folha de registos.

Foi elaborada uma proposta de procedimento para a consulta de enfermagem ao utente com Diabetes. Foi também elaborada uma proposta de procedimento para a avaliação da mesma consulta.

Todos os registos possíveis (tanto individuais como da família) foram realizados no SClínico de forma a evidenciar a melhoria de cuidados quando passar alguns diagnósticos de não demonstrado para demonstrado.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Uma das competências que envolve a investigação é a aplicação e utilização dos resultados na prática clínica, como já foi referido.

O desenvolvimento de investigação relevante para a aquisição de novos conhecimentos é fundamental para o desenvolvimento científico da profissão.

Neste âmbito e após uma reflexão sobre o desenvolvimento da prática clínica em contexto de USF, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura sobre a melhor evidencia na prestação de cuidados especializados de enfermagem de família ao idoso enquanto sistema familiar.

A revisão sistemática da literatura é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema (Apóstolo, 2017).

4.1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA AO IDOSO ENQUANTO SISTEMA FAMILIAR – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida à nascença que no triénio (2017/2019) se situava em 80,93 anos, passa a 81,06 no triénio (2018/2020) (INE, setembro 2021) e o número de famílias unipessoais em Portugal tem vindo a aumentar gradualmente. Se em 2001 a percentagem de famílias unipessoais era de 17,3%, esse valor aumentou em 2011 para 21,4% e a estimativa para 2021 é de 24,8% (Pordata,2021). A distribuição das pessoas que vivem em famílias unipessoais em Portugal é variável consoante o sexo, mas também de acordo com a estrutura etária. Perto de metade das pessoas neste tipo de famílias tem 65 e mais anos de idade (46,9%), distribuindo-se em proporções similares nas diferentes faixas etárias até aos 84 anos (INE, 2013) não estando ainda disponíveis os dados de 2021.

Como foi referido anteriormente a população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos e a percentagem destes a viver sozinhos tem vindo a lançar um desafio em termos de cuidados específicos a estas famílias.

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015) (citado por SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017).

O impacto do envelhecimento da população na sociedade vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade (Bloom et al., 2015; World Health Organization, 1999, 2012). (citado por SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017)

As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (World Health Organization, 2002). A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). citado por SNS Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo, 2017) A Constituição da República Portuguesa (CRP) salvaguarda o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, no que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72.º da CRP, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que as “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade.

Os cuidados de saúde baseados em evidência são “um processo que identifica políticas ou perguntas clínicas dando-lhes respostas através da geração de conhecimento e evidência para orientar a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e adequada, mais realista e significativa para populações, culturas e contextos específicos”. (Apóstolo, 2017).

A ENEAS (ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025) apresenta linhas orientadoras para a ação no âmbito da prevenção e gestão das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, bem como da reorientação do sistema de saúde para o atendimento das necessidades das pessoas idosas, considerando as necessidades específicas de mulheres e de homens, e do combate ao idadismo no acesso e utilização dos serviços. Estas iniciativas devem ser levadas a cabo em articulação com os programas e estratégias existentes, como forma de garantir a coerência das políticas e os princípios da economia.

Um dos desafios ao se desenvolver uma resposta ampla para o envelhecimento da população é que muitas perceções e suposições comuns sobre pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados. Isso limita a nossa forma de conceituar os problemas, as perguntas que fazemos e a nossa capacidade de aproveitar as oportunidades inovadoras. As evidências sugerem que perspetivas atuais são necessárias.

As populações maiores (designação do idoso no Resumo do relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização mundial de Saúde de 2015) são caracterizadas por grande diversidade. Por exemplo, alguns adultos maiores de 80 anos apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos. As políticas devem ser estruturadas de forma que permitam um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento. E elas devem servir para quebrar as muitas barreiras que limitam a participação social contínua e as contribuições das pessoas. Porém, muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens. Por exemplo, algumas pessoas de 60 anos podem precisar de ajuda de outras pessoas para realizar até as tarefas mais simples. Uma resposta abrangente da saúde pública ao envelhecimento da população também deve abordar as suas necessidades. Os gastos em sistemas de saúde, cuidados de longo prazo e ambientes propícios mais amplos são frequentemente retratados como custos. Em alguns casos, o retorno sobre esses investimentos é direto (sistemas de saúde melhores conduzem a uma melhor saúde, que permite maior participação e bem-estar).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta, os adultos mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas (Resumo do relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização mundial de Saúde de 2015)

O objetivo desta revisão é o de mapear o conhecimento sobre cuidados de enfermagem de saúde familiar ao idoso.

Para este estudo elegeu-se como foco os cuidados de enfermagem de família ao idoso enquanto sistema familiar.

4.1.1 Metodologia

Elaborou-se uma Revisão Sistemática da Literatura pois e segundo (Apóstolo, 2017) esta resume as melhores evidências disponíveis sobre um tema específico, fornecendo a melhor evidência para informar a tomada de decisões e futuras necessidades de investigação clínica (Apóstolo, 2017).

O objetivo da RSL de evidencia de significado é, sobretudo, o de informar sobre o significado de uma intervenção, procedimento, processo, estados ou condições de saúde têm as pessoas num determinado contexto. A revisão de evidencia de significado segue a mnemónica PICO: População, Fenómeno de interesse e Contexto (Vilelas, 2020).

Segundo o mesmo autor as etapas do processo de revisão sistemática:

1. Formular uma questão de investigação;
2. Produzir um protocolo de investigação e efetuar o seu registo;
3. Definir os critérios de inclusão e exclusão;
4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura – encontrar estudos;
5. Seleção dos estudos;
6. Avaliação da qualidade dos estudos;
7. Extração de dados;
8. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência;
9. Disseminação dos resultados – Publicação.

O Protocolo de investigação deverá ser constituído por nove etapas: 1. Definir a questão PI(C)OS/ PICO/ PIO e os objetivos; 2. Elaborar os critérios de elegibilidade, estabelecendo o tipo de estudos, de participantes, de intervenções e resultados a serem examinados; 3. Executar uma pesquisa global de todas as fontes relevantes para os estudos potencialmente elegíveis; 4. Examinar os estudos para decidir da sua elegibilidade, sempre que possível utilizando dois revisores independentes; 5. Desenhar uma tabela para descrever as características dos estudos que foram incluídos; 6. Apreciar a qualidade metodológica dos estudos, sempre que possível utilizando dois revisores independentes; 7. Extrair os dados; 8. Analisar os resultados dos estudos, utilizando a síntese estatística dos dados (metanálise), se apropriado; 9. Preparar um relatório da revisão, estabelecendo objetivos, recursos, métodos, e descrevendo os resultados e conclusões a publicar. (Vilelas, 2020)

- **Questão de investigação**

Quais os cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar ao idoso enquanto sistema familiar

- **PICo**

Participantes - Utentes idosos > 65 anos

Fenómeno de Interesse – Cuidados de enfermagem de família.

Contexto – Idosos (enquanto família unitária).

- **Objetivo geral**

Conhecer o estado da arte sobre cuidados de enfermagem de saúde familiar ao idoso enquanto sistema familiar.

- **Objetivos específicos**

Identificar quais os cuidados de enfermagem de saúde familiar ao idoso enquanto sistema familiar

4.1.2 Protocolo de investigação

Apesar de ter procurado nos motores de busca referidos anteriormente fiquei apenas com os do CINAHL e da SciELO. Os que encontrei nos outros não se encontravam disponíveis.

Critérios de inclusão e exclusão

Quadro 21 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População com mais de 65 anos	População com menos de 65 anos
Abordagem do tema de cuidados de enfermagem de família	Sem abordagem sobre os cuidados de enfermagem
Teses, Dissertações e Artigos com texto integral disponível	Estudos sem texto integral disponível
Idioma: inglês ou português	Qualquer outro idioma
Data dos estudos entre 2012 e 2021	Qualquer data anterior

- **Estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura**

Os motores de busca utilizados foram: b on (Biblioteca de conhecimento online) e no site da Ordem dos Enfermeiros utilizando as Bases de Dados Científicos: Acesso Reservado (EBSCO) (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Library, MedicLatina) e de Acesso Livre (RCAAP, SciELO Portugal, SciELO).

Os motores Booleanos usados foram: e/and.

As pesquisas foram realizadas entre dezembro de 2021 e janeiro 2022.

A análise dos estudos para avaliar a sua elegibilidade foi realizada apenas por um pesquisador. Este estudo tem um valor pedagógico inserido no desenvolver de competências de desenvolvimento científico. Mais se refere que este relatório é individual pelo que a revisão se deve apenas a um investigador. Neste aspeto pode haver algum viés.

- **Descritores**

Como descritores foram utilizados os seguintes termos DeCS e MeSH terms.

Quadro - 22 Descritores

Termos DeCS	MeSH terms
Idoso	Aged
Enfermagem de família	family nursing
Cuidados de enfermagem	nursing care

- Idoso

Individuo com 65 e mais anos

- Enfermagem de família/ family nursing

A provisão de cuidados envolvendo o processo de enfermagem a famílias e membros da família em situações de saúde e enfermidade.

Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições

- Cuidados de enfermagem/ nursing care

Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Regulamento do Exercício

Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril)

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. (Regulamento n.º 428/2018).

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. (Figueiredo, 2013).

Os limitadores colocados foram : o idioma (língua portuguesa ou inglesa), Ano 2012-2021(Foi alargado para inclusão de mais estudos); Existência de texto integral e foram incluídos Teses, Dissertações e Artigos Científicos.

Apesar de ter procurado nos motores de busca referidos anteriormente fiquei apenas com os do CINHALL e da SciELO. Os que encontrei nos outros não se encontravam disponíveis.

4.1.3 Resultados

Foi utilizado o processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram flow

Foram identificados 128 artigos (CINHALL=88 e SciELO = 40)

Após remoção dos duplicados foram incluídos (87 + 40 =127) que foram analisados pelo título.

Foram excluídos (75+12) pois o título indicava que se tratava de estudos em meio hospitalar ou indicava tratar-se de estudos que não incluíam idosos. Foram excluídos também por se tratar de revisões.

Foram analisados os resumos de (12+28) artigos. Foram excluídos (6 + 20) pois o resumo indicava que se tratava de outra faixa etária ou de utentes em cuidados hospitalares ou utentes institucionalizados e com doenças com necessidades especiais. Foi excluído um resumo chinês.

Ao analisar o texto integral de (6 + 8) artigos foram excluídos 11 por se encontrarem fora do tema ficando 3 artigos incluídos na revisão.

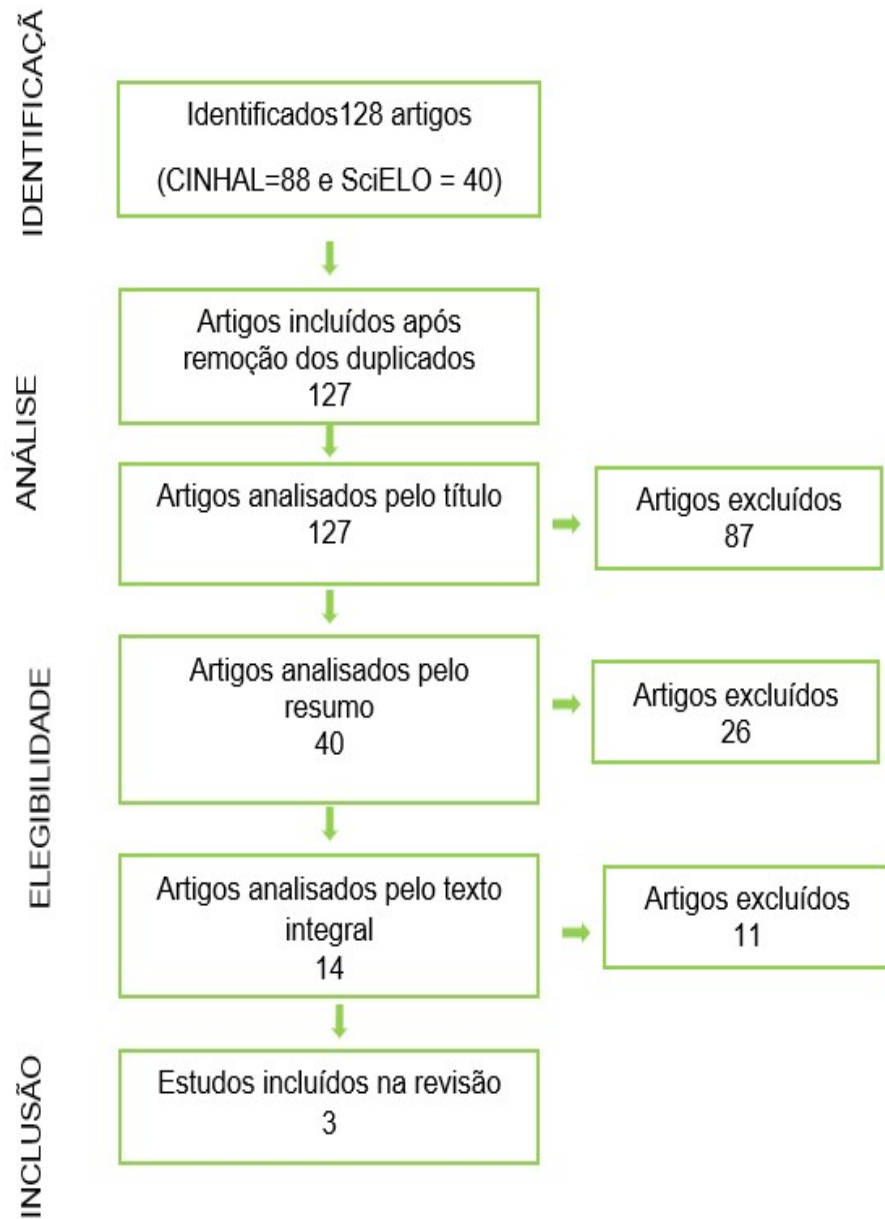


Figura 6 Fluxograma PRISMA

Grelha de Colheita e Análise de Dados

Quadro 23 grelha de colheita parte 1

	Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo
Estudo 1	Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para idosos comunitários	Jorge Wilker Bezerra Clares entre outros	2018	Estudo metodológico, desenvolvido conforme as diretrizes preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros
Estudo 2	Cuidados domiciliários – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família	Esperança Alves Gago/ Manuel José Lopes	2012	Estudo de natureza qualitativa.
Estudo 3	Tensão do papel de cuidador em cuidadores informais de idosos	Akeisa Dieli Ribeiro Dalla Vechia entre outros	2019	Estudo transversal, descritivo.

Quadro 24 grelha de colheita parte 2

	Descritores	Objetivos	Evidencia / Resultados
Estudo 1	Idoso; Terminologia; Classificação; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família	Construir uma nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pessoas idosas acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o referencial teórico de Virgínia Henderson.	Foram construídos 127 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem
Estudo 2	Cuidados de enfermagem; Assistência domiciliar; Visita domiciliar; Saúde do idoso.	Compreender o processo de interação com a pessoa idosa e família no domicílio desenvolvido pelos enfermeiros.	A relação é simultaneamente o contexto de todos os cuidados, assim como é um instrumento terapêutico.
Estudo 3	Diagnóstico de enfermagem. Cuidadores. Idoso dependente. Enfermagem geriátrica.	Analisar a frequência do diagnóstico de enfermagem “tensão do papel de cuidador” em cuidadores informais de idosos, as características definidoras e os fatores relacionados.	A frequência do diagnóstico de enfermagem “tensão do papel de cuidador” encontrada nos cuidadores foi de 98,0%.

4.1.4 Discussão

Pela pesquisa realizada não foram encontrados muitos estudos com relevância para o conhecimento sobre os cuidados aos idosos em contexto familiar. Cada um dos três textos que encontrei aborda um aspeto diferente dos cuidados ao idoso.

O primeiro mostra os diversos diagnósticos e respetivas intervenções através da linguagem CIPE® que serve de base ao nosso sistema de registos (SCLínico). Considerei ser uma mais-valia na orientação da avaliação e elaboração do plano de cuidados ao idoso. Como referem os autores a utilização do Processo de Enfermagem utilizando uma linguagem padronizada, leva a uma atuação reflexiva, melhor cuidado. Amplia a autonomia profissional e facilita o processo comunicativo entre os profissionais de enfermagem e outros profissionais da equipe de saúde. Permite também uma linguagem profissional unificada e a avaliação de elementos que descrevem a sua prática.

O segundo estudo (apesar de mais antigo) fala-nos da relação entre a família, o idoso e o enfermeiro que é simultaneamente o contexto de todos os cuidados, assim como é um instrumento terapêutico e da importância da construção da relação em contexto domiciliar. Os autores salientam os seguintes aspetos: A organização e estruturação das visitas domiciliárias inicia-se no Centro de Saúde, onde a enfermeira precisa avaliar as prioridades de cuidado em relação às pessoas; tempo disponível; percurso geográfico a ser escolhido e as necessidades clínicas.

As estratégias que os enfermeiros usam para serem aceites no ambiente doméstico estão relacionadas com a adequação das intervenções e a aceitação da sua presença no espaço íntimo de cada idoso.

As atitudes desenvolvidas são essencialmente a promoção da participação do idoso/família na prática de atendimento domiciliar.

Os enfermeiros mobilizam diferentes recursos através do conhecimento que adquirem sobre o contexto da comunidade e o contexto individual de cada pessoa que recebe o cuidado.

As intervenções centram-se essencialmente na interação para construir continuamente o relacionamento no contexto domiciliar.

O terceiro estudo vem realçar a importância do enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde estarem atentos aos cuidadores tanto quanto aos idosos assistidos nas unidades de saúde, ajudando-os a superar as dificuldades envolvidas no desempenho do seu papel.

As equipas das unidades de Enfermagem de Saúde Familiar devem estar atentas às necessidades de saúde dos idosos em condição de dependência, bem como estar mais próximas dos cuidadores para atender suas necessidades. Por conseguinte, o enfermeiro

deve estar apto para estabelecer o diagnóstico; Tensão do prestador de cuidados (stress do prestador de cuidados), ajudando os cuidadores a encontrar melhores estratégias para prestar o cuidado ao idoso e auxiliando-os a superar dificuldades no desempenho do seu papel.

Conclusão

Como enfermeiros especialistas é parte integrante das competências suportar a prática clínica em evidência científica através da identificação de lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Uma prática especializada ajuizada em investigação contribuirá assim para o desenvolvimento de conhecimentos, aprimorar a prática e melhorar qualidade dos cuidados prestados.

A abordagem do idoso em contexto de Saúde Familiar é complexa e desafiante. Os cuidados prestados devem estar assentes em evidência, a linguagem deve ser o mais universal possível e deve também ser possível avaliar o resultado das nossas práticas para uma melhor visualização da importância do nosso trabalho. O ambiente do idoso e família deve ser bem avaliado e os cuidados aos mesmos devem ser bem planeados com antecedência. É importante conhecer os valores do outro. Em todo este contexto não se pode esquecer o cuidador informal que como parceiro neste processo tem de ser alvo das nossas atividades.

Todos estes aspetos revestem-se da maior importância numa sociedade em que cada vez mais os idosos estão sós por opção e se tem de estar abertos e ser parte da solução como gestores de casos alargando os conhecimentos sobre as potencialidades da família e sociedade.

Os estudos analisados apontam para uma visão global do idoso das suas necessidades e da importância da relação terapêutica entre idoso/família e enfermeiro bem como a importância do cuidador.

Este tema deixa, no entanto, áreas por identificar. É necessário e urgente despertar os profissionais de saúde para esta área de forma mais integrativa mais biopsicossocial, apoiado na teoria familiar sistémica. É importante por parte dos enfermeiros uma mudança de paradigma no cuidar, conduzindo-os a uma atitude mais centrada na interação entre o idoso, família e o enfermeiro, com uma participação ativa de todos. E em conjunto, num processo de cuidar focado no objetivo de gerir com sucesso as necessidades de saúde do idoso valorizando as suas capacidades.

Existe uma necessidade de mais publicações recentes com novas visões. Alguns textos são de acesso reservado o que dificultou uma visão mais abrangente.

CONCLUSÃO

Este relatório traduz a aprendizagem deste ano e meio. O conhecimento uma nova USF (nova em todos os sentidos) com a qual se colaborou contribuiu para o aumento do conhecimento e novas formas de ser e fazer. A realização de trabalhos contribuiu para a aquisição de competências. A partir desta aquisição é possível transpor e despertar outros enfermeiros para a importância da Enfermagem de Saúde Familiar.

Valorizou-se a importância do enquadramento teórico desta ciência que se chama enfermagem e que se quer valorizar. Só com o conhecimento e a validação das atividades de enfermagem se pode realmente prestar os melhores cuidados baseados na evidência científica e nas bases de todo o conhecimento de enfermagem.

Todo este trabalho tem como objetivo a aquisição de novas competências de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde familiar pelo que a sua análise é imprescindível.

Em todos os capítulos deste relatório foi efetuada pesquisa e fundamentado o discurso. Foram adquiridas novas competências e elaborada uma RSL para aprofundar o conhecimento no cuidado ao utente idoso. Este estrato da população que como vimos é cada vez mais numeroso e com bastantes vulnerabilidades necessita da nossa parte a maior das atenções e profissionalismo.

Todo este percurso foi percorrido em tempo de pandemia que exigiu constantes mudanças e adaptações pessoais, familiares, profissionais e sociais. Foi um tempo de dificuldade, mas também de grande aprendizagem e evolução. Todos aprendem que com persistência e dedicação se é capazes de mais do que se pensa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS, (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em janeiro 2022. Disponível em https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Alcobaça, M (dezembro 2021) Obtido em <https://www.cm-alcobaca.pt>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Alligood, M. R. (2014). *NURSING THEORISTS AND THEIR WORK* (8 ed.). United States of America: Elsevier.
- Caniço, Hernâni, (2014) *Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – APGAR saudável*, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Acedido em <https://eq.uc.pt/handle/10316/25995>
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Clares, Jorge et al. (2018) Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para idosos comunitários. Acedido em dezembro 2021. Disponível em [SciELO - Brasil - ICNP [®] nursing diagnoses, outcomes, and interventions for community elderly ICNP [®] nursing diagnoses, outcomes, and interventions for community elderly](#)
- Costa, Andreia (Relatora; Direção-Geral da Saúde) (2017) *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Retrieved from Direção-Geral da Saúde website: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 setembro. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* Diário da República: Série I, n.º 205 (1996) Acedido em junho. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 abril. *Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto* Diário da República: Série I, n.º 93 (1998) Acedido em junho. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 8 de agosto. *Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF)* Diário da República: Série I, n.º 161(2007) Acedido em junho. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das USF e UCSP*. Diário da República: Série I, n.º 149 (2014) Acedido 6 junho. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. *Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar* Diário da República: Série I, n.º 118 (2017) Acedido 6 junho. Disponível em www.dre.pt.
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gago, Esperança. (2012). Cuidados domiciliários: interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. Acedido dezembro 2021. Disponível em [SciELO - Brasil - At-home care: interactions between nurses and the elderly/family At-home care: interactions between nurses and the elderly/family](#)
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- INE. (2021) Tábuas de mortalidade – NUTS II (2018-2020). Acedido janeiro 2022 Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=473165032&DESTAQUESmodo=2
- Lemaire, Patrick (2016) *Envelhecimento cognitivo e adaptações estratégicas* Edições Piaget, Lisboa

- Melo, Pedro (2020) *Dinâmicas Familiares -Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem* Universidade Católica Portuguesa. Porto
- Norma nº 007/2020 (de 29/03/2020) *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual* Acedido 6 junho. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas>
- Norma nº 29/2012 (Atualizada a 31/10/2013) *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Acedido 6 junho. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas>
- OMS (2015), *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=2700CC6240B241FF804B97AB616FC884?sequence=6
- PORDATA (dezembro 2021) Obtido em <https://www.pordata.pt/>
- Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro. *Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF)*. Diário da República Série I, n 201(207) Acedido 6 junho. Disponível em www.dre.pt.
- Regulamento nº 428/2018 de 16 julho. *Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República Série II, nº 135 (2018) Acedido 6 junho Disponível em www.dre.pt.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* Diário da República Série II, nº 26 (2019) Acedido 6 junho Disponível em www.dre.pt.
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* Diário da República Série II, nº 184 (2019) Acedido 6 junho Disponível em www.dre.pt.
- Sousa, L. (2018). Revisão da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Volume 1 Nº 1
- Terras de Cister, USF (2021) *Carta de Compromisso, Alcobaça*
- Terras de Cister, USF (2021) *Manual de Acolhimento, Alcobaça*
- Terras de Cister, USF (2021) *Regulamento Interno, Alcobaça*
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família*. (5ªed). Roca: S. Paulo.
- Melo, Pedro (2020) *Dinâmicas Familiares -Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem* Universidade Católica Portuguesa. Porto
- Vechia, Akeisa et al. (2019). Tensão do papel de cuidador em cuidadores informais de idosos. Acedido em dezembro 2021. Disponível em [SciELO - Brasil - CAREGIVER ROLE STRAIN IN INFORMAL CAREGIVERS FOR THE ELDERLY CAREGIVER ROLE STRAIN IN INFORMAL CAREGIVERS FOR THE ELDERLY](https://doi.org/10.1590/1981-2252-2019-0001)
- Wikipédia (2021) Obtido de [https://pt.wikipedia.org/wiki/Alcoba%C3%A7a_\(Portugal\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Alcoba%C3%A7a_(Portugal))

APÊNDICES

APÊNDICE I

Aplicação Prática Do Modelo Calgary De Avaliação E Intervenção Familiar



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**APLICAÇÃO PRÁTICA DO
MODELO CALGARY DE
AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO FAMILIAR**

Odete Martins nº5200329

Docente: Professora Doutora
Clarisse Louro

Leiria, julho 202

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido durante o Estágio I e II do segundo semestre do Mestrado em Saúde Comunitária na Área de Enfermagem em Saúde Familiar. Foi realizado no âmbito do desenvolvimento das competências na área de Enfermagem em Saúde Familiar.

Apliquei o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary a duas famílias escolhidas em parceria com a enfermeira Mafalda (escolhida do universo das suas famílias). Nos critérios para a escolha da primeira família foi tido em atenção a presença de utentes diabéticos e utentes idosos dependentes uma vez que nesta unidade a prevalência é elevada como foi retratado na sua descrição. A presença de uma doença crónica numa família assim como um elemento dependente podem ser fatores de stress que requerem adaptação por parte da mesma. A segunda família foi escolhida a partir de uma consulta de saúde infantil de uma mãe jovem e primípara.

Apresentarei as duas avaliações e respetivos planos. O objetivo é o treino de várias competências e a mobilização, aplicação e desenvolvimento de vários conhecimentos.

As entrevistas foram feitas no domicílio das famílias.

1.AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA F - O MODELO DE CALGARY

Breve apresentação da família

A família R é constituída pelo casal J. S. R. sexo masculino com 64 anos e D. L. R. sexo feminino com 62 anos estando os dois elementos reformados. Recentemente foi integrado o pai de D. L.R. (F.U.F) que após amputação do MIE e consequente queda se encontra em situação de dependência nos cuidados de vida diários. A senhora é a cuidadora e toma ainda conta de 2 netos enquanto os filhos e a noras trabalham e não abre o infantário. Os três elementos são diabéticos.

Iniciei a avaliação familiar com a aplicação do referido modelo que levou ao levantamento de focos de atenção com possíveis diagnósticos e respetivas intervenções. No entanto é de salientar que é necessário algum tempo para se estabelecer uma relação de confiança para uma intervenção colaborativa. O processo está a ser desenvolvido com retorno a todas a etapas desde a avaliação até à programação de intervenções e avaliação de resultados.

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, consagra os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e prevê que a regulamentação dos termos e manutenção do reconhecimento do estatuto do cuidador informal seja efetuada pelo membro do Governo responsável pela área da solidariedade e segurança social.

Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.

Estes decretos surgem da necessidade da proteção tanto do cuidador como daquele que é cuidado, situação em que se encontram muitos idosos em Portugal. No grupo de famílias do ficheiro do Polo de Coz (como vimos na apresentação da unidade) existe um elevado número de idosos superior até à média nacional. Por estes motivos considerei importante avaliar uma família nestas condições. Por outro lado, é uma família em que todos os elementos têm o diagnóstico de diabetes tipo II pelo que considerei importante avaliar a adaptação da família à doença crónica.

	IMC	Hba1c	Idade	
F	24,4	6	64 Anos	Independente
C	23,1	5,6	62 Anos	Independente
J	25,4	8.6 (anterior 12,3)	86 Anos	Dependente
D	30,4	6,9	85 Anos	Dependente

1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

1.1.1 Estrutural Interna

Da estrutura interna faz parte a composição familiar, o género, a orientação sexual, a ordem de nascimento os subsistemas e os limites.

Composição familiar:

Nome	Papel	sexo	idade	Profissão
J	Genro de F e C	Masculino	64	Reformado
D	Filha de F e C / Esposa de J	Feminino	62	Reformada
F	Pai de D	Masculino	86	Reformado
C	Esposa de F	Feminino	85	Reformada

Subsistemas

Um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em mútua interação. Quando esta definição é aplicada às famílias, é possível ver cada uma delas como uma unidade, consequentemente, focalizar-nos na interação entre os seus membros e não em seu estudo individual. Entretanto é preciso lembrar que cada membro da família, por sua vez, é um subsistema. Um sistema individual é tanto uma parte como um todo, tal como a família. (Wright & Leahey, 2011).

Os **subsistemas** existentes são:

O individual é constituído por cada um dos elementos;

O conjugal é constituído pelo casal J e D e o casal F e C

E o filial constituído por D. filha de F e C

Limites

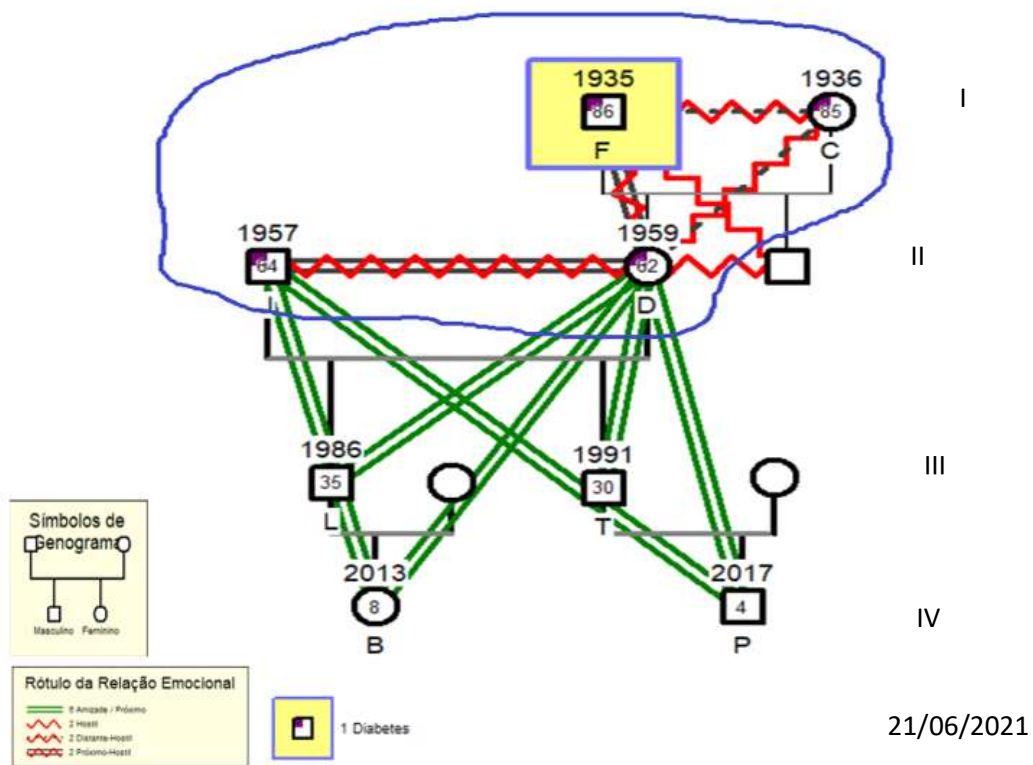
Os limites ou fronteiras do sistema familiar constituem-se como o lugar onde sedão as trocas entre o sistema e o ambiente, e entre os subsistemas familiares entre si. (Figueiredo, 2013)

Da análise da escala de FACES II (exposta no final do trabalho) podemos ver que os elementos da família falam mais dos problemas com as pessoas de fora.

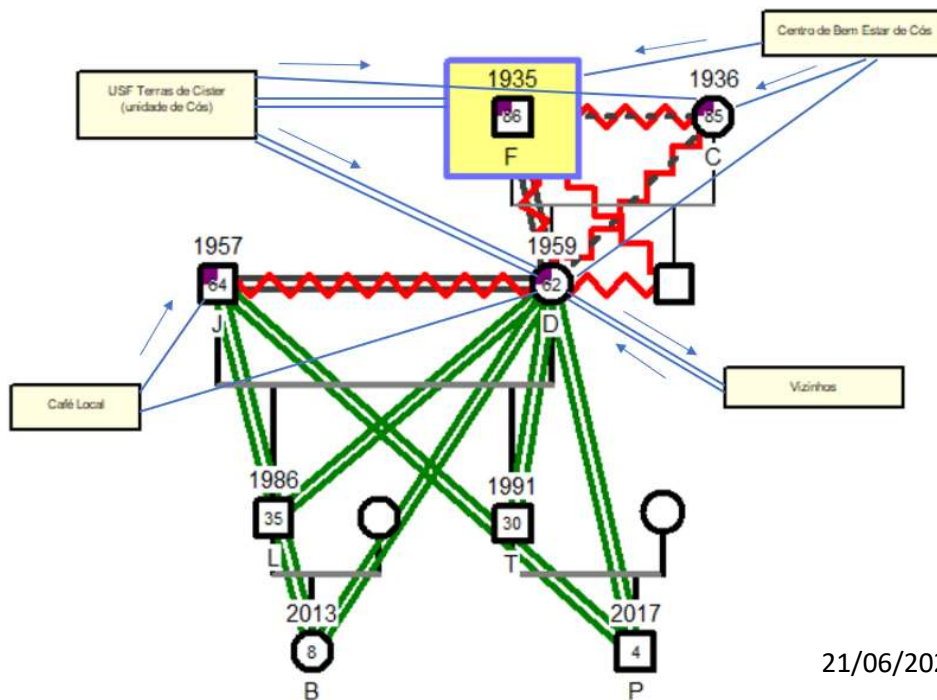
Os limites internos desta família são rígidos (dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas).

1.1.2 Estrutura Externa

A família extensa é composta essencialmente pelos filhos com as respetivas noras e netos e pelo irmão de D. com o qual não há comunicação.



a) Sistemas mais amplos temos os Vizinhos o Café o Centro de Dia e a USF



21/06/2021

1.1.3 Contexto

A família é composta por elementos caucasianos.

A **classe social** é media baixa como podemos ver na avaliação da escala de Graffar

Habituação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e W.C. Electromésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e W.C mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Figura 1 Escala de Grafar

Família de Católicos não praticantes e que não a valorizam como fonte de apoio ou stress.

Ambiente

O ambiente está relacionado com aspetos da comunidade como vizinhos e Habitação.

Está a passar também por uma crise não normativa (doença, queda e consequente integração de um novo elemento dependente no agregado)

1.2.2 Tarefas

Segundo o mesmo autor as tarefas desta etapa são: Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinhos; adaptação ao envelhecimento.

Podemos realçar ainda necessidade de adaptação a um novo elemento dependente e as tarefas de prestador de cuidados.

1.2.3 Vínculos

Da observação direta e da elaboração do Genograma e Ecomapa em conjunto com a família pareceu existirem alguns conflitos internos. A comunicação com o filho é quase inexistente. Existem conflitos antigos e o relacionamento da senhora com a mãe sempre foi complicado e o pai sempre teve limites muito rígidos com imposição de regras (segundo a própria). “Eu trabalhei desde nova e entreguei sempre o ordenado todo em casa até ao mês anterior ao meu casamento”

Existe um bom relacionamento com o externo como podemos observar no Ecomapa. A família tem uma rede de apoio tanto a nível de instituições como a nível de amigos e família extensa.

1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

1.3.1 Funcionamento Instrumental

Diz respeito às atividades de vida diárias tais como alimentar-se, dormir ou preparar refeições. Foi avaliada a dependência do paciente identificado para atividades de vida diária utilizando a escala de dependência de Barthel como resultado de dependência grave com total de 25 pontos;

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registo Histórico

Data: 16-06-2021 Hora: 18:52

Item	Pontuação
Alimentação	Dependente
Transferências	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se
Toalete	Dependente, necessita de alguma ajuda
Utilização do W/C	Dependente
Banho	Dependente, necessita de alguma ajuda
Mobilidade	Imóvel
Subir e Descer Escadas	Dependente
Vestir	Com ajuda
Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar
Controlo Urinário	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)

Resultado: Dependência Grave Total: 25

Figura 4 – Escala de monitorização de dependência através de Barthel

Com a integração do elemento dependente esta família experiênciava a transição para o papel de prestador de cuidados que Meleis et al. (2000) investigaram experiências de transição (desenvolvimento de doenças crónicas, o papel do familiar cuidador), que permitiram desenvolver uma teoria formal de médio alcance, com três dimensões distintas: a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta face à transição.

Pelo grau de dependência grave apliquei a escala de risco de queda de Morse com uma pontuação de 55 que equivale a alto risco de queda (superior a 45);

queda_Risco Data: 16-06-2021 Hora: 18:57

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Escala de Morse

ITEMS DO GRUPO

- * [HISTORIAL DE QUEDAS; NESTE INTERNAMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES]
- * [DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)]
- * [AJUDA PARA CAMINHAR]
- * [TERAPIA INTRAVENOSA]
- * [POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA]
- * [ESTADO MENTAL]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
HISTORIAL DE QUEDAS; NESTE INTERNAMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	Sim
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	Sim
AJUDA PARA CAMINHAR	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
TERAPIA INTRAVENOSA	Não
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA	Normal/acamado/imóvel
ESTADO MENTAL	Esquece-se das suas limitações

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala de Morse	55

Score total 55

Figura 5- Escala de risco de queda de Morse

E a escala de Braden com um Score de 15 que equivale a alto risco de desenvolver úlcera de pressão.

The screenshot shows a software interface for the Braden Scale. At the top, it says 'úlcera de pressão_Risco' and 'Data: 18-06-2021 Hora: 16:00'. There are buttons for 'Registrar Escala' and 'Histórico'. The main area is divided into several sections:

- GRUPOS:** A list containing 'Escala de Braden'.
- ITEMS DO GRUPO:** A list of items with checkboxes:
 - * [PERCEPÇÃO SENSORIAL]
 - * [HUMIDADE]
 - * [ATIVIDADE]
 - * [MOBILIDADE]
 - * [NUTRIÇÃO]
 - * [FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO]
- PARAMETROS DA ESCALA:** A table with two columns: 'Item' and 'Valor'.

Item	Valor
Percepção sensorial	Nenhuma limitação
Humidade	Pele ocasionalmente húmida
Atividade	Sentado
Mobilidade	Muito limitada
Nutrição	Adequada
Fricção e forças de deslizamento	Problema
- GRUPOS DE SCORE:** A table with two columns: 'Grupo' and 'Score'.

Grupo	Score
Escala de Braden	15

At the bottom right, there is a 'Score total' field with the value 15.

Figura 6 – Escala de risco de úlcera de pressão de Braden

O paciente identificado tem uma doença crónica (Diabetes Mellitus tipo II) e encontra-se em situação de dependência com dificuldade em se adaptar.

Os restantes elementos são independentes.

1.3.2 Funcionamento Expressivo

Comunicação emocional: Refere-se ao tipo de emoções e/ou sensações expressas (ex. felicidade, tristeza ou raiva)

Nem todos os elementos expressam as emoções da mesma maneira. Por vezes é difícil para D ver a "revolta" da mãe em relação ao pai de D. D expressa a sua tristeza e o marido demonstra preocupação.

Comunicação verbal: O enfoque está no significado das palavras

A comunicação verbal é clara

Comunicação não-verbal: Inclui postura, contato ocular, toque, gestos e movimentos faciais
D queixa-se que não se lembra da mãe lhe dar carinho. "Não era afetuosa com ninguém".

Comunicação circular: Comunicação recíproca entre pessoas

Os elementos da família não estão satisfeitos com a comunicação.

Principalmente entre D e a mãe é “agressiva nos dois sentidos”

Com o pai (paciente identificado) é mais clara e agradável bem como com o marido.

Solução de problemas: Capacidade da família para dar solução eficaz aos próprios problemas.

Esta família tem conseguido dar resposta aos problemas que têm surgido como o agravamento do estado de saúde de F. No entanto podemos observar pela escala de avaliação do stress do cuidador esta situação está a perturbar a dinâmica da família.

A família fala sobre os seus problemas, mas é principalmente D quem tem a iniciativa para os resolver.

Quanto à adaptabilidade os elementos da família capazes de responder consideram que é flexível e estruturada.

Papeis: Comportamento constante numa situação específica

Quanto ao papel de provedor todos contribuem para as finanças da família. O papel de gestão financeira e cuidado doméstico são acumulados por D. Quanto ao papel recreativo e ao Papel de parente não parece existir alguém específico.

A acumulação de papeis por D que ainda tem o papel de prestador de cuidados leva à exaustão.

Quanto à aplicação Stress do prestador de cuidados (de Zarit) o resultado foi 67 que corresponde a Stress em grau elevado.

Influência de poder: Refere-se aos métodos de afetar os comportamentos de um indivíduo.

D considera que a mãe a influencia no seu comportamento com as suas queixas. F sendo acamado e agora C que se torna apelativa vão influenciando D.

Crenças: atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e família

Os elementos guiam-se pelos valores da família tradicional.

As suas crenças em saúde e intervenção dos profissionais é uma crença na medicina moderna. No entanto pode levar a um aumento da procura de cuidados.

Alianças e uniões: concentra-se na orientação, no equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família. Enquanto F se alia muitas vezes a C D apoia-se em J seu marido.

Aplicação da de FACES II

Quanto à coesão obtive os seguintes resultados:

	J	D
3	2	2
9	1	1
15	5	4
19	2	2
25	5	5
29	1	1
Total	16	15
36-T	20	21
1	4	4
17	2	2
7	4	4
23	1	2
5	3	3
11	2	2
27	5	5
13	5	5
21	5	5
30	1	2
Total	52	55
	3=S	4=S

	J	D
Laços emocionais		
1	+4	+4
17	-4=2	-4=2
Limites familiares		
3	-4=2	-4=2
19	-4=2	-4=2
Coligações		
9	-5=1	-5=1
29	-5=1	-5=1
Tempo		
7	+4	+4
23	+1	+2
Espaço		
5	+3	+3
25	-1=5	-1=5
Amigos		
11	+2	+2
27	+5	+5
Decisões		
13	+5	+5
21	+5	+5
Interesses e Lazer		
15	-1=5	-2=4
30	+1	+2

Os dois elementos consideraram a família separada. Apesar de alguns aspetos divergirem na maioria concordaram.

Quanto à adaptabilidade os resultados foram os seguintes:

	J	D
Imposição		
2	+5	+5
14	+5	+4
28	-1=5	-4=2
Liderança		
4	+4	+5
16	+5	+3
Disciplina		
6	+5	+5
18	+4	+4
Negociação		
8	+5	+4
20	+3	+4
26	+2	+2
Papéis		
10	+1	+2
22	+2	+4
Regras		
12	+1	+2
24	-2=4	-3=3

	J	D
24	4	3
28	5	2
total	9	5
12-T	3	7
2	5	5
14	5	4
4	4	5
16	5	3
6	5	5
18	4	4
8	5	4
20	3	4
26	2	2
10	1	2
22	2	4
12	1	2
Total	45	51
	4	6

Os elementos da família não concordaram ficando pelo flexível e o rígido, no entanto as duas formas são as mais saudáveis.

Tipo de Família

J	D
$(3+4) / 2 = 3.5$	$(4+6) / 2 = 5$
Meio termo	Equilibrada

APGAR Familiar de Smilkstein a família considerou altamente funcional.

	J	D
1	1	1
2	2	2
3	2	2
4	2	1
5	2	2
Total	9	8

2- INTERVENÇÃO FAMILIAR – MODELO DE CALGARY DA FAMÍLIA F

Modelo de intervenção: Interceção de domínios de funcionamento familiar e intervenções

As perguntas de intervenção podem ser lineares e Circulares que diferem na intencionalidade.

Lineares – destinam-se a informar a enfermeira; exploram a perceção ou descrição de um problema por um membro da família.

Circulares – Destinam-se a efetuar a mudança; têm como objetivo buscar a explicação dos problemas

Para melhor me orientar segui os passos expostos no modelo

Intervenções para mudar o domínio Cognitivo do funcionamento familiar

- Elogiar as forças da família e dos seus membros

Realçar a força que a família teve quando foi necessário acolher F e o esforço de todos os elementos para a adaptação a esta nova realidade.

Elogiar a disponibilidade de acolher agora C na sua alta hospitalar.

- Oferecer informações e opiniões

Informar sobre a importância do levantar e a promoção do autocuidado na medida do possível assim como a promoção de momentos de lazer para todos.

Intervenções para mudar o domínio Afetivo do funcionamento familiar

- Validar ou normalizar as respostas emocionais

Salientar que da parte de D é normal sentir-se cansada e com dificuldade de ajuste a estas mudanças e da parte de F e C, é normal a revolta e a dificuldade em se consciencializar das suas dependências.

- Incentivar as narrativas de doença

Efetuar perguntas lineares e circulares para ter conhecimento de como a família e os seus elementos lidam com a sua diabetes e como F e C estão a enfrentar a sua dependência.

- Estimular o Suporte familiar

Valorizar todo o esforço de cooperação entre os dois elementos do casal (J e D).

Intervenções para mudar o domínio Comportamental do funcionamento familiar

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores e a oferecer suporte

Os elementos da família são cuidadores é, no entanto, necessário melhorar em alguns aspetos como a importância do levante e o estímulo do autocuidado e recreativo.

- Incentivar o descanso

Falarei sobre a importância do descanso do cuidador e informando sobre alternativas como a ida dos elementos para o Centro de Dia ou a integração de F na rede de cuidados continuados para descanso do cuidador.

Realçar a importância de reservar algum tempo para si e para o casal.

- Planear rituais

Perguntar sobre costumes da família e planear almoço com os filhos e netos quando for possível dada a limitação e condicionamento da pandemia COVID.

3. PLANO DE CUIDADOS SISTÊMICO E COLABORATIVO DA FAMÍLIA F

Foram programadas neste estágio duas visitas domiciliares no primeiro estágio e duas no segundo.

A primeira com o intuito de me apresentar à família e avaliar a escala de Graffar e a habitação. Feitos os respetivos ensinamentos conforme plano de forma a aumentar o conhecimento da família para esta poder responder melhor às suas necessidades.

“Cuidados centrados na pessoa, o movimento de empowerment, a promoção da saúde e autocuidado e a parceria colaborativa têm sido propostos para corrigir as deficiências do sistema de saúde atual. O fundamento subjacente a estes quatro movimentos é o foco nas forças da pessoa e família”. (Gottlieb, 2016)

Ao ajudar a pessoa a desenvolver as suas forças únicas, os enfermeiros podem converter potenciais em forças, converter um défice ou fraqueza em força, e minimizar ou conter uma fraqueza para permitir que a força sobressaia através de recurso a uma vasta gama de técnicas. (Gottlieb, 2016)

A segunda visita teve como objetivo proporcionar um ambiente de confiança para uma avaliação mais sistémica e poder elaborar um plano colaboracionista. Foram avaliadas as escalas: escala de dependência de Barthel; de risco de queda de Morse e a escala de Braden. Foram ainda colhidos mais dados para a elaboração do Ecomapa e Genograma e entregues as escalas: FACES II, de Apgar Familiar de Smilkstein e a escala de Stress do cuidador de Zarit.

A terceira e a quarta tiveram um papel mais de entrevista de intervenção

3.1 LEVANTAMENTO DE POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES COM LINGUAGEM CIPE

No domínio do papel de prestador de cuidados

Conhecimento do prestador de cuidados em promover o autocuidado

Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados não adequado

Intervenção: Ensinar o Prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

Diagnóstico: Saturação de papel (escala de stress do cuidador):

Intervenções:

Promover a comunicação expressiva de emoções

Promover estratégias de coping para o papel

Requerer serviços de saúde (se a família assim o desejar) (descanso do cuidador)

No domínio da adaptação

Diagnostico: Adaptação comprometida.

Intervenções:

Assistir a identificar estratégias de coping eficazes

Assistir a pessoa a analisar as estratégias de coping

Incentivar interação social.

O plano das seções encontra-se em anexo.

Seguindo o Programa de diabetes podemos ainda avaliar os hábitos de exercício e avaliar os objetivos individuais em termos de Hemoglobina glicada e peso.

Em visita posterior terá de ser avaliado o risco de úlcera do pé diabético.

No domínio individual e familiar podemos levantar, entre outros, os seguintes diagnósticos:

Diagnostico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre diabetes

Intervenções:

Ensinar sobre diabetes

Ensinar sobre complicações da doença

Ensinar sobre dieta

Ensinar sobre exercício

Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia

Ensinar sobre regime medicamentoso.

Diagnostico: Gestão do regime terapêutico comprometida

Intervenções:

Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico

Ensinar sobre autovigilância

Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz

Ensinar sobre complicações

Ensinar sobre gestão do regime terapêutico

Ensinar sobre padrão alimentar

Ensinar sobre padrão de exercício

Ensinar sobre regime medicamentoso.

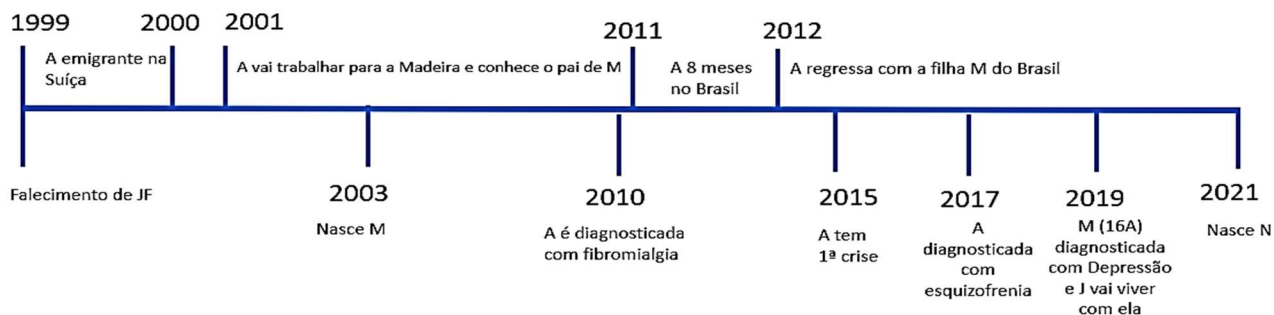
4. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA M – MODELO DE CALGARY

Breve apresentação da família

Esta família é composta por quatro elementos femininos de quatro gerações e um elemento do sexo masculino.

Uma gravidez não planeada ou desejada de um elemento na altura com 17 anos, mas que depois foi aceite por todos. Este elemento encontrava-se a estudar num curso profissional com bolsa de mérito, mas pretende abandonar a escola.

Todos os elementos têm um IMC elevado exceto o bebé.



Todos os elementos têm um IMC elevado exceto o bebé.

Elemento	Idade	IMC
F	62	31.5
A	40	45
M	18	40,4
J	20	33,5

Iniciei a avaliação familiar com a aplicação do referido modelo que levou ao levantamento de focos de atenção com possíveis diagnósticos e respetivas intervenções. No entanto é de salientar que é necessário algum tempo para se estabelecer uma relação de confiança para uma intervenção colaborativa. O processo está a ser desenvolvido com retorno a todas a etapas desde a avaliação até à programação de intervenções e avaliação de resultados.

4.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

4.1.1 Estrutural Interna

Da estrutura interna faz parte a composição familiar, o género, a orientação sexual, a ordem de nascimento os subsistemas e os limites.

Composição familiar

Nome	Papel	sexo	idade	Profissão
F	Mãe de A e avó de M	Feminino	62 Anos	Sem emprego certo
A	Filha de F mãe de M	Feminino	40 Anos	Reformada
M	Mãe de N	Feminino	18 Anos	Estudante Desempregada
J	Companheiro de M e pai de N	Masculino	20 Anos	Empregado fabril
N	Filha de M e J	Feminino	3 meses	Não aplicável

A família B é constituída por quatro gerações. N de 3 meses, J pai de N com 20 anos e M mãe de N com 18 anos. Temos ainda a mãe (A 40anos) e a avó (F de 62 anos) de M.

The screenshot shows a software interface with a menu bar containing: Habitação, Graffar, C.Duvall, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez, and Risco Familiar Segovia Dreyer. Below the menu bar, there is a list of radio button options for 'Tipo de Família':

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstruída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Os **subsistemas** existentes são:

Subsistema individual composto por cada elemento da família.

Um subsistema conjugal constituído por J e M

Três subsistemas parentais constituídos por: J e M, outro constituído por A, outro constituído por F.

Três subsistemas filiais: N, M e A.

Limites

Os limites ou fronteiras do sistema familiar constituem-se como o lugar onde se dão as trocas entre o sistema e o ambiente, e entre os subsistemas familiares entre si. (Figueiredo, 2013)

Com a interpretação da escala FACES II podemos concluir que:

Os limites são tendencialmente difusos Intra sistema e rígidos com o exterior

4.1.2 Estrutura Externa

A família extensa é composta essencialmente pelo pai de M que se encontra no Brasil e Os pais de J que se encontram no norte do país pelo que o contacto é feito mais pelo telefone.

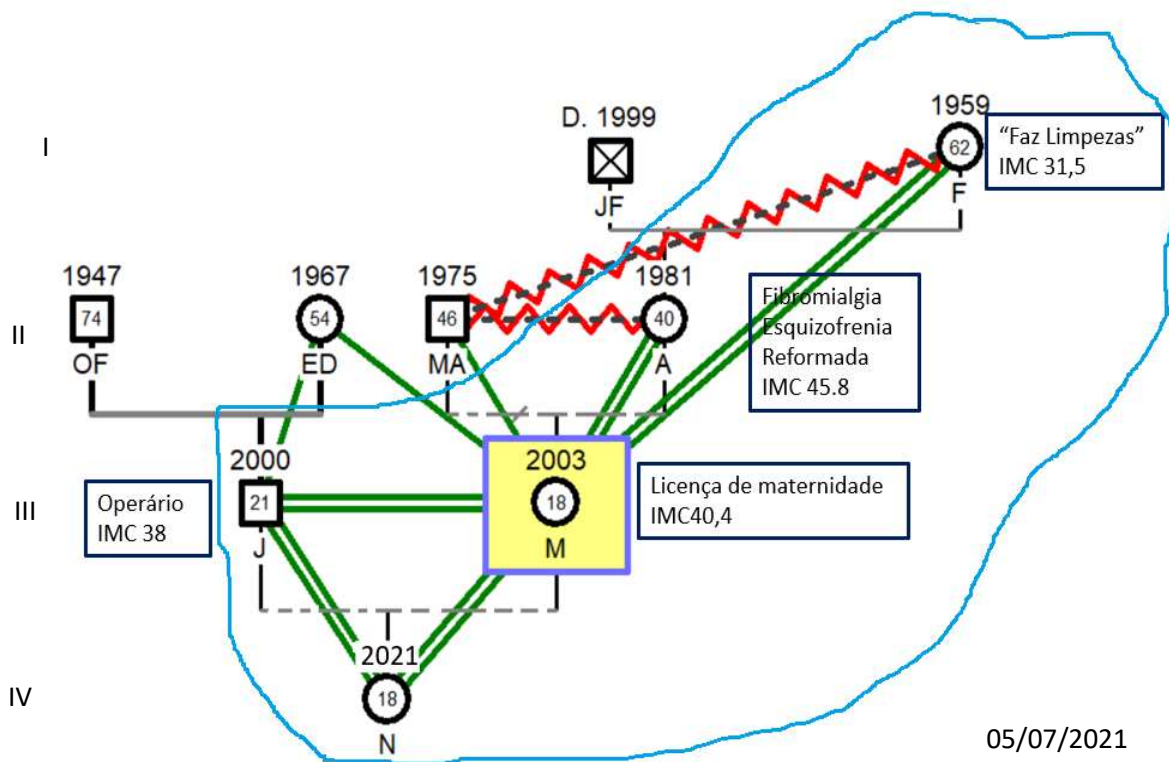


Figura Genograma

b) Sistemas mais amplos temos os Amigos a Segurança Social, a USF e o Café

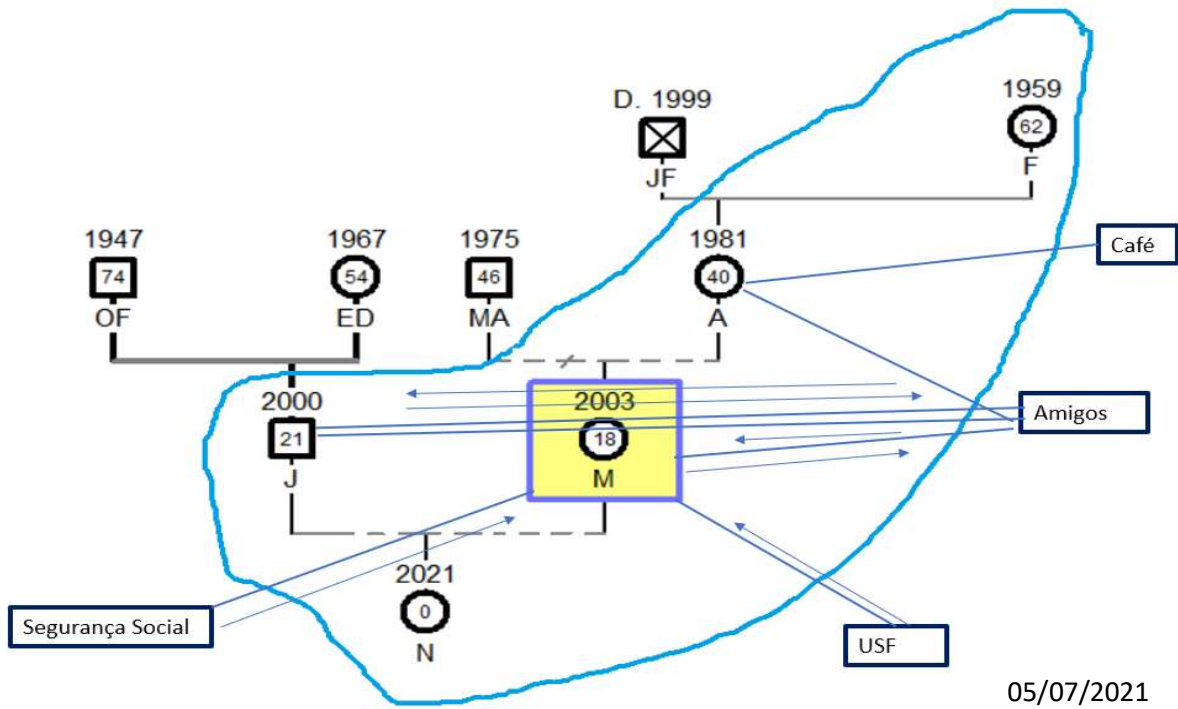


Figura 2 Ecomapa

4.1.3 Contexto

A família é composta por elementos caucasianos.

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais. ●	Zona antiga
Pequenos agricultores. ● Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade. ●	Remunerações incertas. ●	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social ●
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social

Segundo a escala de Graffar (4+4+4+3+4=19)

A **classe social** é IV Classe Média Baixa

Ambiente

A família reside numa zona rural, Numa habitação com barreiras arquitetónicas (1º andar com escadas estreitas) e acomodações pouco espaçosas. Família sem transporte próprio pelo que fica condicionado nas deslocações.

4.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

4.2.1 Estádios

Habitação Graffar C. Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Esta família encontra-se no estágio II - Família com filhos pequenos (do nascimento do primeiro filho até a idade pré-escolar, 3 anos).

Eu considereei como a minha família central a que continha o elemento identificado.

4.2.2 Tarefas

As tarefas deste estágio são de ajustamento às exigências de uma criança dependente.

É uma família muito jovem ainda se denota algumas tarefas do estágio anterior como definição de limites e construção do eu a dois.

4.2.3 Vínculos

Como podemos observar no Genograma os elementos desta família estão muito ligados e com vínculos muito apertados especialmente com N que é o novo elemento e que requer muita atenção.

4.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

4.3.1 Funcionamento Instrumental

Diz respeito às atividades de vida diárias tais como alimentar-se, dormir ou preparar refeições.

Todos os elementos são independentes nas atividades de vida diária exceto a bebé. Apesar disto quem prepara as refeições e trata da roupa é F o elemento mais velho. M apenas cuida da sua filha e guarda a sua roupa depois de tratada pela avó. O elemento A, trata de si, mas quase nunca colabora no cuidado com a casa.

4.3.2 Funcionamento Expressivo

Comunicação emocional

Todos expressão os seus sentimentos de afeto abertamente mesmo na minha presença, mas respondem que

Comunicação verbal/ não-verbal

Quanto à pergunta “Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos” da escala FACES II observamos algumas respostas muitas vezes. Pelo que considero um potencial problema.

Comunicação circular

Apesar das respostas da escala FACES a família verbaliza satisfação na comunicação

Solução de problemas

A negociação tem pontuações baixas pelo que poderá existir alguma disfuncionalidade uma vez que são todos adultos. No entanto têm conseguido ultrapassar algumas dificuldades com pequenos ajustes.

Papeis

No papel de provedor temos J, A e F;

No papel de gestão financeira temos principalmente F que é a proprietária da habitação e faz a gestão das contas de luz, água e alimentação. J e A contribuem com a alimentação de N.

O papel de cuidado doméstico fica todo a cargo de F e M colabora ocasionalmente, “se ela tomar conta de N já ajuda”.

Papel recreativo

Pela escala de FACES podemos observar que na dimensão amigos também obtivemos pontuação baixa. Na entrevista foi referido que A “por vezes ia ao café, mas agora não sai de casa desde o início da pandemia”, M diz “perdi o contato com os colegas e como tal também sai muito pouco, apenas para o necessário”

Influência de poder

Da observação não aparenta existir uma liderança apesar de todos observarem as decisões de F

Crenças

Existe uma boa relação com os elementos da equipa de saúde, consideram importante a vacinação de N e as suas consultas de vigilância. Apesar disso F já não vai ao medico há alguns anos, mas A “toma toda a medicação direitinho com a ajuda da mãe e nunca falta às consultas)

Alianças e uniões

Não observei alianças de alguns membros em particular.

Faces II

Resultados

Coesão

	J	A	M	F
3	3	5	3	5
9	3	1	2	3
15	3	1	4	4
19	3	4	3	5
25	5	3	3	4
29	3	2	3	3
Total	20	16	18	24
36-T	16	20	18	12
1	4	5	3	2
17	3	5	3	5
7	3	3	3	1
23	4	1	4	1
5	3	4	3	4
11	2	1	1	1
27	3	3	3	4
13	3	4	3	3
21	2	5	3	3
30	3	4	2	4
Total	46	55	46	40
	2	4	2=d	2=d

2=

Desmembrada 4=Separada

	J	A	M	F
Laços emocionais				
1	+4	+5	+3	+2
17	+3	+5	+3	+5
Limites familiares				
3	-3=3	-1=5	-3=3	-1=5
19	-3=3	-2=4	-3=3	-1=5
Coligações				
9	-3=3	-5=1	-4=2	-3=3
29	-3=3	-4=2	-3=3	-3=3
Tempo				
7	+3	+3	+3	+1
23	+4	+1	+4	+3
Espaço				
5	+3	+4	+3	+4
25	-1=5	-3=3	-3=3	-2=4
Amigos				
11	+2	+1	+1	+1
27	+3	+3	+3	+4
Decisões				
13	+3	+4	+3	+3
21	+2	+5	+3	+3
Interesses e Lazer				
15	-3=3	-5=1	-2=4	-2=4
30	+3	+4	+2	+4

Adaptabilidade

	J	A	M	F
24	4	3	2	4
28	3	2	2	3
total	7	5	4	7
12-T	5	7	8	5
2	3	5	2	3
14	2	4	2	3
4	3	2	2	3
16	3	4	1	2
6	1	5	1	3
18	3	4	3	3
8	2	3	3	1
20	2	4	2	4
26	2	5	2	4
10	3	1	2	2
22	3	5	4	4
12	3	1	3	3
Total	35	50	35	40
	2	6	2	3
	Rígida	Flexível	Rígida	Estruturada

	J	A	M	F
Imposição				
2	+3	+5	+2	+3
14	+2	+4	+2	+3
28	-3=3	-4=2	-4=2	-3=3
Liderança				
4	+3	+2	+2	+3
16	+3	+4	+1	+2
Disciplina				
6	+1	+5	+1	+3
18	+3	+4	+3	+3
Negociação				
8	+2	+3	+3	+1
20	+2	+4	+2	+4
26	+2	+5	+2	+4
Papéis				
10	+3	+1	+2	+2
22	+3	+5	+4	+4
Regras				
12	+3	+1	+3	+3
24	-2=4	-3=3	-4=2	-2=4

Podemos observar que todos os elementos do casal consideram a família rígida. Quanto à coesão observamos diferentes opiniões desde o Separada e desmembrada. Isto pode estar relacionado com o facto de ser uma família alargada e estarem a referir-se a uma parte diferente da mesma.

Tipo de família

J	A	M	F
(2+2) /2=2	(6+4) /2=5	(2+2) /2=2	(2+3) /2=2.5
Extrema	Moderadamente equilibrada	Extrema	Extrema /Intermédia

Quanto ao APGAR Familiar de Smilkstein podemos verificar que se divide em dois grupos: o casal mais novo que considera uma família com moderada disfunção e os restantes elementos que aponta para uma família altamente funcional.

	J	A	M	F
1	1	1	1	1
2	1	2	1	2
3	1	2	1	2
4	1	0	0	1
5	1	2	1	2
Total	5	7	4	8

5 = Família com moderada disfunção

7 = Família altamente funcional

4 = Família com moderada disfunção

8 = Família altamente funcional

5. INTERVENÇÃO FAMILIAR – MODELO DE CALGARY DA FAMÍLIA M

Modelo de intervenção: Interceção de domínios de funcionamento familiar e intervenções

Intervenções para mudar o domínio Cognitivo do funcionamento familiar

- Elogiar as forças da família e dos seus membros
- Oferecer informações e opiniões

Intervenções para mudar o domínio Afetivo do funcionamento familiar

- Validar ou normalizar as respostas emocionais
- Incentivar as narrativas de doença
- Estimular o Suporte familiar

Intervenções para mudar o domínio Comportamental do funcionamento familiar

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores e a oferecer suporte
- Incentivar o descanso
- Planear rituais

6. PLANO DE CUIDADOS SISTÉMICO E COLABORATIVO DA FAMÍLIA M

6.1 LEVANTAMENTO DE POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES COM LINGUAGEM CIPE

Para a realização deste plano de cuidados, por escolha minha e porque considerei mais prático, fiz alguns diagnósticos a partir da avaliação de alguns aspetos pelo modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar de Henriqueta figueiredo.

Em consulta de planeamento familiar foi observado que M apresentava uma vaginite o que lhe causava dores. Ao perguntar se a utente não tinha dores nas relações (dispareunia) a utente respondeu “sim por isso fazemos menos vezes”. À pergunta já falaram sobre isso e porque não tinha falado com a equipa de enfermagem, encolheu os ombros. M e J vivem num quarto em casa da mãe e avó sem grande privacidade.

Diagnostico: Satisfação conjugal não mantida

Intervenções:

- Promover a comunicação expressiva de emoções
- Promover a comunicação do casal
- Planear rituais familiares
- Ensinar sobre sexualidade
- Orientar para serviços (Psicologia – URAP)

Diagnostico: Comunicação familiar não eficaz

Intervenções:

- Promover a comunicação expressiva de emoções
- Promover o envolvimento da família
- Otimizar a comunicação na família
- Otimizar padrões de assertividade.

A gravidez não foi planeada e deveu-se a esquecimento da pilula pelo que será necessário discutir qual o método mais apropriado.

Diagnostico: Planeamento familiar não eficaz

Intervenções:

Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos

Ensinar o casal sobre o uso de contraceptivos

Este casal tem o seu primeiro filho e não teve contato prévio com crianças pelo que será necessário grande apoio e empowerment para que a família tome as melhores decisões.

Diagnostico: Conhecimento sobre o papel parental não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre padrão alimentar adequado à criança
- Ensinar os pais sobre padrões de sono/repouso adequado à criança
- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes
- Ensinar os pais sobre socialização
- Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes

7. INTERVENÇÃO FAMILIAR SISTEMICA FAMÍLIA F

Família (Elementos presentes): J, D, F e C (sempre que possível)

Dinamizado por: Enfermeira Mafalda Girão e M. Odete Martins

Recursos: Cadeiras dispostas em círculo no domicílio por ser mais fácil a presença dos elementos mais velhos com limitações.

Tempo previsto: máximo 1h, frequência quinzenal/mensal

Objetivos Colaborativos da Intervenção

Construir uma visão colaborativa com a família sobre a comunicação e adaptação para estabelecimento de estratégias e metas.

Promover uma comunicação funcional no sistema intrafamiliar, facilitando construção de narrativas familiares mais compreensivas e promovendo a criação espaços de comunicação expressiva

Pré-sessão

A adaptação à doença crónica (diabetes Mellitus tipo II) parece comprometida por parte de J e D. A adaptação à doença e dependência por parte de F e C também parece estar comprometida. Existe alguma saturação de papel de prestador de cuidados.

Estratégias a utilizar: interrogatório circular e conotação positiva

1ª sessão

Objetivos

Avaliar satisfação dos membros relativamente à expressão de sentimentos

Enumerar os problemas percebidos, de uma forma priorizada de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos

Promover a consciencialização sobre importância da comunicação de emoções

Promover o envolvimento da família;

Elogiar todo o esforço feito por parte de todos os elementos para a integração.

Definir objetivos comuns para as sessões seguintes de forma colaborativa com a família;

Estabelecer um contrato terapêutico (número de sessões, objetivos...)

8. INTERVENÇÃO FAMILIAR SISTEMICA FAMÍLIA M

Família (Elementos presentes): J, D, F e C (sempre que possível)

Dinamizado por: Enfermeira Mafalda Girão e M. Odete Martins

Recursos: Cadeiras dispostas em círculo no polo de Cós em horário a combinar com J

Tempo previsto: máximo 1h, frequência quinzenal/mensal

Objetivos Colaborativos da Intervenção

Construir uma visão colaborativa com a família sobre a comunicação e adaptação para estabelecimento de estratégias e metas.

Promover uma comunicação funcional no sistema intrafamiliar, facilitando construção de narrativas familiares mais compreensivas e promovendo a criação espaços de comunicação expressiva

Pré-sessão

Satisfação conjugal não mantida, Comunicação familiar não eficaz

Estratégias a utilizar: interrogatório circular e conotação positiva

1ª sessão

Objetivos

Avaliar satisfação dos membros relativamente à expressão de sentimentos

Enumerar os problemas percebidos, de uma forma priorizada de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos.

Promover a consciencialização sobre importância da comunicação de emoções

Promover o envolvimento da família;

Elogiar a forma como têm resolvido os problemas e o envolvimento na parentalidade.

Definir objetivos comuns para as sessões seguintes de forma colaborativa com a família;

Estabelecer um contrato terapêutico (número de sessões, objetivos...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração destes dois planos observei a importância da observação e da elaboração de escalas por parte da família para uma visão mais correta do que a família é e de como se “vê”. Podemos observar algumas das suas forças, mas também alguns fatores de stress.

Foi necessária a aplicação de modelos e teorias de enfermagem que confluíram para um plano mais colaborativo.

A abordagem foi bastante gratificante, mas requer bastante tempo para a sua correta elaboração.

Fiquei com uma visão mais clara do ser Enfermeira de Família.

APÊNDICE II

Plano De Sessão Da Apresentação Avaliação E Intervenção - Modelo Calgary

PLANO DE SESSÃO

LOCAL: USF Terras de Cister

GRUPO-ALVO: Enfermeiros da USF Terras de Cister

DURAÇÃO: 30 min

ESTUDANTES: Inês Novo, Maria Odete Martins

OBJECTIVO GERAL: Ensinar sobre a avaliação da família segundo o Modelo de Calgary

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Esclarecer dúvidas e conceitos
- Promover uso da avaliação familiar segundo Modelo de Calgary
- Ensinar sobre instrumentos que facilitem a avaliação familiar
- Ensinar sobre modelo de intervenção familiar

ATIVIDADE: “Avaliação Familiar – Modelo de Calgary”

ETAPAS	DURAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	DINÂMICA
INTRODUÇÃO	2 min	Breve introdução ao tema da apresentação.	Expositivo
DESENVOLVIMENTO	20 min	Apresentar a avaliação familiar de Calgary, nas suas categorias, estrutural, de desenvolvimento e estrutural. Elucidar sobre instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente escala de Graffar, etapa do ciclo vital segundo Duvall, Genograma, Ecomapa, Escala FACES II, APGAR familiar de Smilkstein Abordar a intervenção familiar segundo Modelo de Calgary	Expositivo
CONCLUSÃO	8 min	Esclarecer dúvidas que possam surgir Avaliar oralmente a atividade.	Interrogativo

APÊNDICE III

Apresentação Avaliação e Intervenção - Modelo Calgary

MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY



Enfª Orientadora : Mafalda Girão

Inês Novo

Odete Martins

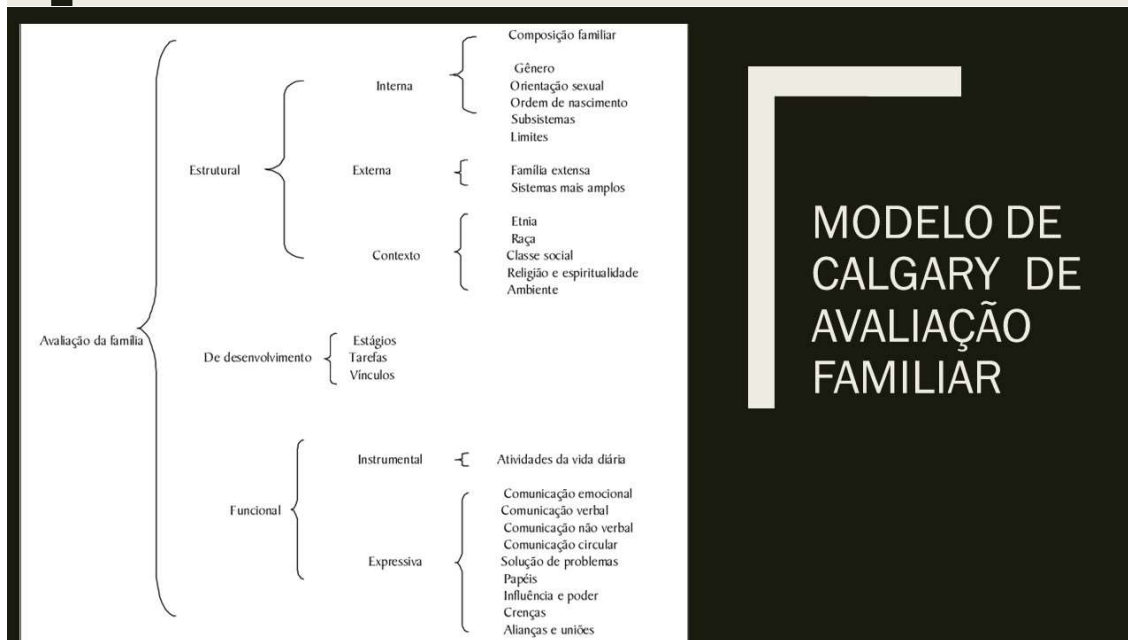
Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

O MCAF é uma estrutura multidimensional, baseada nos seguintes fundamentos teóricos:

- Teoria dos sistemas
- Cibernética
- Teoria da Comunicação
- Biologia da cognição

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

- Um modelo para avaliar uma família ou como uma estrutura organizada para o trabalho clínico com uma família específica para a ajudar a abordar uma questão de saúde.
- O uso do modelo envolve fazer perguntas à família sobre a mesma com o propósito de ganhar um rápido flash sobre a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento num determinado momento específico no tempo.



MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

ESTRUTURAL INTERNA

- Composição familiar
- Género
- Orientação sexual
- Ordem de nascimento
- Subsistemas
- Limites

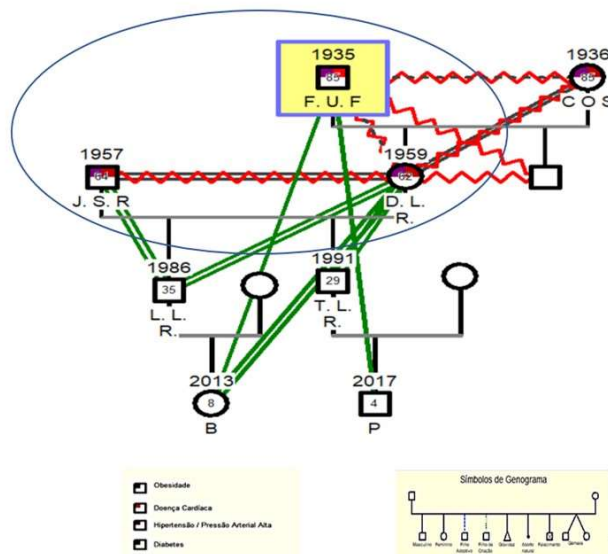
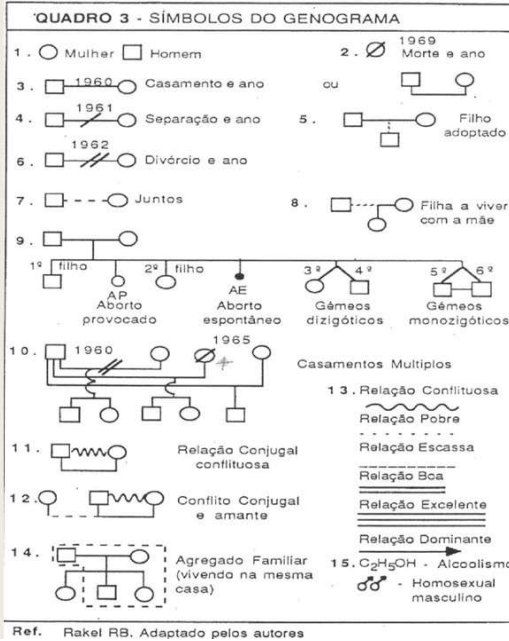
TIPO DE FAMÍLIA

The screenshot shows a software interface with a navigation bar at the top containing tabs: 'Habitação', 'Graffar', 'C.Duvall', 'Tipo de Família', 'Risco Familiar Garcia-Gonzalez', and 'Risco Familiar Segovia Dreyer'. The 'Tipo de Família' tab is selected. Below the tabs, there is a list of radio button options for family types:

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstruída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Genograma





Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

ESTRUTURAL - CONTEXTO

- Família alargada
- Sistemas alargados

ECOMAPA

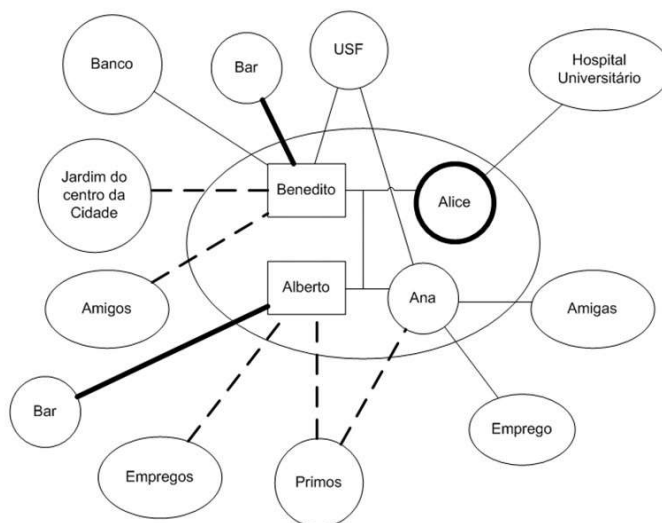
Representação visual da unidade familiar em relação aos seus recursos, mostra as relações da família entre si e entre esta e o mundo que a rodeia, demonstra os fluxos e ou a falta de recursos e as privações;

Para representar o ecomapa coloca-se o genograma do agregado familiar no centro de um círculo. Os círculos à volta representam os recursos da família e as diferentes estruturas da comunidade;

As linhas que ligam a família às diferentes estruturas representam as ligações (fortes, fracas ou conflituosas) com a família;

O ecomapa não só retrata o presente mas serve também para estabelecer objetivos para o futuro, por ex. para aumentar as ligações e trocas com indivíduos e estruturas na comunidade.

ECOMAPA



Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

ESTRUTURAL EXTERNA

- Sistemas mais amplos (instituições e pessoas significativas) – ECOMAPA
- Etnia
- Raça
- Classe social
- Religião e espiritualidade
- Ambiente

Habituação	Grafiar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
Data de registo	Tipo de alojamento	Regime de ocupação	Estado conservação	Casa de banho	Higiene	Água	Distribuição
	Alojamento móvel	Arrendada	Bom	Desconhecida	Boa	Desconhecido	Desconhecido
	Apartamento	Cedida	Desconhecido	Fora do alojamento	Desconhecida	Não	Fontenário a - de 100m de casa
	Barrac/casebre	Desconhecido	Mau	Inexistente	Má	Sim	Fontenário a + de 100m de casa
	Desconhecido	Outro	Razoável	No alojamento	Razoável		Fora do alojamento
	Hotel/pensão	Própria					
	Instituição		Conforto	Aquecimento	Electricidade	Origem	No alojamento
	Moradia	Topologia	Bom	Central	Desconhecido	Desconhecida	
	Outro	Desconhecido	Desconhecido	Desconhecido	Não	Particular	
	Quarto/part. de casa	Não aplicável	Mau	Local	Sim	Rede pública	
	Sem alojamento	T0	Razoável	Nenhum			
		T1					
	Salubridade da zona residencial	T2	Mobiliário e equipamento básico	Barreiras arquitectónicas		No interior	
	Desconhecida	T3 ou mais	Desconhecida	Desconhecido		No exterior	
	Insalubre		Insuficiente	Não			
	Salubre		Suficiente	Sim			

Habituação	Grafiar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Inprópria	Bairro de lata	

Classe Social

No que concerne à Classe Social, utiliza-se a classificação social segundo Graffar

Aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obteremos a seguinte classificação:

- Classe I Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9
- Classe II Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13
- Classe III Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17
- Classe IV Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21
- Classe V Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO : ETAPAS

Habitação	Graffar	C.Duwall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
-----------	---------	----------	-----------------	--------------------------------	-------------------------------

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO : Tarefas

Em cada estágio são expectáveis novas tarefas.

Ex.: Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)

Tarefas:

- o Estabelecimento da Identidade do Casal,
- o Realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir o cônjuge,
- o Decisões sobre a maternidade.

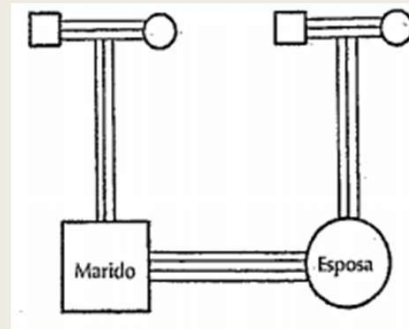
Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO :Vínculos

Igualmente em relação a cada Estádio temos novo alinhamento de vínculos

Ex.: Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)

Como podemos observar foi possível manter vínculos com a família de origem ao mesmo tempo que desenvolver os seus de casal.



AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

Avaliação Funcional: Instrumental

Atividades de vida diária dos elementos:

Alimentar-se
Dormir
Vestir-se
Preparar refeições .
Etc.

Estas atividades são geralmente mais numerosas quando um elemento da família está doente ou dependente.

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - EXPRESSIVIDADE

Comunicação emocional

- Refere-se ao tipo de emoções e/ou sensações expressas (ex. felicidade, tristeza ou raiva)

Comunicação verbal

- O enfoque está no significado das palavras.

Comunicação não verbal

- Inclui postura, contato ocular, toque, gestos e movimentos faciais.

Comunicação circular

- Comunicação recíproca entre pessoas. (Existe um padrão para as principais questões de relacionamento.)

Resolução de problemas

- Capacidade da família para dar solução eficaz aos próprios problemas.

Papeis

- Comportamento constante numa situação específica. (Ex. papel de mãe, papel de pai, papel de "santo" ou "ovelha negra")

Influências e Poder

- Refere-se aos métodos de afetar os comportamentos de um indivíduo (ex. dinheiro, férias, doces, elogios ou crítica)

Crenças

- Atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e família.

Alianças e Coligações

- centra-se na orientação, no equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família.

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

- Na avaliação funcional temos várias escalas que auxiliam a avaliação expressiva da família.
 - *APGAR familiar de Smilkstein – capacidade funcional da família*
 - *FACES II – adaptabilidade e Coesão*

Instrumentos de avaliação familiar

Apgar Familiar De Smilkstein

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

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

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

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR FACES II	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					

	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Interpretação dos Resultados – FACES II

Escala com 5 alternativas de resposta entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre). Os itens 3, 9, 15, 17, 19, 24, 25, 28 e 29 são cotados inversamente.

Os resultados da categoria Coesão familiar variam entre **15 e 80**.
Os resultados da categoria de Adaptabilidade variam entre **15 e 70**.

Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade (entre 1 e 8) e dividindo por dois (C+A/2), obtém-se o resultado final da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.



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

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

Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

Modelo de Intervenção Familiar: Interceção de domínios de funcionamento familiar e intervenções

Perguntas de intervenção: Lineares vs circulares.
A diferença está na intenção...

Lineares – destinam-se a informar a enfermeira; exploram a perceção ou descrição de um problema por um membro da família.

Circulares – Destinam-se a efetuar a mudança; Têm como objetivo buscar a explicação dos problemas.

Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

DOMÍNIOS DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR



Cognitivo



Afetivo



Comportamental

Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

Intervenções para mudar o domínio **COGNITIVO** do funcionamento familiar

- Elogiar as forças da família e dos seus membros
- Oferecer informações e opiniões

Intervenções para mudar o domínio **AFETIVO** do funcionamento familiar

- Validar ou normalizar as respostas emocionais
- Incentivar as narrativas de doença
- Estimular o Suporte familiar

Intervenções para mudar o domínio **COMPORTAMENTAL** do funcionamento familiar

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores e a oferecer suporte
- Incentivar o descanso
- Planear rituais

Referências Bibliográficas

- Hanson, S. M., & Ligeiro, I. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Lusociência, Loures.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias-um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.

APÊNDICE IV

Apresentação – Precauções com a COVID 19

PRECAUÇÕES COM A COVID-19

Inês Novo nº 5200328

M. Odete Martins nº 5200329

UC: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP
Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar
USF Terras de Cister



Índice

- Medidas de etiqueta respiratória
- Higiene das mãos
- Cuidados à chegada
- Vestuário e calçado
- Uso de EPI's
- Espaços e normas de prevenção de risco de contaminação
- Refeições
- Utilização da casa de banho
- Atividades
- Cuidados nos domicílios

Medidas de Etiqueta Respiratória

Evitar tossir ou espirrar para as mãos

Tossir ou espirrar para o braço/antebraço com cotovelo fletido ou para um lenço de papel descartável

Usar lenços de papel descartáveis para assoar, depositar de imediato no lixo e lavar as mãos com água e sabão

Se usar as mãos inadvertidamente para cobrir a boca ou o nariz, lavá-las ou desinfetá-las de imediato

Não cuspir, nem expetorar para o chão. Se houver necessidade de remover secreções, usar um lenço descartável, diretamente da boca para o lenço, com colocação imediata no lixo e desinfetar as mãos logo de seguida

ETIQUETA RESPIRATÓRIA
Evite a disseminação de microrganismos!

ESTÁ A TOSSIR OU A ESPIRRAR?

CUBRA A BOCA E O NARIZ com um lenço de papel.
Após utilizar deite-o no lixo.

Se não tiver lenço, **COLOQUE O SEU ANTEBRAÇO À FRENTE DA BOCA E NARIZ**.
Nunca tussa ou espirre para as mãos!

Em certas situações poderá ser-lhe pedido para colocar uma máscara para proteger os que o rodeiam. Colabore.

LAVE AS MÃOS FREQUENTEMENTE OU DESINFETE-AS com uma solução à base de álcool (a 70%).

Logos at the bottom: REPÚBLICA PORTUGUESA, SNS SERVIÇOS Nacionais, 120 DGS, ars|lvf, and G2|APPORA.

Higiene das Mãos - Momentos

- Antes de entrar e antes de sair da instituição
- Antes e depois de contactar com os utentes
- Depois de espirrar, tossir ou assoar-se
- Depois de utilizar as instalações sanitárias
- Depois de contactar com urina, fezes, sangue, vômito ou com objetos potencialmente contaminados
- Antes e após o consumo de refeições
- Após tocar em louça ou roupa dos utentes ou profissionais/voluntários
- Ao longo do dia de trabalho, o profissional pode usar em alternativa à lavagem das mãos, uma solução à base de álcool
- Cada profissional deve ter uma embalagem de bolso, individual, de solução à base de álcool para ir utilizando ao longo do dia
- Sensibilizar os utentes para a importância de lavar/desinfetar as mãos

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS

1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se encontra deitado. PORQUÊ? Para proteger o doente de as microorganismos que transportamos nas mãos.
2 ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASEPTICOS	QUANDO? Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico/membro ou equipamento. PORQUÊ? Para proteger o doente de as microorganismos que transportamos nas mãos e dos de sua própria flora.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS	QUANDO? Após qualquer procedimento que não ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usar luvas ou não. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de as microorganismos do doente.
4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do doente. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de as microorganismos do doente.
5 APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	QUANDO? Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outros superfícies horizontalizadas, mesmo sem ter tocado no doente. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de as microorganismos do doente.

Higiene das Mãos

Caso o utente tenha dificuldade, os profissionais devem apoiá-lo na higienização das mãos, usando, se necessário, um desinfetante à base de álcool

Reforçar-se o ato de lavagem/desinfecção frequente das mãos, por parte de todos os profissionais, voluntários e utentes, devidamente apoiados pelos profissionais

Utentes devem desinfetar/lavar mãos, à chegada e saída do estabelecimento, antes e depois das refeições, antes e depois da realização de atividades, ida ao WC, etc...

Deve afixar-se em todas as instalações as regras básicas de desinfeção de mãos, etiqueta respiratória e distanciamento físico



VÍDEO
DEMONSTRATIVO
DE LAVAR AS
MÃOS

Cuidados à chegada



Preferir o transporte individual dos utentes para o Centro de Dia (pelos familiares ou pessoa de referência)



O acompanhante do utente nas deslocações à instituição deve obrigatoriamente usar máscara bem como o próprio utente, consoante avaliação clínica;



O número de pessoas que acompanha o utente nas deslocações à instituição deve ser limitado ao estritamente necessário;



Deve manter-se, sempre que possível, os mesmos profissionais para acompanhar os utentes à entrada e saída da instituição;

Cuidados à chegada



Os profissionais que receberem os utentes devem estar equipados com máscara (e, quando necessário, luvas ou outro equipamento).



É necessário os profissionais/utentes/accompanhante higienizarem as mão com desinfetante



À entrada devem ser sempre desinfetadas as jantes e/ou o joystick das cadeiras de rodas, próteses, bengalas, muletas ou andarilhos;

Vestuário e calçado

Os profissionais e voluntários devem ter vestuário e calçado para uso exclusivo no interior do estabelecimento.

A roupa e calçado que vêm do exterior ficam na "zona suja", devendo nesta zona ser criadas condições para a troca de vestuário;

Os profissionais, voluntários e utentes devem ter sempre uma muda de roupa lavada no estabelecimento.

As pessoas externas (ex. fornecedores) só podem entrar no estabelecimento excecionalmente e de forma segura. Devem entrar pelas portas de serviço, devidamente higienizados, com proteção do calçado e máscara (não se podem cruzar com os utentes).

Uso de EPI's

- Deve garantir-se a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual por parte de todos os profissionais e voluntários (máscara, viseira (opcional) e, quando necessário, luvas), em todos os serviços da resposta social
- A roupa suja deve ir para casa em saco plástico, devidamente fechado;

Espaços e prevenção do risco de contaminação

Deve ser garantido o distanciamento físico de cerca de **2 metros** entre os utentes, sempre que possível;

Se a instituição tiver zonas que não estão a ser usadas, poderá ser viável a expansão do Centro de Dia para esses espaços, desde que cumpram as regras de higiene, segurança e salubridade;

Sempre que possível, promover atividades no exterior

Sempre que o Centro de Dia se encontre em edifícios ligados a outros ou no mesmo edifício em que funcionem outras respostas sociais, por exemplo ERPI, não deverá haver interação entre os utentes e equipas de profissionais afetos a cada uma dessas respostas.

Espaços e normas de prevenção de risco de contaminação

Devem existir circuitos pré-definidos desde a entrada até às salas, sempre que possível com marcação visível e diferenciada de outras respostas sociais quando estas se desenvolvem no mesmo equipamento.

A circulação de pessoas deve ser feita em grupos pequenos com o distanciamento físico de 2 metros, para não se cruzarem

Se não for possível definir circuitos de entrada e saída diferentes, garantir que os horários de entrada e de saída não coincidam

Devem disponibilizar-se dispensadores de solução à base de álcool, em todas as entradas, salas e nos demais locais em que se justifique;

Deve disponibilizar-se sabonete líquido, toalhetes de papel de uso único e caixote do lixo nas casas de banho

É importante cumprir plano específico de limpeza diária e desinfeção de espaços, com indicação expressa de responsáveis, tempos e tipo de intervenção;

Limpeza dos espaços

Deve ser assegurada a desinfeção semanal das instalações com produtos especializados para o efeito;

Assegurar a limpeza e desinfeção frequente dos materiais de apoio às atividades e demais equipamentos utilizados pelos utentes e/ou pelos profissionais, com produtos adequados, várias vezes ao dia

Deve ser assegurada a limpeza e desinfeção frequente dos locais mais suscetíveis de contaminação (como corrimãos, interruptores e maçanetas de portas e janelas);

A utilização dos equipamentos/materiais é individual, devendo ser garantida a desinfeção dos mesmos entre utilizações;

Devem manter-se as janelas e portas abertas, de modo a permitir uma melhor circulação do ar dentro do espaço, mantendo os locais ventilados, acautelando as devidas condições de segurança ;

Limpeza dos Espaços

A limpeza das superfícies deve ser realizada com água e detergente de uso comum, com base desengordurante

A desinfeção de superfícies deve ser realizada após a limpeza, com um desinfetante com ação virucida

Os desinfetantes existentes no mercado são fornecidos em diversas formas: líquida, toalhetes, spray ou espuma, dependendo das áreas a desinfetar e as suas características.

Para as superfícies duras e outras que suportem a ação desinfetante do hipoclorito de sódio, deve usar-se a solução de hipoclorito de sódio.

Adicionar 20ml de hipoclorito de sódio em 980ml de água.

Preferir as que já vêm preparadas porque têm a vantagem de não necessitar de diluição no local de aplicação, o que evita possíveis erros humanos ao diluir e eventuais problemas de saúde para os profissionais que os preparam e aplicam.

Limpeza dos Espaços

Para as superfícies que não suportam a solução de hipoclorito de sódio (como os metais), poderá ser usado o álcool a 70% v/v ou outro desinfetante apropriado e compatível com essas superfícies.

Seguir sempre as instruções dos detentores dos produtos para o seu uso em segurança.

Não misturar hipoclorito de sódio (lixívia) com outras substâncias, sobretudo amoníaco, álcool entre outros, devido à libertação de gases tóxicos.

Durante a desinfeção do local, abra as janelas antes de iniciar as limpezas e só encerre as mesmas após as superfícies estarem limpas e secas e ter sido realizada uma adequada renovação do ar.

Os utentes devem ser protegidos dos químicos pelo que esta desinfeção deverá ser feita sem a presença dos utentes, ou caso não seja possível, deve manter utentes noutra divisão.



Refeições

- Antes e depois das refeições, os profissionais, voluntários e os utentes devem realizar a lavagem correta das mãos;
- As refeições devem ser servidas no refeitório, com grupos fixos (utentes, profissionais e voluntários), se necessário em horários alternados, de forma a reduzir a concentração de pessoas no mesmo espaço e assegurando de distanciamento físico de cerca de 2 metros entre utentes/profissionais/voluntários, sempre que possível;
- No final da refeição de cada grupo, as mesas e cadeiras deverão ser desinfetadas;
- Deverá existir um recipiente/garrafa de água individual, devidamente identificado para cada um dos utentes, profissionais e voluntários;



Refeições

- Não devem ser partilhados quaisquer equipamentos (ex.: talheres, tabuleiros, ...) ou alimentos
- A louça utilizada deve ser lavada na máquina de lavar com um detergente doméstico e a temperatura elevada (80-90°C)
- Se não houver máquina, de luvas calçadas.
 - *lave a louça com água bem quente e detergente*
 - *enxágue em água corrente bem quente*
 - *coloque-a a desinfetar numa bacia e com água fria e solução desinfetante (de acordo com as instruções do fabricante)*
 - *enxágue novamente com água quente e ponha a secar ao ar.*



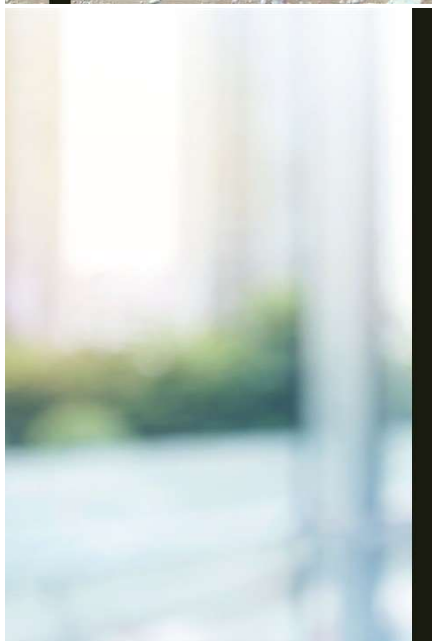
Utilização da casa de banho

- A limpeza e desinfeção das sanitas, interruptores e torneiras devem ser feitas após cada utilização.
- Os colaboradores do Centro de Dia e os colaboradores de outras respostas sociais não devem partilhar as mesmas instalações sanitárias.
- Os utentes e os colaboradores devem utilizar instalações sanitárias distintas.
- Devem ser disponibilizados lenços de papel descartáveis e um caixote do lixo nas salas;



Atividades

- As atividades devem privilegiar tarefas individuais ou desenvolvidas em pequenos grupos e apoiadas pelos colaboradores.
- Distanciamento físico: É importante que a organização das atividades preconize a garantia do distanciamento de cerca de 2 metros entre pessoas (sempre que possível), em todos os momentos (antes, durante e após a atividade, em lugares sentados, em pé, e pessoas em circulação)
- Uso obrigatório de máscara (se a condição clínica do utente permitir): Recomenda-se o uso correto e permanente de máscara por todas as pessoas em ambiente interior e exterior.
- Circulação de pessoas: Recomenda-se que sejam cumpridos circuitos de sentido único, sempre que possível, para evitar o cruzamento entre pessoas.
- Higienização de superfícies: O SARS-CoV-2 pode sobreviver nas superfícies e objetos durante tempos variáveis, que vão de horas a dias. É essencial serem garantidas medidas de higiene das superfícies de uso comum e toque frequente, de forma a diminuir a transmissão do vírus.
- Desinfecção e lavagem das mãos: Garantir a possibilidade de lavagem frequente das mãos com água e sabão ou com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).



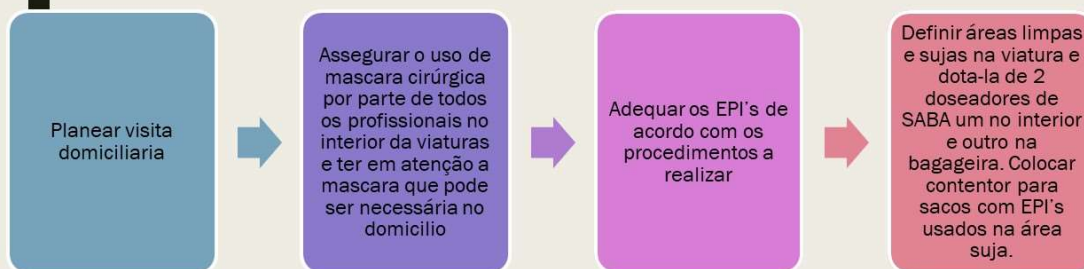
Sistemas de ventilação e ar condicionado

- Em espaços fechados, deve abrir as portas ou janelas para manter o ambiente limpo, seco e bem ventilado. Caso não seja possível, deve assegurar o funcionamento eficaz do sistema de ventilação.;
- Arejar e promover a ventilação (pelo menos, 6 renovações de ar por hora), abrindo portas ou janelas.



- Em caso de desenvolvimento dos seguintes sintomas: quadro respiratório agudo com tosse (de novo ou agravamento da tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia/dificuldade respiratória, contactar de imediato a linha SNS 24 através do n.º 808 24 24 24, de acordo com n.º Norma 004/2020, de 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020 da DGS;
- Perante um caso suspeito de infeção, a instituição deve ativar o plano de contingência;
- O equipamento de proteção individual e os resíduos produzidos pelo caso suspeito devem ser acondicionados em duplo saco de plástico e resistente, com dois nós apertados, preferencialmente com um adesivo/atilha e devem ser colocados em contentores de resíduos coletivos após 24 horas da sua produção (nunca em ecopontos);

Cuidados nos Domicílios



Cuidados nos Domicílios Procedimento

Colocação de EPI's

- Higiene das mãos
- Colocar bata impermeável, (colocar proteção de pés)
- Higiene das mãos
- Colocar luvas + touca

No domicílio

- Abrir as portas com a mão dominante usando também para bater à porta ou tocar à campainha
- Após entrar colocar a luva no saco do lixo
- Desinfetar as mãos
- Colocar nova luva
- Prestar os cuidados

Após sair do domicilio

- Retirar bata
- Retirar luvas higiene das mãos
- Colocar tudo no saco, o saco no contentor na bagageira
- Higiene das mãos.

A colocação é feita fora do quarto de isolamento:

- Garanta a sua hidratação
- Amarre o cabelo atrás
- Remova a joalheria
- Confirme se o EPI é o correto para si

Higienize as mãos antes de colocar o EPI

1

Coloque a Bata impermeável



2

Coloque a Máscara ou o Respirador



3

Coloque os Óculos ou a Viseira descendente



4

Coloque as Luvas




COLOCAÇÃO DE EPI

O EPI deve ser removido numa ordem que minimize o potencial de contaminação cruzada

Sequência da remoção dos EPI


- 1**

LUVAS:
A parte externa das luvas está contaminada




Higienize as mãos com SABA
- 2**

BATA:
A parte da frente da bata está contaminada



- 3**

PROTETOR OCULAR:
A parte exterior dos Óculos ou da Viseira está contaminada



- 4**

RESPIRADOR

Higienize as mãos com SABA. Não toque na frente do respirador porque está contaminada


- 5**

Higienize as mãos com água e sabão



REMOÇÃO DE EPI

Transporte dos Utentes

- Lotação da viatura deve ser de 50%
- O uso de máscara é obrigatória
- Desinfecção das mãos

Referências Bibliográficas

Instituto da Segurança Social. (2021). Guião Orientador Para A Reabertura Da Resposta Social Centro De Dia. Acedido a 05/06/2021 em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/93.+BS_OT+DGS+Reabertura+Centros+de+Dia+30.07.2020+-+Versa%CC%83o+Final+2.pdf/a1fde9f3-027b-491f-a84d-ab3571a37bc9

Norma nº 007/2020 de 29 de março de 2020 da Direção-Geral da Saúde. Acedido a 05/06/2021 em : <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2020) Lisboa. Recomendações para a abordagem aos doentes em contexto de Visitação Domiciliária. Acedido a 05/06/2021 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18369/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-a-abordagem-aos-doentes-em-contexto-de-visita%C3%A7%C3%A3o-domicili%C3%A1ria.pdf>

APÊNDICE V

Apresentação – Cuidados Ao Diabético Dependente



POLITÉCNICO
DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



Inês Novo
Odete Martins

Enfª Orientadora : Mafalda
Girão
Mestrado em Saúde
Comunitária na área de
Saúde Familiar

CUIDADOS AO DIABÉTICO DEPENDENTE

ÍNDICE

- Diabetes tipo II... O que é?
- Alimentação adequada
- Medicação oral
- Insulina



DIABETES TIPO II... O QUE É?

- o Diabetes tipo 2
- o é a forma mais frequente de diabetes 90% de todos os casos
- o resultado de uma baixa na produção de insulina, com maior ou menor grau de dificuldade da mesma ser utilizada
- o Clinicamente é silenciosa na maioria dos casos e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa.
- o 90% de todos os casos de diabetes.

Tratamento Alimentação, Exercício, Medicação





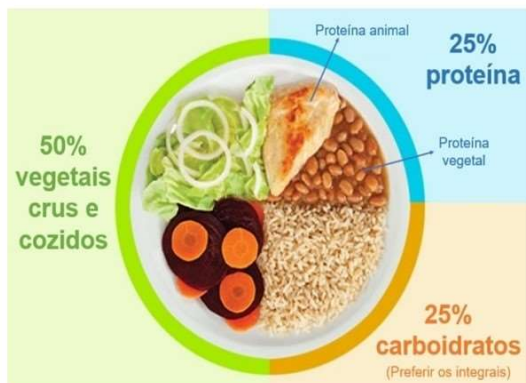
ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A alimentação tem um papel muito importante no controlo da diabetes.

Deve ser uma alimentação saudável e ajustada às necessidades de cada um tendo em conta a sua atividade.

Deve ser completa equilibrada e variada.

Deve haver reforço da hidratação.



A alimentação tem um papel importante na vida de uma pessoa com diabetes, uma vez que o risco de ter níveis elevados de glicémia (açúcar no sangue) está relacionado com o consumo de uma das principais fontes de energia: os hidratos de carbono.

Por dia pode comer 10-13 porções de hidratos de carbono.

De seguida, apresentam-se medidas de alimentos que correspondem a 1 porção de hidratos de carbono, que pode comer no seu dia-a-dia.

HIDRATOS DE CARBONO: Equivalências

Arroz, Massas e Batata

1 batata do tamanho de 1 ovo.
2 colheres de sopa de arroz (já cozinhado).
3 colheres de sopa de massa (já cozinhada)

Leguminosas

4 colheres de sopa de grão ou feijão (já cozinhados).
6 colheres de sopa de ervilhas ou favas (já cozinhadas).

Pão e produtos afins

1 fatia de pão de mistura.
1/2 pão integral.
1/2 pão de trigo.
3 tostas de trigo integral retangulares.

Bolachas

4 bolachas integrais.
2 bolachas de água e sal.
4 bolachas de água e sal redondas.
3 bolachas tipo "Maria" ou "Torrada".

HIDRATOS DE CARBONO: Equivalências

Cereais

3 colheres de sopa de flocos de aveia.
4 colheres de sopa de flocos de trigo integral.
4 colheres de sopa de cereais ricos em fibra

Leite e derivados

1 copo leite meio gordo/magro (300ml).
1 iogurte líquido magro de aromas, sem açúcar.
2 iogurtes sólidos naturais não açucarados

Fruta

1 laranja média.
2 tangerinas pequenas.
1 maçã.
1 pera.
1 pêssigo.
1/2 banana.
3 ameixas frescas.
1 fatia de melão.
1 talhada de melancia.

1/2 meloa.

6 nêspersas.

14 morangos.

10 cerejas.

10 a 12 bagos de

uva.

1 rodela de ananás.

2 kiwis.

1/2 manga.

5 castanhas.



MEDICAÇÃO ORAL

Quando necessário colaborar com a família sabendo:

- O que toma
- Se toma
- Quando toma

INSULINA

Insulina de ação lenta

Início da ação	1 a 2 horas (detemir) 1 hora (glargina)
Pico	6 a 8 horas (detemir) praticamente sem pico (glargina)
Duração	6 a 23 horas dependendo da dose (detemir) 24 horas (glargina)
Marcas	Levemir [®] (detemir) Lantus [®] (glargina)
Informações adicionais	Aparência límpida. Disponível somente com prescrição médica.

INSULINA

Insulina pré-misturada

Início da ação	30 minutos
Pico	2 a 4 horas
Duração	22 a 24 horas
Marcas	Humalog{Reg} Mix 75/25 Humalog{Reg} Mix 50/50 Humulin{Reg} 70/30 Novolog{Reg} Mix 70/30 Novolin{Reg} Mix 70/30

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Antes de começar

Algumas considerações:

Conservar as canetas de reserva no frigorífico

Retirar do frio 20 minutos antes de administrar a primeira vez

A caneta que está a ser usada pode estar até 28 dias à temperatura ambiente, mas inferior a 30°C e ao abrigo da luz.

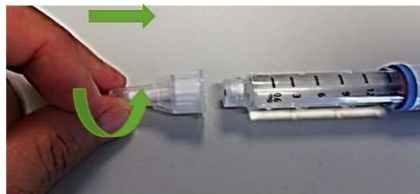
Insulinas Mistas: rolar entre as mãos sem agitar



ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Lavar as mãos

Inserir nova agulha e rodar



ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Fazer o teste

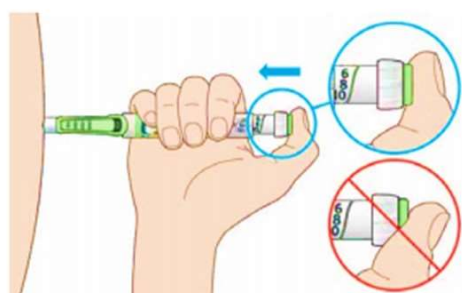


- ✓ Selecionar uma dose com 2 unidades para preencher a agulha
- ✓ Remover a tampa que protege a agulha
- ✓ Segurar a caneta com a agulha virada para cima e pressionar até ao fim.
- ✓ Verificar a saída de insulina

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Vamos começar

- ✓ Rodar e selecionar a dose prescrita



ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

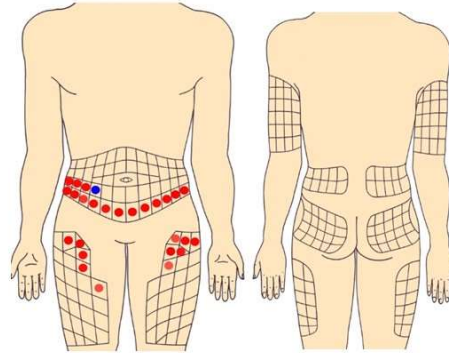
É só administrar

- Segure a pele com 2 dedos (opcional)
- Insira a agulha e injete a insulina
- Manter a agulha durante 10 segundos e depois retire

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Locais de administração e Vigilância da pele

- Rotação entre os locais muito importante
- A pele deve estar limpa



INSULINA LENTA E PRÉ-MISTURA

NOTAS:

- Glicemia < 100 (ou sintomas de hipoglicemia) \rightarrow REDUZIR 2 UI
- Glicemia entre 100 a 140 \rightarrow manter doses de insulina
- Glicemia > 140 em 3 medições sucessivas \rightarrow AUMENTAR 2 UI

OBJETIVOS GLICEMIA:

- Jejum: __entre 70 a 130__
- 2h após refeições: __até 180__

INSULINA LENTA E PRÉ-MISTURA



Como proceder na suspeita de hipoglicemia?

Pesquisar glicemia. Se <70 mg/dL, ingerir 2 pacotes de açúcar diluído em água e pesquisar glicemia após 3 a 5 minutos.

Repetir o passo até obter glicemia normal.

Após a estabilização, dentro de 10 a 15 minutos fazer uma refeição rica em hidratos de carbono de absorção lenta, como pão, massas, bolachas de água e sal ou tostas.

Aumentar 2 UI

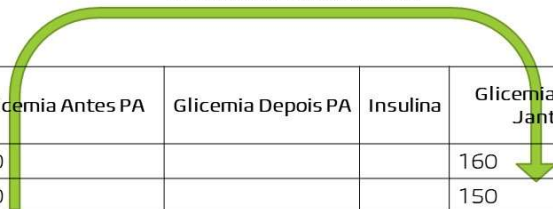
Dia	Insulina	Glicemia Antes PA	Glicemia Depois PA	Insulina	Glicemia Antes Jantar	Glicemia Depois Jantar
1		150				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Aumentar 2 UI



Dia	Insulina	Glicemia Antes PA	Glicemia Depois PA	Insulina	Glicemia Antes Jantar	Glicemia Depois Jantar
1		150			160	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Manter Unidades de Insulina



Dia	Insulina	Glicemia Antes PA	Glicemia Depois PA	Insulina	Glicemia Antes Jantar	Glicemia Depois Jantar
1		150			160	
2		100			150	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Reduzir 2 UI

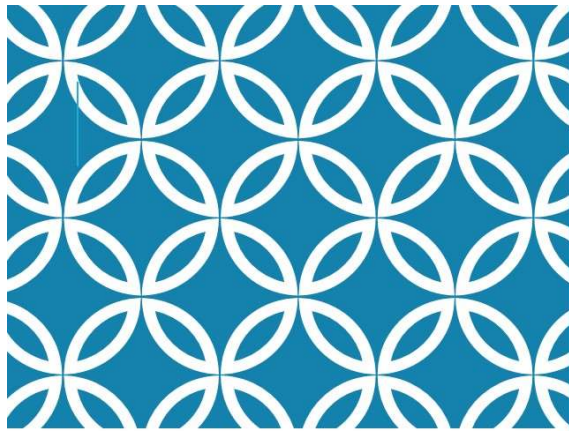


Dia	Insulina	Glicemia Antes PA	Glicemia Depois PA	Insulina	Glicemia Antes Jantar	Glicemia Depois Jantar
1		150			160	
2		100			150	
3		65			130	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



APÊNDICE VI

Apresentação – Posicionamentos E Transferências



POSICIONAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS

	Inês Novo Odete Martins
Enf ^o Orientadora : Mafalda Girão Mestrado em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar	

ÍNDICE

Posicionamento

- Decúbito lateral
- Decúbito dorsal

Levante

- Da cama para cadeira

Materiais de apoio

Postura do Cuidador

Consequências da perda de mobilidade

- Cuidados com a pele

ANTES DE INICIAR

Material

- resguardo
- almofadas
- creme hidratante
- fraldas
- roupa de cama
- material de higiene
- EPI's

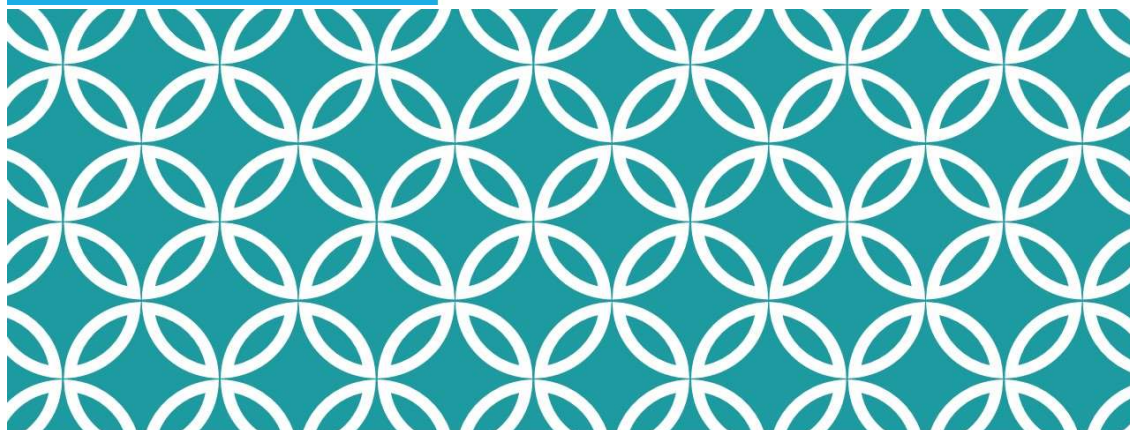
Aproveitar para massajar e hidratar a pele nas áreas de risco

Os lençóis devem ser esticados, sem rugas

Assegurar que não existem na cama objetos que possam magoar a pessoa

Aproveitar para realizar movimentos simples de flexão e extensão dos membros e rotação das mãos

Se cama articulada, elevar o nível da cama



POSICIONAMENTO

Decúbito Dorsal

DECÚBITO DORSAL



DECÚBITO DORSAL

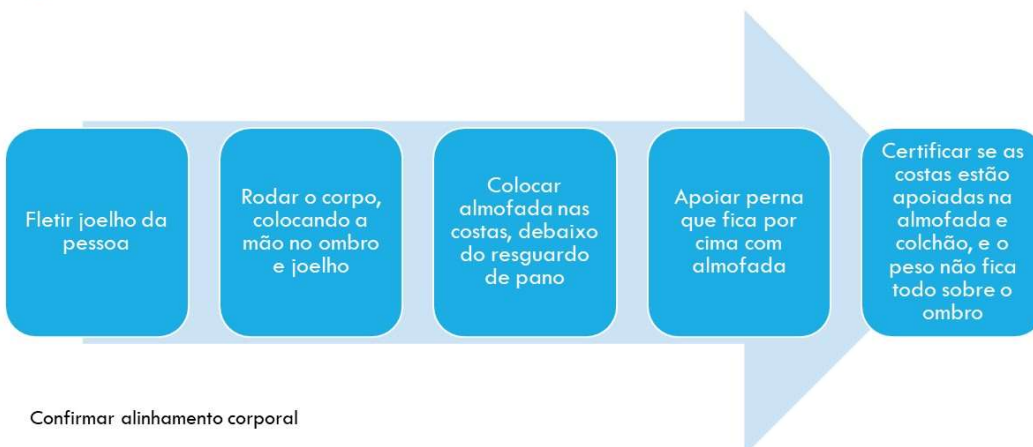




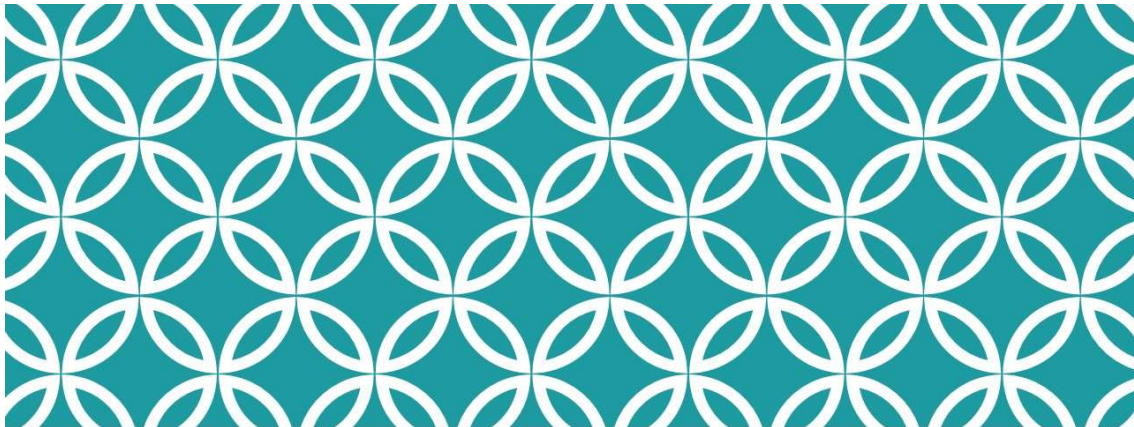
POSICIONAMENTO

Decúbito Lateral

DECÚBITO LATERAL



DECÚBITO LATERAL



POSICIONAMENTO

Transferências e Levantes

TRANSFERÊNCIAS E LEVANTES

Levante da cama

Mover as pernas para a borda da cama

Se possível, a pessoa deve apoiar-se com o cotovelo e a mão

O cuidador deve colocar-se à frente da pessoa, com as pernas fletidas e os seus joelhos juntos aos da pessoa, bloqueando os pés dela com os seus.

De seguida, o cuidador deve passar os seus braços ao redor das costas da pessoa, debaixo das axilas, e incentivar o doente a levantar-se, puxando-o para cima até que fique de pé.

TRANSFERÊNCIA DA CAMA

1 - Colocar o cadeirão travado e paralelo à cama

2 - Colocar os pés para fora da cama, a pessoa deve ficar sentada na cama um pouco antes de se transferir, com os pés apoiados no chão, calçados e ligeiramente afastados

3 - Colocar os joelhos e pés do indivíduo entre os joelhos e pés do cuidador, a posição correta do cuidador consiste em ter as pernas fletidas e costas direitas, fixando os pés e joelhos para aumentar a força

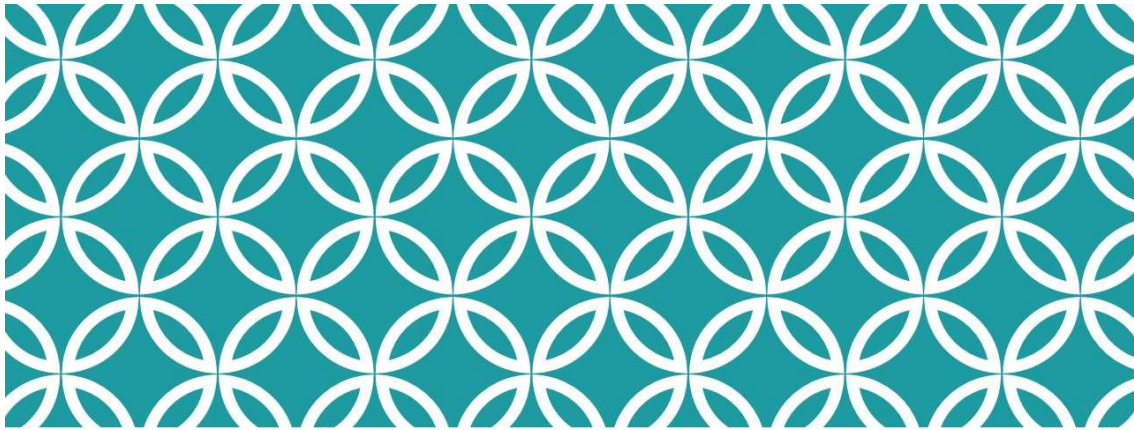
4 - Segurar a pessoa pelo cós das calças, e contar até três juntamente com a pessoa, dando impulso para levantar as nádegas, ao mesmo tempo que se gira, deixando-a sentada na cama

5 - Aproximar da cadeira para que toque no assento com a parte de trás dos joelhos

6 - Pessoa deve apoiar os braços da poltrona com as mãos, e inclinar para a frente, dobrando os joelhos até se sentar

Sentido inverso → após a pessoa estar sentada na cama, o cuidador deve elevar as pernas para cima, ao mesmo tempo que a pessoa se deita, até que esta fique deitada em cima da cama.

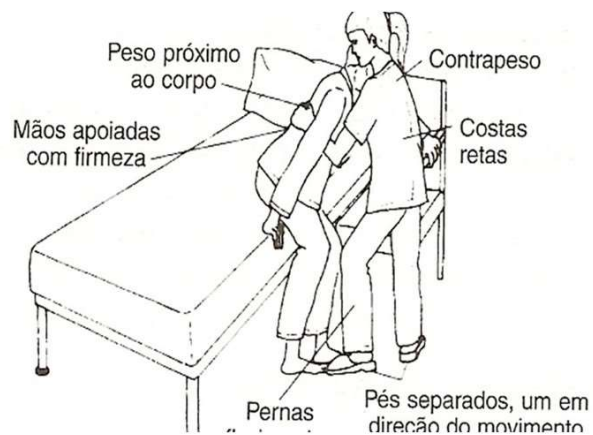
TRANSFERÊNCIA DA CAMA



POSTURA DOS CUIDADORES

POSTURA DOS CUIDADORES

- Manter as pernas à largura dos ombros
- Manter alinhamento da coluna
- Fletir joelhos
- Contrair músculos abdominais
- Colocar cama articulada a altura que se realize menos esforço
- Deslizar uma pessoa sobre uma superfície requer menos força que levantá-la
- Estimular utente a fazer força



MATERIAIS DE APOIO



Gaiola de proteção

MATERIAIS DE APOIO



Tábua de transferência

MATERIAIS DE APOIO



Disco giratório

MATERIAIS DE APOIO



Almofada Viscoelástica

MATERIAIS DE APOIO



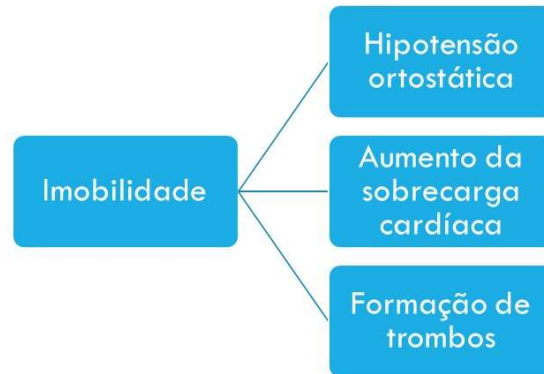
CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DE MOBILIDADE

ALTERAÇÕES NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Os movimentos respiratórios tornam-se mais superficiais e rápidos, o que associado à fraqueza dos músculos abdominais, que reduzem a efetividade da tosse, facilita a acumulação de secreções, predispondo à infecção.



ALTERAÇÕES NO SISTEMA CARDIOVASCULAR



ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS



ALTERAÇÕES URINÁRIAS

Urinárias



Sistema Nervoso



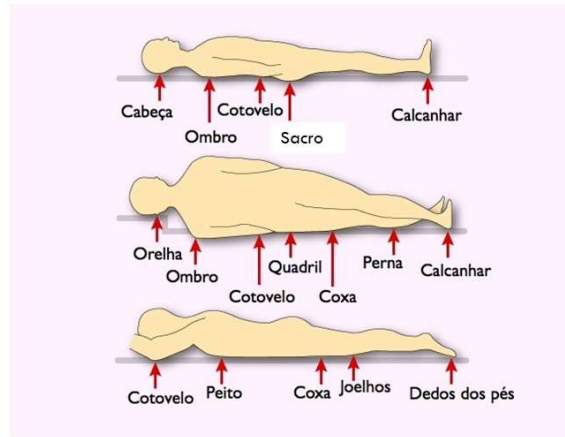
ALTERAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

Habitualmente o sistema mais afetado

- Diminuição da contração muscular
- Perda de força e massa muscular
- Atrofia
- Rigidez articular
- Contraturas
- Osteoporose.

ALTERAÇÕES NA PELE

Úlceras de pressão



CUIDADOS COM A PELE

Posicionar de 3/3h

Manter pele limpa e seca

Aplicar creme hidratante e massajar

Usar almofadas para evitar pressão nas proeminências ósseas

Usar colchão de pressão alternada

Evitar fricção na pele (arrastar pessoas sobre lençóis)

APÊNDICE VII

Panfleto – Administração De Insulina

CUIDADOS COM A INSULINA

Conservar as canetas de reserva no frigorífico

Retirar do frio 20 minutos antes de administrar a 1ª vez

A caneta que está a ser usada pode estar até 28 dias à temperatura ambiente, mas inferior a 30°C e ao abrigo da luz.

Insulinas mistas: deve-se rolar a entre as mãos sem agitar antes de administrar

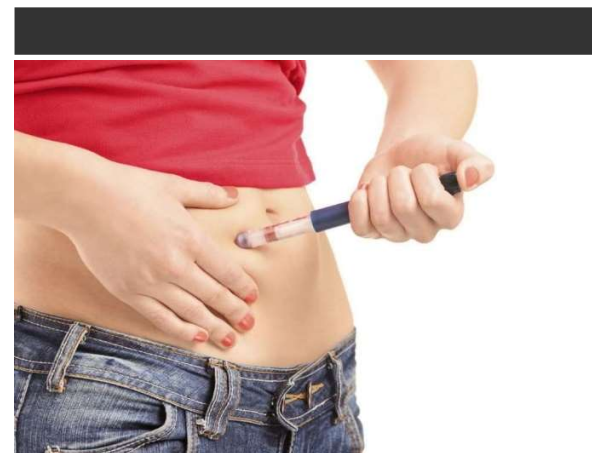
RIR É O MELHOR REMÉDIO,

Mas se fores diabético... o melhor remédio é A insulina!



Descomplica!

Administrar Insulina, E agora



ANTES DE COMEÇAR...

1º lugar – lavar as mãos 2º -
Inserir nova agulha e rodar



3º - Fazer o teste (verificar se
está a funcionar)

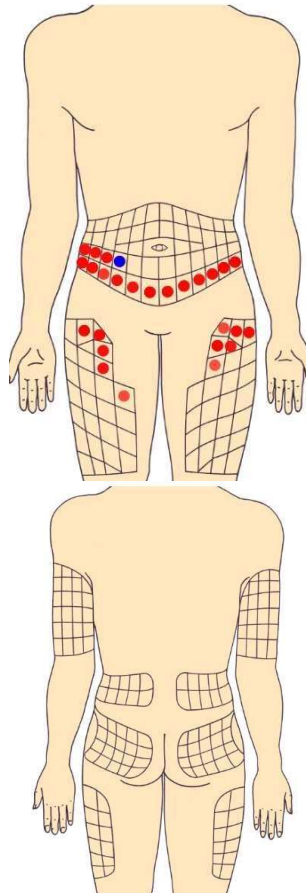
- Selecionar dose com 2 unidades para preencher a agulha
- Remover tampa que protege a agulha
- Segurar a caneta com a agulha virada para cima e



pressionar até ao fim

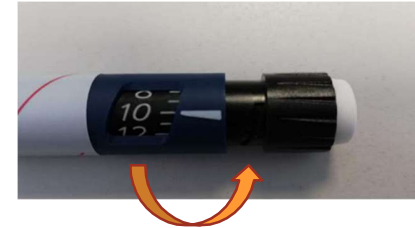
- Verificar se sai insulina

ONDE ADMINISTRAR?

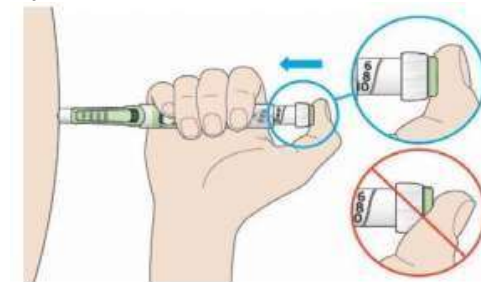


VAMOS A ISSO!

1 - Rodar até à dose prescrita



Segurar a pele com 2 dedos. Inserir a agulha.
Injetar a insulina



Manter a agulha durante 10 segundos e
depois retirar

ANEXOS

ANEXO I

Tabelas de aplicação de Score 1,2 ou 3

4.3.1.1. IDS – ÁREA “DESEMPENHO ASSISTENCIAL”

Para todos os indicadores utilizados na área de desempenho foram definidos os "intervalos esperados" e "variação aceitável", no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Nacional, constituída ao abrigo da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

Intervalo Esperado
O "intervalo esperado" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que atualmente reflete uma prática de excelência e tem as seguintes características: a) Corresponde a uma prática profissional de elevado desempenho; b) São expectáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau"; c) Existe evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde.
Variação Aceitável
A "variação aceitável" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que refletem práticas aceitáveis e têm as seguintes características: a) Corresponde a boa prática profissional; b) São expectáveis com algum esforço de organização e trabalho em equipa, depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau"; c) Existe evidência científica ou empírica que a atividade correspondente traduz ganhos em saúde.
Notas
1. Os limites do "intervalo esperado" e da "variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram a Comissão Técnica Nacional. 2. Estes intervalos podem ser revistos anualmente pela referida comissão.

O resultado de cada indicador é valorizado para o IDS da dimensão a que pertence de acordo com o algoritmo definido na Tabela 5.

Tabela 5 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores

Critério	Valorização do resultado (pontos)
A condição [A e B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] \geq [valor mínimo do intervalo esperado] B. [resultado do indicador] \leq [valor máximo do intervalo esperado]	2
A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira: A. [resultado do indicador] \geq [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo do intervalo esperado] C. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo do intervalo esperado] D. [resultado do indicador] \leq [valor máximo da variação aceitável]	1
A condição [A ou B] é verdadeira: A. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo da variação aceitável]	0

Para o ano de 2021, existem indicadores com este tipo de métricas para as USF, UCSP e UCC.

Todos os indicadores utilizados na área de desempenho possuem um "intervalo esperado" e uma "variação aceitável", definidos nos termos do 7.16 Anexo XVI – Indicadores - Intervalos esperados e variação aceitável.