



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS DE CASAIS
IDOSOS, QUE INTEGRAM UM MEMBRO COM DEPENDÊNCIA
LIGEIRA**

**Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

(DOCUMENTO DEFENITIVO)

Lígia Maria Queirós da Silva

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS DE CASAIS
IDOSOS, QUE INTEGRAM UM MEMBRO COM
DEPENDÊNCIA LIGEIRA

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem Comunitária na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

ASSESSMENT AND INTERVENTION WITH FAMILIES OF
ELDERLY COUPLES, INCLUDING A MEMBER WITH MILD
DEPENDENCY

Development project for specialized clinical skills in
Community Nursing in the area of Family Health Nursing

Estágio profissional de natureza profissional orientado pela
Professora Ana Isabel Vilar e coorientado pela Professora
Doutora Maria José Peixoto

Lígia Maria Queirós da Silva

Porto, 2024

*“Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri, no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o decidir.”*

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

A finalização deste relatório representa o culminar de uma etapa crucial no meu desenvolvimento pessoal, profissional e académico. A sua concretização só foi possível graças ao apoio incondicional de diversas pessoas que se revelaram fundamentais ao longo de todo o percurso, a quem manifesto a minha mais profunda gratidão.

À professora Ana Isabel Vilar, pela sua orientação, incentivo e apoio nos momentos difíceis.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, pela coorientação e compreensão sempre demonstrada.

À Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, pela sua influência na mudança da minha visão sobre a família e os cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Ao Enfermeiro José Manuel Fernandes pela orientação, durante os estágios e ao Enfermeiro Miguel Pereira e restantes elementos da equipa da USF, pelo acolhimento.

À ULS Matosinhos e à Enf. Amélia Tomás por proporcionar a realização deste mestrado.

À Carina, amiga, colega de trabalho e companheira de percurso que me acompanhou nesta caminhada nem sempre fácil.

Também gostaria de agradecer às minhas colegas de trabalho, pelo apoio prestado assegurando os cuidados aos meus utentes e famílias, nos períodos que tive ausente.

À Joana, pelo seu exemplo e pelo estímulo para conseguir ser melhor, acreditando nas minhas capacidades.

Aos meus amigos, pela compreensão, pela ausência nos momentos importantes.

Aos meus pais e família pelo suporte e apoio incondicional.

Ao meu marido com amor, pelo permanente incentivo e força com que sempre acompanhou este meu trabalho. Agradeço ainda a paciência demonstrada nos meus momentos menos bons.

Às minhas filhas, Carolina e Camila, a quem retirei muita atenção, paciência e acompanhamento, agradeço a preocupação e motivação, perguntando “mãe, ainda falta muito? Ou, está a correr bem?”, fazendo a contagem decrescente até ao dia da entrega. Para vós, meus amores, um grande beijinho da mãe e o meu eterno obrigado.

RESUMO

O processo de envelhecimento implica mudanças inevitáveis, influenciadas por diversos fatores biopsicossociais, afetando muitas vezes os idosos de forma imprevisível. Isso contribui para um processo de fragilização, vulnerabilidade e declínio na saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as quedas representam a segunda causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, imediatamente a seguir aos acidentes rodoviários. É importante destacar que a grande maioria das quedas, nos idosos, ocorre dentro de casa ou nas suas proximidades, durante a realização de atividades diárias como caminhar, fazer transferências ou deslocar-se à casa de banho, especialmente durante a noite. Neste contexto, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, constituem-se como agentes fundamentais na promoção do funcionamento da família considerando a família como unidade de cuidados e os seus membros individualmente.

Este relatório descreve as atividades desenvolvidas para aquisição de competências na área de enfermagem de saúde familiar com base em dois objetivos gerais para o desenvolvimento da componente clínica: “Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar”.

No módulo I do estágio caracterizou-se as famílias/os utentes da lista do enfermeiro tutor identificando para intervenção, no módulo II, quatro famílias do tipo casal de pessoas idosas, independentes ou com dependência leve para o autocuidado e de classe social média-baixa, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Utilizou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) na avaliação e intervenção familiar, e recorreu-se à entrevista familiar sistémica como ferramenta de avaliação e intervenção familiar. A prática especializada, centrada na família, revelou-se uma mais-valia, resultando em ganhos em saúde. A proximidade e o conhecimento da família foram elementos cruciais para o sucesso da intervenção.

Foi desenvolvida uma proposta de avaliação familiar para prevenir o risco de quedas durante consultas de enfermagem domiciliárias, como parte de um programa contínuo de melhoria da qualidade. O objetivo é implementar consultas estruturadas para promover a saúde dos idosos e prevenir quedas, incluindo uma avaliação abrangente a nível individual, familiar e das condições estruturais do ambiente.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar, envelhecimento, quedas

ABSTRACT

The aging process is characterized by inevitable changes influenced by a multitude of biopsychosocial factors, often affecting older adults in unpredictable ways. This contributes to a process of frailty, vulnerability, and decline in health. According to the World Health Organization (WHO), falls represent the second leading cause of death from accidental or unintentional injury worldwide, following road traffic accidents. It is important to note that the vast majority of falls among older adults occur within or around the home, during the performance of daily activities such as walking, transferring, or using the bathroom, especially at night.

In this context, Nurse Specialists in Community Nursing in the area of Family Health Nursing play a pivotal role in promoting family functioning, considering the family as a unit of care and its members individually.

This report describes the activities undertaken to acquire competencies in the area of family health nursing based on two general objectives for the development of the clinical component: "To care for the family, as a unit of care, and each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention" and "To lead and collaborate in intervention processes within the scope of Family Health Nursing."

In Module I of the internship, the families/users on the tutor nurse's list were characterized, identifying for intervention, in Module II, four families of the type elderly couple, independent or with mild dependence for self-care and of low-middle social class, after applying the inclusion and exclusion criteria.

The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) was used in family assessment and intervention, and the systemic family interview was used as a tool for family assessment and intervention. The specialized, family-centered practice proved to be an added value, resulting in health gains. The proximity and knowledge of the family were crucial elements for the success of the intervention.

A family assessment proposal was developed to prevent the risk of falls during home nursing visits, as part of an ongoing quality improvement program. The objective is to implement structured consultations to promote the health of older adults and prevent falls, including a comprehensive assessment at the individual, family, and structural levels of the environment.

Keywords: Family Health Nursing, aging, falls

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

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

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ET – Enfermeiro Tutor

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF – Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

MF – Médico de família

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORF – Origem do rendimento familiar

SCLínico-CSP® – SCLínico Cuidados de Saúde Primários

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	19
1.1. Descrição do contexto da prática clínica.....	19
1.2. Caracterização de 60 famílias da lista do enfermeiro tutor.....	22
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
2.1. A família e a enfermagem de saúde familiar	26
2.2. Impacto do envelhecimento nas famílias a enfermagem de saúde familiar	31
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	38
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	38
3.1.1. Descrição da prestação dos cuidados às famílias.....	42
3.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias	71
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	73
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
5. CONCLUSÃO.....	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
7. ANEXOS	
ANEXO I – Escala de Barthel	
ANEXO II – Mapeamento dos indicadores do MDAIF	
ANEXO III – Projeto Melhoria Contínua	
ANEXO IV – Declaração de presença no seminário de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária da lista de utentes do ET.....	21
Figura 2 – Seleção das famílias da lista do ET para intervenção	25
Figura 3 – Processo de seleção da amostra final	25
Figura 4 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	29
Figura 5 – Esquema conceitual da Teoria de Meleis.....	30
Figura 6 – Genograma Família 1.....	43
Figura 7 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões	44
Figura 8 – Genograma família 2	52
Figura 9 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões	53
Figura 10 – Genograma família 3	60
Figura 11 – Ecomapa Família 3.....	61
Figura 12 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões	62
Figura 13 – Genograma família 4	67
Figura 14 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índices demográficos	21
Tabela 2 – Caracterização das 60 famílias.....	22
Tabela 3 – Caracterização das famílias com pelo menos um elemento idoso.....	23
Tabela 4 – Recursos utilizados na avaliação e intervenção familiar	41
Tabela 5 – Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às quatro famílias.	72
Tabela 6 – Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem	72
Tabela 7 – Indicadores de resultado (Ganhos em saúde)	73

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto que compreende a Unidade Curricular (UC) de Estágio de natureza profissional – Módulo I, que decorreu entre 28/04/2023 e 30/06/2023, e a UC de Estágio de natureza profissional – Módulo II, que decorreu de 18/09/2023 a 26/01/2024, totalizando 510 horas de estágio, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS), na região norte. Tem como objetivo *“apresentar e descrever as atividades desenvolvidas durante a realização dos estágios, acompanhada por uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Faz parte do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), o cuidar a família enquanto unidade de cuidados e dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção assim como à promoção da liderança e colaboração nos processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), reconhecendo situações complexas e formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O investimento nesta área específica do conhecimento de Enfermagem é determinante para capacitar as famílias nos seus processos de desenvolvimento vital e de saúde-doença, bem como contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de exercício profissional da enfermagem (Silva, 2021).

As Unidades de Saúde Familiar (USF) emergiram como um modelo de excelência na prestação de cuidados de saúde primários em Portugal. Caracterizadas pelas suas equipas multidisciplinares, focam-se em fornecer cuidados abrangentes a uma população definida de famílias. Esta abordagem promove relações mais fortes entre os prestadores de cuidados de saúde e os doentes, possibilitando cuidados personalizados que atendam às necessidades específicas de cada indivíduo e família (Ministério da Saúde, 2007).

No Módulo I analisou-se uma amostra de utentes do ficheiro do enfermeiro tutor (ET), que evidenciou características comuns: famílias do tipo casal de pessoas idosas, independentes ou com dependência leve para o autocuidado e de classe social média-baixa. Através da aplicação de critérios de inclusão e exclusão, identificaram-se quatro famílias a quem se prestaram

cuidados no estágio Módulo II. Na avaliação e intervenção familiar recorreu-se ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012) que epistemologicamente se baseia na Teoria Geral dos Sistemas, na Teoria da Comunicação Humana e na Cibernética, articulando pressupostos do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e do Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), considerando a família como unidade de cuidados. Na avaliação e intervenção individual usou-se, como referencial, a Teoria das Transições de Afaf Meleis que se foca na compreensão dos processos de transição que a pessoa vivência, ao longo do ciclo vital, perante diversos acontecimentos de vida (Meleis, 2010).

O envelhecimento populacional, impulsionado por fatores biopsicossociais complexos, traz consigo um conjunto de desafios relacionados à saúde e ao bem-estar dos idosos. O aumento da morbidade, particularmente a prevalência de doenças crônicas e suas complicações, exige medidas estratégicas para garantir a qualidade de vida, a independência funcional e a prevenção de quedas nessa população (DGS, 2022). A dependência leve, caracteriza-se pela necessidade de supervisão ou auxílio em algumas atividades da vida diária (AVDs) ou instrumentais (AIVDs), como se vestir, tomar banho ou preparar refeições. Apesar de não serem totalmente dependentes, os indivíduos com dependência leve podem apresentar dificuldades em realizar tarefas de forma autónoma e segura, necessitando de apoio para manter sua qualidade de vida e autonomia funcional (Borges et al., 2019), como por exemplo a adoção de medidas para prevenir quedas em casa, como eliminar obstáculos, melhorar a iluminação e utilizar calçados adequados (Mira e Almeida, 2018; Oliveira et al., 2021; Rodrigues, 2023).

As quedas representam um problema de saúde pública crescente, especialmente entre a população idosa, acarretando impactos significativos na saúde individual e familiar. Elaborou-se uma proposta de avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário, como parte de uma iniciativa de melhoria contínua da qualidade.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos: no primeiro é realizada a descrição do contexto clínico onde foram realizados os estágios; no segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico que esteve por base no planeamento e elaboração da prestação de cuidados, no sentido de fundamentar e justificar as necessidades percebidas; no terceiro descreve-se o desenvolvimento das competências durante a componente clínica; no quarto a reflexão sobre o contributo do percurso formativo para a aquisição de competências profissionais e pessoais; e no quinto conclui-se sintetizando as ideias e dados apresentados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O conhecimento do contexto em que o enfermeiro de família (EF) exerce a sua atividade é fundamental para o exercício da sua profissão. O desenvolvimento da consulta é influenciado tanto pelo contexto bio-psico-sociocultural do utente/família e enfermeiro, como pela organização do sistema de saúde. Assim, neste capítulo pretende-se caracterizar não só o contexto da prática clínica do estágio de natureza profissional, bem como 60 famílias da lista do ET.

1.1. Descrição do contexto da prática clínica

A Unidade de Saúde Familiar

A USF onde foram realizados os módulos I e II do estágio de natureza profissional com relatório, é uma unidade funcional integrante de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), inserido numa ULS, na região norte do país. Esta foi constituída ao abrigo do despacho normativo nº10/2007, de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 16 de agosto que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, e iniciou atividade a 01 de julho de 2010. A USF situa-se no rés-do-chão de um Centro de Saúde (CS) onde coexistem, no mesmo edifício, outras unidades funcionais (uma USF, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) e desenvolve a sua atividade assistencial preferencialmente a cidadãos residentes na área geográfica de influência da USF.

A unidade é dotada de 19 gabinetes de consulta, 14 onde se fazem consultas médicas e cinco onde se fazem consultas de enfermagem, uma sala de tratamentos com dois postos de atendimento (separados por uma cortina), um gabinete para consulta aberta de intersubstituição de enfermagem, uma sala de vacinação, uma sala de saúde infantil e juvenil e um cantinho de amamentação. Tem também uma sala de espera, uma secretaria, um *BackOffice*, uma arrecadação, um vestiário feminino e um masculino. Partilha com as restantes unidades inseridas no edifício a sala de reuniões/biblioteca, a copa, a sala de limpos e sujos e o estacionamento/garagem).

A equipa da USF é constituída por 26 profissionais: 10 médicos, nove enfermeiros (cinco enfermeiros de cuidados gerais, três especialistas em Enfermagem Comunitária e um especialista em Enfermagem de Reabilitação) e sete secretários clínicos. Exercem ainda funções na USF duas assistentes operacionais e um vigilante durante todo o período de abertura da USF

que têm a seu cargo todas as unidades funcionais do CS. A estrutura orgânica da USF é constituída pelo Conselho Geral, pelo Coordenador e pelo Conselho Técnico.

Para além da estrutura interna geral referida, esta USF tem um modelo de organização multidisciplinar, estruturado em 10 equipas de saúde familiar compostas por um médico de família (MF), um EF e um secretário clínico, sendo que os utentes de nove listas médicas são partilhadas por um MF e um EF e os utentes da décima lista médica estão distribuídos pelos nove enfermeiros, mantendo o conceito e continuidade de cuidados. A prestação de cuidados aos utentes e famílias compreende a vigilância e promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença nas diversas fases de vida, cuidados no domicílio e interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” do cidadão.

No âmbito da sensibilização para a segurança do doente, na UCC a que a USF está afeta, surge o Plano de Acompanhamento Interno na área de prevenção das quedas no idoso, desenvolvido por enfermeiros especialistas em reabilitação e fisioterapeutas. Tem como objetivo “capacitar as pessoas com episódios de queda ou em risco de queda para a sua prevenção e gestão da sua condição e assim diminuir o número de internamentos por queda ou fratura, através de estratégias educativas e de exercício físico centrado na melhoria das qualidades físicas, força e equilíbrio” (UCC, 2023). Este projeto é direcionado para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inscritas no ACeS, com 1 ou mais episódios de queda nos últimos 12 meses e /ou com risco médio ou elevado de queda (Escala de Morse) (UCC, 2023). Este prevê dois tipos de intervenção: comunitária (para pessoas com capacidade para deambular no exterior, pelo menos um teste diferente do valor de referência populacional no momento da avaliação inicial); e individual, no domicílio (para pessoas sem capacidade de deambulação no exterior e/ou deambulação com auxiliares de marcha).

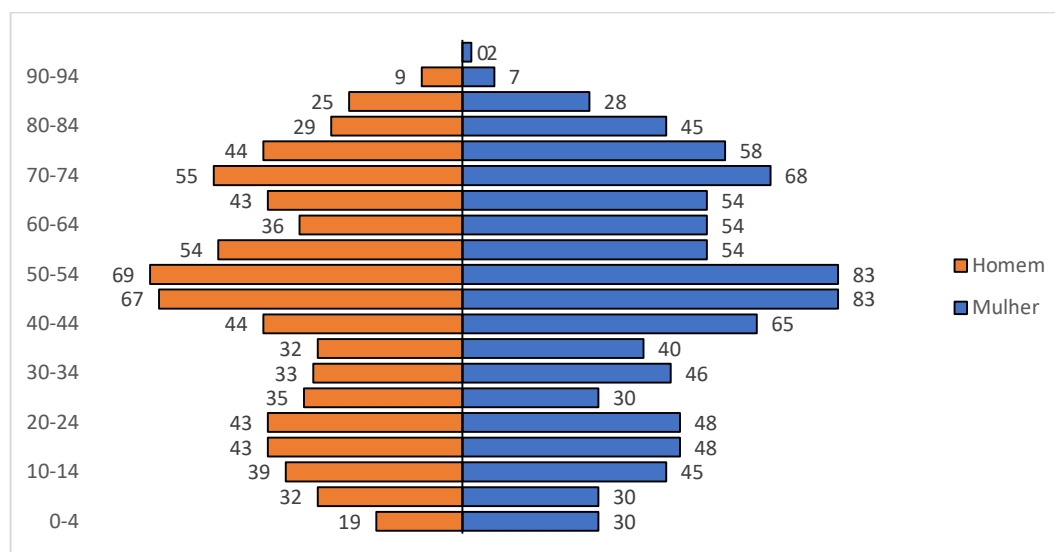
Caracterização geral da lista de utentes do Enfermeiro Tutor

A caracterização da lista de utentes realizou-se com base na análise dos dados da USF e da lista do ET. Os dados foram obtidos através do SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)[®] – SClínico -CSP[®], das aplicações internas (sistema de indicadores da ULS), do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF[®]) e da plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP[®]). A análise e tratamento dos dados foi realizada através do programa Microsoft Office Excel[®].

Em maio de 2023, faziam parte da lista do ET 1669 utentes (agrupados em 677 famílias), que representavam 9,6% da população inscrita na USF (n=17483). Verifica-se, nesta lista, um ligeiro

predomínio do sexo feminino (55,0%) e uma média de idades de $47,2 \pm 23,8$ anos (mínima: 2 meses; máxima 96 anos). A pirâmide etária da lista de utentes do ET está representada na Figura 1.

Figura 1 – Pirâmide etária da lista de utentes do ET



Fonte: Mim@UF® (04/05/2023)

Analisando a figura verifica-se que a maior percentagem de utentes inscritos pertence ao grupo etário população ativa (15-64 anos) cerca de 60,3%, seguindo-se o grupo etário da população idosa (≥ 65 anos) com 28,4% e a população jovem (0-14 anos) com 11,7%.

Os índices demográficos da lista de utentes do ET, da USF, do concelho da região norte e do País estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Índices demográficos

Índices demográficos	Lista ET (%)	USF (%)	Concelho (%)	Norte (%)	Portugal (%)
Índice de envelhecimento	243,1	195,2	181,2	192,6	183,5
Índice de dependência de idosos	46,1	36,6	36,1	34,9	37,6
Índice de dependência de jovens	19,4	18,8	19,9	18,1	20,5
Índice de dependência total	65,5	55,3	56,1	52,9	58,1

Legenda: ET – enfermeiro tutor; USF – unidade de saúde familiar

Fonte de dados: Pordata (2021)

Analisando os dados da Tabela 1, verifica-se que a lista do ET apresenta um perfil envelhecido, com índices de envelhecimento, dependência total e dependência de idosos consideravelmente mais elevados do que os da USF, do concelho, da região e do país. Além disso, o indicador de

esperança de vida saudável, que número esperado de anos de vida saudável de uma pessoa, sem condicionalismos às atividades quotidianas (Observatório das Migrações, 2018), conforme indicado pelo INE (2021), mostra que em Portugal, em média, as pessoas vivem 84,6 anos, sendo saudáveis até os 72,3 anos. Estes dados são relevantes no planeamento da oferta assistencial, e sugerem que a problemática do envelhecimento e da dependência de terceiros, sejam áreas de atenção prioritárias, nos cuidados de enfermagem prestados aos utentes e famílias que integram a lista do ET.

1.2. Caracterização de 60 famílias da lista do enfermeiro tutor

As famílias selecionadas, por conveniência, corresponderam aos agregados familiares dos primeiros 60 utentes avaliados em consulta presencial, na USF ou no domicílio, com o ET, durante o modulo I do Estágio. Estas famílias corresponderam a um total de 157 utentes, dos quais 87 (55,4%) eram mulheres e 70 (44,6%) eram homens, com idades compreendidas entre os 4 meses e os 94 anos, sendo que a média de idades se situava nos $50,7 \pm 25,6$ anos.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das 60 famílias estudadas em termos de tipologia, subsistemas familiares, etapa do ciclo vital e classe social.

Tabela 2 – Caracterização das 60 famílias

Tipo de Família	n=60	%
Casal	15	25,0
Nuclear	15	25,0
Unipessoal	10	16,7
Alargada	9	15,0
Reconstruída	6	10,0
Monoparental	5	8,3
Subsistemas		
Mais de um	23	38,4
Conjugal	20	33,3
Parental	6	10,0
Individual	11	18,3
Etapa do ciclo vital		
Família com filhos adultos	9	15,0
Família com filhos pequenos	5	8,3
Família com filhos adolescentes	2	3,3

Classe Social		
Média-baixa	28	46,7
Média	26	43,3
Media-alta	6	10,0

Da análise da Tabela 2 conclui-se que o tipo de família predominante é o casal e nuclear, ambos com 25,0%, a maioria das famílias (38,4%) possui mais do que um subsistema familiar, a etapa do ciclo vital mais frequente é a família com filhos adultos (15,0%) e a classe social mais prevalente é a média-baixa (46,7%).

Analísaram-se, também, as famílias com pelo menos um elemento idoso, que correspondiam a 63,3% (n=38) do total de famílias e apresenta-se, na Tabela 3, a sua caracterização.

Tabela 3 – Caracterização das famílias com pelo menos um elemento idoso

	n	%
Famílias com pelo menos um elemento idoso	38	63,3
Famílias com pelo menos um elemento idoso dependente	32	84,2
Dependência Leve	24	63,1
Dependência Moderada	5	13,2
Dependência Grave	3	7,9
Tipo de família		
Casal	12	31,6
Unipessoal	9	23,7
Alargada	7	18,4
Reconstruída	5	13,2
Monoparental	4	10,5
Nuclear	1	2,6
Subsistemas familiares		
Conjugal	17	44,7
Parental	5	13,2
Mais do que um	6	15,8
Individual	10	26,3
Classe Social		
Média-baixa	23	60,5
Média	15	39,5

Analisando a tabela verifica-se que das 38 famílias com pelo menos um elemento idoso, 32 tinham pelo menos um elemento idoso dependente, correspondente a 84,2%, dessas famílias. Das 38 famílias, 63,1% tinham pelo menos um elemento com dependência leve, 13,2% tinham pelo menos um elemento com dependência moderada e 7,9% tinham pelo menos um elemento com dependência grave, de acordo com o Índice de Barthel (DGS, 2011). Relativamente ao tipo de família 31,6% das famílias, com pelo menos um elemento idoso dependente, são do tipo casal e 60,5% pertence à classe social Média-Baixa, segundo a escala de Graffar. Em relação aos elementos idosos das famílias estudadas 95,2% destes idosos tinham pelo menos um fator de risco cardiovascular (FRCV) modificável (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo), 24,2% tinham perturbação depressiva, 22,6% doença cardíaca.

Da análise, selecionaram-se, para intervenção, famílias do tipo casal de pessoas idosas, independentes ou com dependência leve para o autocuidado e de classe social média-baixa.

Assim, definiram-se como critérios de inclusão: famílias de dois elementos, do tipo casal, compostas por pessoas idosas, independentes ou dependência leve para o autocuidado, cujos elementos tinham isenção de taxa moderadora por insuficiência económica. Definiram-se como critérios de exclusão famílias residentes fora da área de influência da USF. Para identificar o grau de dependência foi aplicada a Escala de Barthel publicada na Norma da Direção Geral de Saúde N.º 054/2011 de 27/12/2011 (Anexo I).

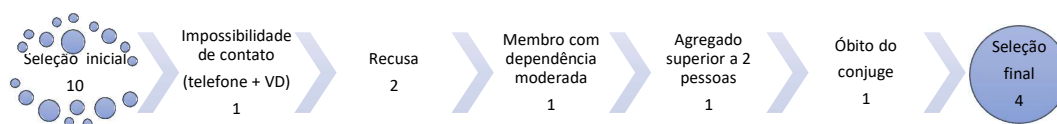
Recorrendo à base de dados MIM@UF, aplicando os critérios de inclusão e exclusão acima descritos, foram identificadas 10 famílias na lista do ET (Figura 2).

Figura 2 – Seleção das famílias da lista do ET para intervenção

•Utentes inscritos na Lista do ET	1669
•Famílias inscritas na lista do ET	677
•Agregados com dois elementos	182
•Casais	83
•Idade igual ou superior a 65 anos	67
•Independentes ou dependência leve para o autocuidado	51
•Isenção taxa moderadora •Utentes em situação de insuficiência económica	16
•Residentes fora da área de influência da USF	6
•Seleção final	10

Após a seleção das famílias, foram agendadas visitas domiciliárias com o ET para apresentação da estagiária e do trabalho a desenvolver. Apresenta-se o processo de seleção da amostra final na Figura 3.

Figura 3 – Processo de seleção da amostra final



Das 10 famílias seleccionadas, não foi possível contactar, quer via telefone, quer presencialmente, uma das famílias; duas famílias recusaram a intervenção; em três famílias constatou-se que não cumpriam os critérios de inclusão (uma família tinha um elemento com dependência moderada, outra família era do tipo alargada, outra passou a tipo unipessoal, após óbito do cônjuge). Resultando no final 4 famílias para intervenção.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem de saúde familiar surgiu nos anos 80 e tem evoluído desde então, orientando a forma como os enfermeiros pensam e trabalham com as famílias (Kaakinen e Robinson, 2018). Neste capítulo, pretende-se fazer uma revisão teórica que sustente e corrobore as práticas evidenciadas nos estágios de Enfermagem de Saúde Familiar (EFS) I e II.

2.1. A família e a enfermagem de saúde familiar

Nas últimas décadas observaram-se alterações significativas na estrutura e organização familiar, fruto de alterações na sociedade (Henriques e Santos, 2019). Estas alterações, levaram a que o conceito de família tivesse evoluído e seja diferente consoante o olhar da ciência que a estuda. Assim, vamos encontrar diferentes definições do conceito de família em psicologia, em sociologia e do ponto de vista da economia (Henriques e Santos, 2019). Mesmo dentro de uma mesma área de estudo, como a enfermagem, podemos encontrar diferentes definições de família ao longo dos últimos anos. Hanson (2005) define a família como sendo “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos” (Hanson, 2005, p. 6). Já Ratti et al. (2005) definem que “a família é a intermediária entre o indivíduo e a sociedade, pois é nela que se aprende a perceber o mundo e situar-se nele, passando constantemente por processos de negociações.” (Ratti et al., 2005, p. 61). Em 2012, Wright, e Leahey (p. 48) defendiam que “a família é quem os seus membros dizem que são” e que este facto conduziria a que todos os elementos respeitassem as ideias dos membros da família em relação a relacionamentos significativos, experiências de saúde e doença. O *International Council of Nurses* (ICN) define família com “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2019, p.63). Esta visão da família enquanto sistema, implica que o indivíduo é não só um todo único como parte de algo maior, que se relaciona com os outros elementos da família e que pode ocupar, ao mesmo tempo, diferentes papéis e funções, em diferentes situações ou contextos. Cada família é, por isso, única, possuindo a sua própria identidade e características, que espelham os valores, as crenças, os conhecimentos e as práticas de cada elemento, bem como a forma como os diferentes elementos se relacionam (Alarcão, 2006; Galvin et al., 2015; Relvas, 2006). Por outro lado, a família, enquanto sistema inserido na sociedade, é influenciada por esta, ao mesmo

tempo que a influencia e a define, sendo, por esse motivo, considerado um sistema aberto (Alarcão, 2006; Dias, 2011).

A saúde familiar caracteriza-se por um estado de bem-estar, dinâmico e mutável, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais, de cada indivíduo e do sistema familiar (Hanson e Kaakinen, 2005, como citado em Kaakinen e Robinson, 2018). A saúde do sistema familiar é reflexo da capacidade da família se manter funcional, organizada e com capacidade de se adaptar às necessidades individuais dos seus elementos. Neste contexto o indivíduo influencia e é influenciado pela família (Figueiredo, 2012).

Desta forma, diferentes eventos na vida da família condicionam processos coevolutivos que culminam em transições familiares, normativas ou acidentais. As transições normativas são as esperadas ao longo do ciclo vital desde a formação do casal até à saída dos filhos de casa, ao passo que as acidentais são as que ocorrem devido a acontecimentos imprevistos, que geram stress e alteram a saúde e bem-estar de um ou mais elementos da família (Figueiredo, 2012).

É neste enquadramento que surge a enfermagem de saúde familiar, que providencia cuidados de saúde à família enquanto contexto, como um todo, como um sistema e como componente da sociedade, tendo como objetivo promover, manter e restaurar a saúde da família (Kaakinen e Robinson, 2018). A enfermagem de saúde familiar está orientada para capacitar as famílias nos diferentes processos de transição, favorecendo as suas respostas aos potenciais ou reais problemas de saúde com que se deparam (Figueiredo, 2012). Para Wright e Leahey (2012), a enfermagem de saúde familiar diferencia-se da enfermagem de cuidados gerais, pela forma como conceptualiza a família, sendo esta não apenas um contexto ou recurso, mas o foco de toda a prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, o DL 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo “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” (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070). Na definição das competências do enfermeiro de família, a Ordem dos Enfermeiros (OE), realça a importância do EF tanto a nível do acesso aos cuidados de saúde, como na prestação de cuidados em todos os níveis de prevenção, tanto à família, como a cada um dos seus elementos, e também na articulação e mobilização de recursos necessários à prestação de cuidados à família (OE, 2018). A enfermagem de saúde familiar pode também ser visualizada do ponto de vista

conceptual como sendo a convergência e confluência das teorias das ciências sociais da família, da terapia familiar e das teorias de enfermagem (Hanson, 2005).

O conhecimento que o EF tem sobre a família permite realizar diagnósticos de enfermagem precisos e desenvolver planos de cuidados, para dar resposta às necessidades específicas de cada membro da família, bem como as necessidades da família como um todo, promovendo, desta forma, o seu potencial de saúde (Henriques e Santos, 2019; Kaakinen e Robinson, 2018; Lemos, 2019).

Para dar resposta à necessidade de dotar os enfermeiros com meios e ferramentas para melhor conhecerem e compreenderem as dinâmicas internas da família e com base nesta visão da enfermagem de saúde familiar Wright e Leahey (2012) desenvolveram o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), um referencial da atuação do enfermeiro no seu trabalho com a família, que assenta em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, que se desdobram em subcategorias. Paralelamente ao MCAF, estes autores criaram o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF), que orienta o planeamento das intervenções de enfermagem com base no nível de funcionamento da família, na competência do enfermeiro e nos recursos disponíveis (Wright e Leahey, 2012).

Em Portugal, a investigação de enfermagem a nível dos CSP permitiu o desenvolvimento do Modelo Dinâmico Avaliação Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012), enquanto referencial teórico e operativo da Enfermagem de Saúde Familiar Portuguesa.

Tal como o MCAF e o MCIF, o MDAIF é reconhecido pelo *International Family Nursing Association* (2017) como um modelo para a prática de enfermagem com as famílias. Este modelo baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas, na Teoria da Comunicação Humana e na Cibernética, articulando pressupostos do MCAF e do MCIF, e considerando a família como unidade de cuidados. No MDAIF o foco dos cuidados de enfermagem familiar é a família e cada indivíduo que a compõe (Correia et al., 2021). O modelo apresenta como conceitos centrais a Família, a Saúde Familiar, o Ambiente Familiar e os Cuidados de Enfermagem à Família e interpreta os focos de enfermagem propostos pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, à luz do pensamento sistémico (Figueiredo, 2012; Correia et al., 2021).

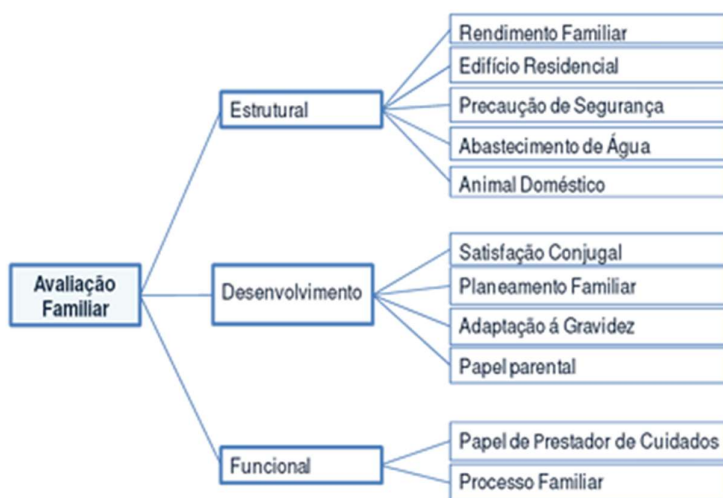
A matriz operativa do MDAIF interliga as diferentes etapas do processo de enfermagem, integrando os seguintes elementos: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções. Estes elementos estabelecem um quadro de referência, que facilita a conceção de cuidados

orientados quer para a colheita de dados, quer para o planeamento das intervenções e avaliação dos cuidados prestados (Figueiredo, 2022). É um modelo dinâmico, flexível e interativo, que permite aos enfermeiros identificar e propor intervenções que respondam às necessidades de saúde da família e dos seus elementos.

Com base nas definições operativas do MDAIF, o modelo apresenta indicadores de estrutura, de processo e de resultado, que permitem identificar os ganhos em saúde para as famílias nos domínios de estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Correia et al., 2021; Figueiredo, 2012; Silva, 2021).

O MDAIF reconhece ainda a complexidade do sistema familiar, atribuindo-lhe propriedades de globalidade, equifinidade e auto-organização. Neste contexto, tendo por base o paradigma colaborativo centrado nas forças da família, promove a potencialização das mesmas, dos seus recursos e competências. Desta forma, fornece aos enfermeiros ferramentas para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Silva, 2021). Pelas suas características, o MDAIF é um ótimo norteador da prática do enfermeiro, uma vez que divide a avaliação familiar em três grandes dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional) (Figura 4) e possui uma estrutura operativa que possibilita a interligação das diferentes etapas do processo de enfermagem (Correia et al., 2021). A matriz operativa deste referencial tem como objetivo “estabelecer uma estrutura organizativa para as ligações operacionais que conferem o elemento da testabilidade” (Figueiredo, 2012, p. 103).

Figura 4 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação

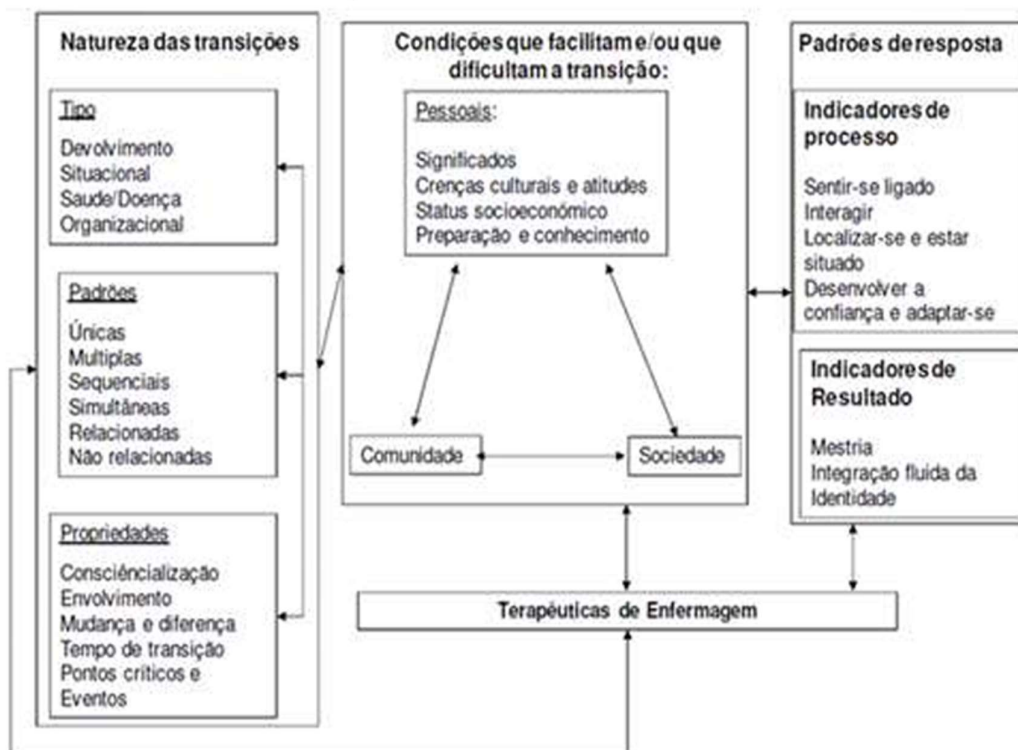


Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012, p. 104)

O uso deste referencial durante o estágio de enfermagem de saúde familiar, constituiu uma estratégia facilitadora da aprendizagem e sustentadora do treino da prática clínica, e da tomada de decisão, assente no uso de instrumentos de avaliação e intervenção familiar.

Na avaliação e intervenção no indivíduo, usou-se como referencial a teoria de médio alcance de Meleis. A Teoria das Transições de Afaf Meleis foca-se na compreensão dos processos transacionais que a pessoa vivencia, ao longo do ciclo vital, perante diversos acontecimentos de vida (Meleis, 2010). Apresenta uma estrutura teórica que pressupõe várias componentes relacionadas entre si: tipos e padrões das transições, propriedades de experiências de transição, condições da transição facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado, e terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010) (Figura 5).

Figura 5 – Esquema conceitual da Teoria de Meleis



Fonte: Adaptado de Meleis (2010, p. 56)

A teoria identifica quatro tipos de transições que podem ocorrer isoladamente ou simultaneamente. As transições podem ser: de desenvolvimento (relacionadas com as mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de

doença) e organizacionais (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional)”, sendo que o envelhecimento pode ser enquadrado como uma transição de desenvolvimento, em que há uma alteração dos papéis no seio familiar (Meleis, 2010).

Para Meleis (2010) assistir o indivíduo, a família ou a comunidade, a lidar com as transições que afetam a sua saúde, emerge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

2.2. Impacto do envelhecimento nas famílias a enfermagem de saúde familiar

De acordo com o último relatório social das ONU, Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, acompanhando a tendência mundial (ONU, 2023). Em 2021, segundo os Censos, residiam em Portugal 10 343 066 pessoas, menos 2,1% do que no Censos anterior, contrariando a tendência evolutiva crescente, que se verificava anteriormente. Nesse ano, os Censos revelaram, também, um agravamento do envelhecimento populacional em Portugal, tanto pela base, pela redução do número de indivíduos jovens, como pelo topo da pirâmide etária, através do aumento do número de indivíduos idosos (INE, 2022). De acordo com as previsões INE (2020), entre 2018 e 2080, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, e o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

O envelhecimento implica mudanças inevitáveis, influenciadas por fatores biopsicossociais que atinge, na maioria das vezes, o idoso de maneira imprevisível, contribuindo para o processo de fragilização, vulnerabilidade e declínio na saúde (Cruz et al., 2023).

Assim, o envelhecimento populacional conduzirá ao aumento da sobrecarga nos serviços de saúde e mecanismos de proteção social, decorrentes do aumento da morbilidade cada vez maior na população residente em Portugal, maioritariamente à custa da maior prevalência de doenças crónicas e das complicações daí decorrentes (DGS, 2022). Shu (2018), afirma que a situação económica da população, pode condicionar o acesso dos idosos aos serviços de saúde e a qualidade da assistência que recebem. Embora o aumento da longevidade seja positivo para alguns adultos, esta pode acompanhar-se de condições crónicas de saúde, fragilidade,

vulnerabilidade, isolamento social e recursos escassos, condições que se acentuam na viuvez (Shu, 2018).

Em Portugal, 90,0% das pessoas com 65 ou mais anos tinham como principal fonte de rendimentos, a reforma ou pensão e 24,6% da população que vivia abaixo do limiar da pobreza tinha 65 anos ou mais, vivendo com menos de 551 euros por mês (INE, 2022; Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza, 2023).

Segundo o relatório “Pobreza e Exclusão Social” (2023), desenvolvido pelo Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza, a população com 65 anos ou mais, apresenta uma maior taxa de privação material e social severa, com uma importante diferença face aos restantes grupos etários. Ainda segundo este relatório, apesar de o risco de pobreza ou exclusão social ter vindo a diminuir desde 2015, a evolução tem sido lenta, e a tendência é de alguma estagnação, revelando uma maior dificuldade em garantir uma redução sustentável da pobreza e exclusão social neste grupo etário em comparação com a infância, em que os indicadores têm evoluído de forma mais rápida e favorável (Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza, 2023).

O estudo de Peralta et al. (2022) revelou que, em 2021, quase um quarto dos idosos viviam em casas com o telhado, paredes, janelas e chão, permeáveis a água, valor que subia para 36,0% no caso dos idosos pobres. Esse estudo mostrou que 41,2% dos idosos pobres, em Portugal, viviam em casas sem aquecimento adequado, 36,0% não tinham capacidade financeira para manter a casa aquecida e apenas 2,6 % destes, tinham instalações de banho ou duche no interior das suas habitações. Em relação à alimentação, 10,6 % dos idosos pobres referiam incapacidade para ter uma refeição de carne, peixe ou equivalente vegetariano, 18,6% não tinham capacidade para comprar alimentos que permitissem fazer refeições completas e saudáveis e 5,4% já sentiu fome, porque não tinha dinheiro (Peralta et al., 2022).

Ao analisar as condições do envelhecimento, a Pordata (2021) destacou que dos 22 anos de esperança média de vida de uma mulher com 65 anos, apenas sete anos serão de vida saudável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a proposta para uma Década de Envelhecimento Saudável (2020 - 2030) e define o envelhecimento ativo e saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (OMS, 2015, p. 13). Dentro das estratégias delineadas para esta década, a OMS propôs a implementação do pacote de Cuidados Integrados para Pessoas Idosas (ICOPE).

O ICOPE visa prevenir e gerir síndromes geriátricas, identificando precocemente e intervindo nos fatores de risco que possam afetar a capacidade funcional dos idosos (OMS, 2019). As orientações, para a implementação do ICOPE, focam a otimização da capacidade intrínseca da pessoa idosa, com o objetivo de prevenir ou atrasar o início da dependência. Estas orientações abordam as condições decorrentes do declínio dos principais domínios da capacidade intrínseca da pessoa idosa, que incluem as capacidades locomotora, a visual, a auditiva, a cognitiva, a psicológica, e a vitalidade. Estas recomendações incluem também as necessidades sociais da pessoa idosa e a presença / necessidade de cuidadores (OMS, 2019).

No contexto do envelhecimento saudável, surgem dois conceitos essenciais: a capacidade funcional e a fragilidade (Preto et al., 2018). A capacidade funcional refere-se à habilidade das pessoas realizarem atividades que valorizam, o que engloba atender às necessidades básicas, tomar decisões, movimentar-se, estabelecer e manter relacionamentos, além de contribuir para a sociedade. Grande parte das pessoas idosas têm um ou mais problemas de saúde que, estando bem controlados, pouco influenciam a sua capacidade funcional. A funcionalidade de uma pessoa é determinada pela sua capacidade intrínseca, pelas características do ambiente em que está inserida e pela interação entre esses dois fatores (Won et al., 2021).

A fragilidade, é vista como o acumular de défices físicos, cognitivos, psicológicos e socioeconómicos, decorrentes da relação entre o processo de envelhecimento e os padrões de multimorbilidade do indivíduo (Pereira, 2020), e representa, por isso, a redução da capacidade intrínseca (Santana, 2020; Won et al., 2021). A capacidade intrínseca e a fragilidade, são duas dimensões interligadas, onde a primeira reflete as reservas individuais e a segunda aponta para os défices acumulados ao longo do tempo (Won et al., 2021).

De acordo com o estudo de Santana (2020), a fragilidade demonstrou ser um melhor indicador, comparativamente à idade cronológica, na previsão de mortalidade e de diferentes *outcomes* associados à idade avançada, como o aumento da incapacidade e dependência. Faria et al., (2021) refere que a condição de fragilidade nos idosos é influenciada por uma variedade de fatores. Estes incluem características sociodemográficas, como idade avançada, género feminino e baixo nível socioeconómico, bem como eventos traumáticos e críticos para a pessoa, como a perda de uma pessoa significativa, divórcio, acidente ou hospitalização. Além disso, fatores físicos, como fadiga, redução da força de preensão palmar, velocidade de marcha lenta, dificuldade em manter o equilíbrio, baixa atividade física, perda de peso não intencional e dificuldades auditivas e visuais, desempenham um papel importante. Aspetos psicológicos,

como declínio cognitivo, alterações de humor e mecanismos de *coping* prejudicados, também contribuem para a fragilidade, assim como fatores sociais, incluindo relações sociais reduzidas. A progressão de um quadro de fragilidade conduz a um aumento do risco de queda, com diminuição da funcionalidade, maior imobilidade, aumento de hospitalização e institucionalização e, conseqüentemente, a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa (Pereira, 2020). Desta forma, o foco dos cuidados de saúde deve ser a manutenção da independência à medida que a idade aumenta, prevenindo a multimorbilidade com impacto na mobilidade, que pode conduzir a maiores necessidades de cuidados (Davies et al., 2022).

De acordo com dados da OMS (2021), as quedas ocupam o segundo lugar como causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, imediatamente após os acidentes rodoviários. Estes números ressaltam a importância das quedas como um problema de saúde global significativo. Especialmente entre os idosos, as quedas representam um desafio considerável devido à vulnerabilidade aumentada dessa população.

A grande maioria das quedas ocorre dentro de casa ou na sua proximidade, durante o desempenho de atividades diárias, como caminhar, transferências ou deslocações à casa de banho, em especial de noite (Falsarella et al., 2014). É, portanto, essencial a identificação precoce de situações de fragilidade e o desenvolvimento de estratégias para intervir nos fatores de risco e potenciadores dessa fragilidade. Essas medidas visam minimizar ou prevenir consequências negativas, como quedas e incapacidade, que aumentam o risco de institucionalização e mortalidade (Cruz et al., 2023; Faria et al., 2021).

Meneses (2016) reforça a importância da prevenção precoce através da identificação dos fatores de risco subjacentes às quedas, sendo que 30,0% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos cai, pelo menos, uma vez por ano no domicílio e 50% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos cai, pelo menos, uma vez por ano em instituições.

São várias as causas associadas às quedas nos idosos, podendo ser classificadas em: intrínsecas quando decorrentes das alterações fisiológicas do envelhecimento e patológicas, relacionadas com a medicação, diminuição da capacidade funcional, o equilíbrio, o défice auditivo e visual entre outros; e extrínsecas quando se relacionam com as condições sociais e ambientais (calçado, piso, luz, ausência de corrimão e barras de proteção, entre outros) (Andrade et al., 2024; Marinho et al., 2020; Rodrigues, 2023).

Em Portugal, o Plano Nacional de segurança do doente, inclui a avaliação de risco de queda como um dos indicadores de qualidade relativos à segurança do utente, acompanhando a estratégia e plano de ação global para o envelhecimento saudável da OMS, que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e a prevenção de ocorrência de quedas (DGS, 2017, 2022; Direção-Geral da Saúde, 2022; Won et al., 2021).

Em relação aos sistemas de saúde, também estes devem ter em conta as particularidades das pessoas idosas, não devendo apenas garantir longevidade, mas também qualidade de vida, satisfação e felicidade, o que inclui compreender a importância da vida conjugal. Neste sentido, as práticas de saúde dirigidas a esta população devem se basear em proporcionar cuidados que respeitem a transpessoalidade, a autonomia e a conjugalidade, incentivando o protagonismo, a autonomia e independência do casal e a sua inclusão assim como a família nos planos de cuidados em saúde (Silva et al., 2019; Souza Júnior et al., 2022).

O envelhecimento é um processo que tem impacto tanto no indivíduo quanto no sistema familiar. Ao longo desse caminho, observam-se mudanças na estrutura e dinâmica familiar, que podem influenciar significativamente a funcionalidade familiar e o bem-estar de seus membros (Suzana et al., 2021). Neste sentido, a avaliação da funcionalidade familiar reveste-se de grande importância, uma vez que permite ao enfermeiro conhecer as relações familiares e a forma como influenciam o processo saúde-doença, bem como permite orientar a prestação de cuidados de forma a melhorar as condições de saúde e qualidade de vida das pessoas idosas (Sardinha et al., 2022).

Um bom suporte familiar contribui positivamente para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo, mas, por vezes, a responsabilidade acrescida pode gerar sobrecarga a quem cuida e, ao mesmo tempo, afetar negativamente a autoestima do idoso. Estes fatores podem contribuir para a alteração da dinâmica familiar, comprometendo o seu bem-estar (Pinto, 2022). Por este motivo, é essencial que o enfermeiro conheça a dinâmica familiar de forma que as suas intervenções favoreçam a resolubilidade e o bem-estar entre seus elementos (Fernandes, 2018; Reis e Trad, 2015).

Em relação ao local de prestação de cuidados de saúde ao idoso, estudos indicam que as consultas no domicílio são um recurso importante para a prática de enfermagem, que não só desenvolve a humanização dos cuidados, como permite controlar riscos de transmissão de doenças e contribuir para a manutenção do idoso no seu ambiente. Esta forma de prestação de

cuidados permite, ainda, que a pessoa idosa seja cuidada em conjunto, com e pela sua família (Rodrigues et al., 2019). Os cuidados de saúde ao domicílio e outras formas de prestação de cuidados na comunidade, são estratégias que se têm mostrado eficazes na promoção do envelhecimento saudável (Rodrigues et al., 2019).

Como referido anteriormente, há eventos de saúde que afetam negativamente a dinâmica familiar, como é o caso das quedas. Da mesma forma que as quedas têm consequências negativas importantes na vida da pessoa idosa, estudos também revelam que as quedas se associam negativamente com a funcionalidade familiar, sendo este evento um preditor de elevada disfunção familiar. Desta forma, em termos de planeamento de cuidados de saúde à pessoa idosa, é importante implementar ações de prevenção de quedas bem como de programas de reabilitação após quedas, para a recuperação ou manutenção da capacidade funcional (Gratão et al., 2013; Rodrigues, 2023; Rodrigues et al., 2019).

A prevenção de quedas nos idosos é uma parte crucial da prática de enfermagem em saúde familiar. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação de fatores de risco de quedas e na implementação de estratégias para preveni-las, desempenhando um papel significativo na redução do risco de quedas e na promoção da segurança e qualidade de vida dos idosos. (Faria et al., 2021; Santos et al., 2020). A avaliação do risco de quedas, identificando os fatores de risco habitacionais, permite planejar intervenções direcionadas nos locais da habitação onde existe maior risco de ocorrer e deste modo obter ganhos em saúde (Gomes, 2019; Rosa, 2022; Simão, 2022).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar no âmbito das suas competências específicas desempenha um papel crucial quer na avaliação individual no que diz respeito à avaliação dos fatores intrínsecos ao risco de queda, do indivíduo. Assim como a avaliação familiar, no que concerne a fatores extrínsecos, relacionados com o ambiente. Com recurso à matriz do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, de Figueiredo (2012), na dimensão estrutural relativa à avaliação do edifício residencial e na precaução de segurança.

Através da avaliação da dimensão estrutural relativas às condições habitacionais da família, que incluindo a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação (Figueiredo, 2012) permite avaliar se o funcionamento instrumental da família está comprometido e se as atividades da vida diária dos indivíduos são dificultadas individualmente. Permite também a avaliação de fatores extrínsecos, do risco de queda, como a iluminação, tipo de tapetes, uso de escada ou escadote, quantidade de mobiliário

em casa e a sua disposição. Esta avaliação ao permitir identificar as barreiras, lembra a importância de avaliar o conhecimento sobre como lidar com elas. Para além do conhecimento possibilita também a avaliação do comportamento de adesão, para realizar as alterações que se impõem.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Ao longo deste capítulo, pretende-se descrever as atividades realizadas no decorrer da componente clínica do estágio, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECESF, segundo os regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, da OE os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: “responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

Faz parte do perfil de competências específicas do EEECESF, o cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e dos seus membros, ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, assim como à promoção da liderança e da colaboração nos processos de intervenção, no âmbito da ESF, reconhecendo situações complexas e formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Regulamento n.º 428/2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Neste subcapítulo descreve-se a prestação de cuidados à família e aos seus membros, enquanto alvos dos cuidados de ESF.

Tal como referido no capítulo 1, a seleção das famílias para intervenção emergiu dos dados de caracterização da lista do ET realizada no estágio de Natureza Profissional com Relatório – módulo I, aplicando os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente, tendo resultado na seleção de 4 famílias. As consultas foram realizadas no domicílio, com todos os membros do casal e os dados obtidos foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®.

O MDAIF serviu como referencial teórico e a sua matriz operativa orientou o processo de avaliação e intervenção familiar nas dimensões (estrutural, desenvolvimento e funcional). Utilizaram-se os instrumentos intrínsecos à matriz:

- O genograma – representação gráfica da estrutura familiar. Pode ser utilizado como instrumento de avaliação familiar, de colheita de dados, para obter informações sobre membros, relações, eventos importantes e padrões transgeracionais. Como, também

pode ser utilizado como recurso na intervenção, promovendo o autoconhecimento dos membros da família, a comunicação saudável e o planeamento de intervenções adequadas (Figueiredo, 2012, 2023).

- O ecomapa – representação gráfica que permite avaliar as interações entre o indivíduo ou família no seu contexto ambiental. Permite colher dados sobre as redes de suporte e os recursos da comunidade (Figueiredo, 2012).
- A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado)(Amaro, 2001) – avalia as condições económicas da família, o que permite identificar a sua classe social.

O MDAIF, como instrumento de trabalho de potencialização da abordagem sistémica e colaborativa de forças, recursos e competências da família, permitiu a colheita de dados relevantes referentes ao sistema familiar, a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento de intervenções de enfermagem, bem como a sua implementação e respetiva avaliação.

Na abordagem individual, usou-se a Teoria das Transições de Meleis (2010), com o objetivo de fundamentar, interpretar e atuar no membro da família, considerando a natureza, as condições e os padrões de resposta à transição vivenciada pelo mesmo.

Na avaliação do grau de dependência utilizou-se a Escala de Barthel (DGS, 2011), uma vez que é a única disponível e passível de ser registada no SClínico®, apesar das suas limitações. A Escala de Barthel (DGS, 2011), permite avaliar a capacidade de realização de atividades de vida diária (AVD). É composta por 10 itens que abrangem várias áreas da funcionalidade, incluindo higiene pessoal, alimentação, mobilidade e uso do sanitário. Cada item é avaliado com base na capacidade do indivíduo de realizar a atividade de forma independente, com pontuações variando de 0 a 100.

Na avaliação do risco de queda utilizou-se a Escala de Quedas de Morse – versão portuguesa (Direção Geral da Saúde, 2019), apesar de ter uma maior aplicabilidade em contexto hospitalar, sendo que não existe uma escala validada ao nível nacional para avaliação do risco de quedas em pessoas idosas em contexto domiciliário e é a escala que se encontra parametrizada para registo no SClínico® (Figueiredo et al., 2023; Rocha et al., 2022). Esta escala contempla seis itens que incluem história de quedas, diagnóstico secundário, uso de dispositivos de auxílio à deambulação, uso de medicação intravenosa ou acesso periférico, deambulação e estado mental. Cada item é pontuado de acordo com sua gravidade e somados para gerar uma pontuação total. Quanto maior a pontuação, maior o risco de queda.

Na avaliação dos fatores de risco extrínsecos, para o risco de queda recorreu-se à “Lista de verificação ambiental Risco de queda no domicílio”(Rodrigues, 2023), que permite a avaliação no exterior e interior da habitação como o estado do pavimento, a qualidade da iluminação, a segurança das escadas degraus e escadotes, nas diferentes divisões como a cozinha, o quarto de banho, a sala e o quarto. Considera também o tipo de vestuário e calçado utilizado. Esta lista foi adaptada por Rodrigues (2023, p. 127 e 128) a partir do documento “Your Home Safety Checklist” produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas “Stay on your feet”, 2013 e está disponível em <https://doh.getquickmail.com/stockpdfs/7926-soyfw-a-home-safety-checklist.pdf>

Para além dos instrumentos de avaliação intrínsecos à matriz operativa do MDAIF, foi utilizada também a Entrevista Familiar Sistémica (EFS). Esta permite entender, de um modo profundo e íntegro, o sistema familiar (Zordan et al., 2012) e os seus princípios são a neutralidade, a circularidade e a hipotetização. A neutralidade pressupõe uma posição de imparcialidade que se traduz na curiosidade face à realidade de cada membro da família, partindo do pressuposto que o problema não tem um responsável, mas é mantido pelo sistema (Figueiredo, 2012). A circularidade pode ser definida como a capacidade do profissional em orientar a entrevista aos elementos da família, com base no *feedback* dos membros da família face às informações que o profissional solicita acerca das relações e diferenças (Figueiredo, 2022; Figueiredo, 2023). A hipotetização deriva do conceito de hipótese, que é gerada pelo profissional acerca do problema, sendo uma suposição baseada num determinado raciocínio, sem referência à verdade e que deve ser reformulada, se incorreta, com base na informação colhida e validada com a família (Figueiredo 2023).

A EFS desenvolve-se ao longo de diferentes etapas: o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização. O acolhimento deve ser estabelecido num ambiente terapêutico que promova o relacionamento positivo com os membros da família. Posteriormente, deve ser identificada e explorada a necessidade de intervenção através da avaliação, sendo possível compreender a relação entre a interação familiar e o sintoma, caso exista, conhecendo soluções já desenvolvidas e explorando objetivos. Com base nestas informações, e havendo necessidade, o enfermeiro deverá implementar as intervenções de acordo com o problema identificado. Finalmente, a finalização da consulta prevê a avaliação dos resultados em conjunto com a família (Figueiredo, 2022).

Na avaliação e intervenção familiar utilizaram-se, em complementaridade, técnicas transversais, que permitiram conhecer e aprofundar as dinâmicas familiares, de acordo com as perspectivas dos seus membros e considerando as suas próprias narrativas. Mobilizaram-se, também, diferentes tipos de questões de intervenção, com o objetivo de promover mudanças no funcionamento familiar, como questões lineares que facilitam a definição do problema; questões estratégicas, que através da confrontação despoletam mudanças e são orientadoras de novos padrões; questões circulares, que focalizam os efeitos comportamentais e as diferenças entre os elementos da família e podem ser classificadas em quatro tipos (diferenciais, comportamentais, hipotéticas e tríade, dependendo do intuito e do modo como são utilizadas); e finalmente, as questões reflexivas, que geram mudanças e são facilitadoras da construção conjunta de novas visões por parte dos elementos da família (Figueiredo, 2012).

A Tabela 4 apresenta os recursos utilizados na avaliação e intervenção familiar, incluindo uma descrição breve, objetivo e referências bibliográficas.

Tabela 4 – Recursos utilizados na avaliação e intervenção familiar

Recurso	Descrição	Objetivo
Escultura	Criação de uma representação física da dinâmica familiar através da posição dos membros no espaço.	Explorar as percepções dos membros da família sobre suas relações e identificar problemas de comunicação, hierarquia e afeto. Guedes e Figueiredo (2023; J. Sequeira, 2021)
Reenquadramento	Redefinição do problema apresentado pela família, oferecendo uma nova perspectiva e promovendo a mudança de comportamento.	Interromper os ciclos de <i>feedback</i> positivo que mantêm o problema e promover a autonomia da família. Ribeiro e Figueiredo (2023)
Conotação Positiva	Atribuir um significado positivo ao sintoma ou problema, focando nos pontos fortes da família e nas suas capacidades de resolução de problemas.	Fortalecer a coesão familiar e a esperança na resolução do problema. Williams e Auburn, 2016; Umbelino, 2003
Prescrições Paradoxais	Instruções para que a família continue ou exagere com o comportamento sintomático, devolvendo a responsabilidade pelo problema e promovendo a mudança.	Interromper padrões repetitivos de comportamento e desafiar a família a encontrar novas soluções. Nichols e Schwartz, 2007
Metáfora	Utilização de histórias, comparações e símbolos para abordar situações delicadas e promover a reflexão sobre o problema.	Facilitar a comunicação e a compreensão do problema, criando um espaço para a expressão de sentimentos e pensamentos. Cardona Galeano e Osorio Sánchez, 2015; Cossio Zuluaga et al., 2020

Rituais Terapêuticos	Criação de novas práticas familiares que contribuam para a resolução de problemas e o desenvolvimento da coesão familiar.	Fortalecer a comunicação, a colaboração e o afeto entre os membros da família.
Almeida, 2020; Crespo, 2011; Figueiredo, 2009		

Foi também utilizada a entrevista motivacional, uma técnica importante na abordagem individual aos membros da família, conjuntamente com o modelo transteórico da mudança. Esta abordagem centra-se no processo de mudança e contempla cinco fases: a pré-contemplanção (o indivíduo não tem consciência do comportamento nocivo nem da sua gravidade); a contemplanção (o indivíduo tem consciência do problema, mas não está preparado para o alterar ou não tem a certeza de o querer mudar); a preparação (o indivíduo está pronto a mudar); a ação (quando há implementação do processo de mudança e alteração do comportamento); a fase de manutenção (o indivíduo mantém o novo comportamento ou a abstenção de comportamento anterior, evitando a recaída); e a recaída (o indivíduo retoma o comportamento prejudicial, abandonando o comportamento benéfico) (Sequeira, 2016).

Miller e Rollnick (2017), propõem quatro princípios básicos para a condução de uma entrevista motivacional. A expressão de empatia, através da compreensão e respeito pelos sentimentos e perspetivas do indivíduo; a evitação de argumentação, ao evitar discussões que possam gerar resistência no indivíduo; o enfatizar a importância da mudança, ajudando o indivíduo a reconhecer os benefícios da mudança e sua relevância para sua vida; e, finalmente, o respeitar a autonomia do indivíduo, permitindo que este defina o ritmo e a direção da mudança, sem pressão externa (Miller e Rollnick, 2017). Assim, com recurso à entrevista motivacional, através da compreensão, do respeito e da orientação, o indivíduo é guiado no processo de mudança de forma autónoma e sustentada.

3.1.1. Descrição da prestação dos cuidados às famílias

A descrição da prestação de cuidados às famílias consiste no relato das intervenções realizadas a cada uma delas, de acordo com as necessidades que emergiram e utilizando seus pontos fortes como recursos. As famílias são identificadas por números, garantindo assim o anonimato e evitando a exposição de dados que possam identificá-las. Essa abordagem visa proteger a privacidade das famílias enquanto fornece informações detalhadas sobre os cuidados prestados e os resultados obtidos.

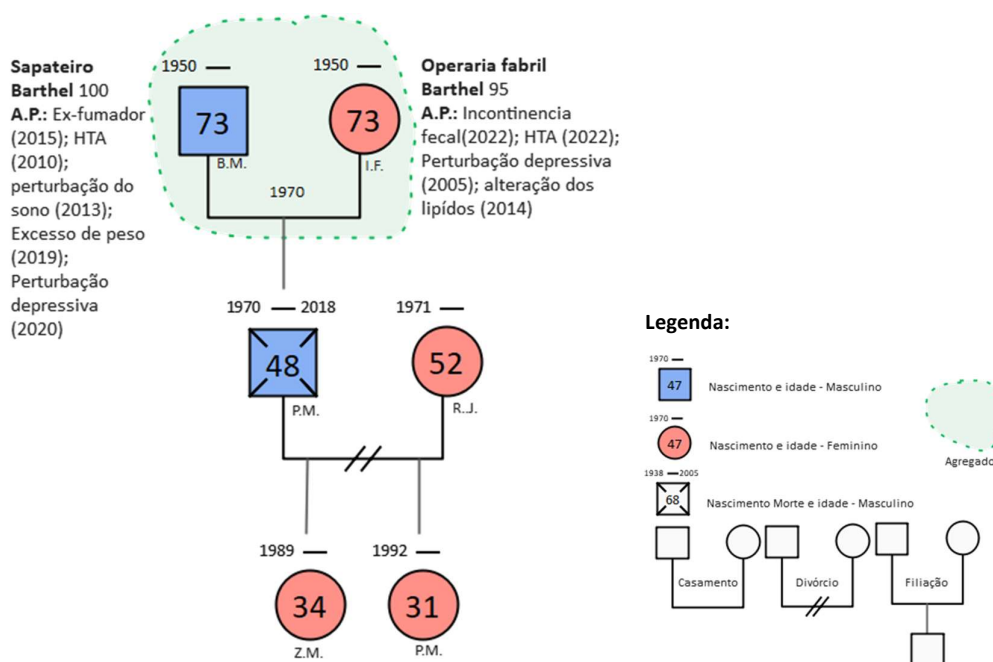
Em todas as consultas estiveram presentes ambos os membros do casal, o número de contactos, variou de acordo com as necessidades das famílias.

Família 1

Foram realizadas um total de 5 consultas, com uma duração média de 90 min, no domicílio.

Com recurso a questões lineares, como “Quem vive nesta casa?”, “Há quanto tempo estão casados?”, aos elementos que compõe esta família, construiu-se o genograma com a finalidade de conhecer a composição familiar, os seus vínculos e funções. O genograma da família 1 é apresentado na Figura 6 abaixo representado. Não se representou a geração dos pais de casal, uma vez que os elementos não tinham conhecimento dos antecedentes de saúde.

Figura 6 – Genograma Família 1



A família 1 é uma família do tipo casal, constituído por B.M. e I.F. ambos com 73 anos, que constituem o subsistema conjugal. Estão casados há 53 anos. O casal teve um filho que faleceu aos 48 anos por suicídio. Tem duas netas, com quem não têm relação, desde o acontecimento.

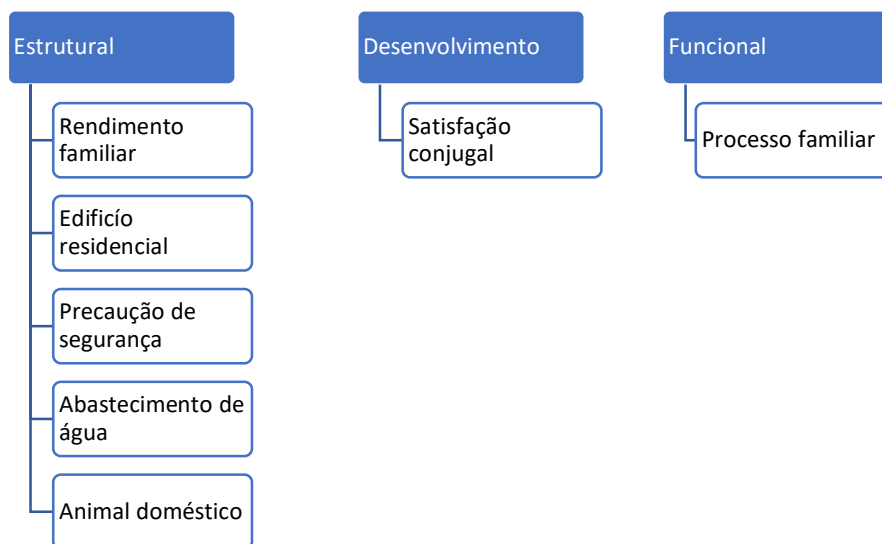
Com a família extensa, I.F. revela que contacta pessoalmente, 1 x por semana, o sobrinho de B.M. E visita semanalmente um cunhado que está institucionalizado num lar.

No que se refere aos sistemas mais amplos I.F. tem um vínculo forte com o hospital, que frequenta mensalmente, com a USF um vínculo intermédio, com consultas de rotina semestrais. B.M. mantém um vínculo forte com o trabalho referindo que o negócio continua aberto não pelo lucro, mas para que se vá mantendo ativo e contactando com os clientes, em relação à USF tem um vínculo fraco, referindo “só lá vou quando tem mesmo de ser”.

A família pertence à classe social média-baixa e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). Ambos os membros têm o quarto ano de escolaridade, estão reformados e apresentam a habitação de grau 3 no tipo de habitação.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 1 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na Figura 7.

Figura 7 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

Rendimento familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou conhecimento e capacidade não demonstrado sobre gestão do rendimento, de acordo com despesas familiares,

em qualquer nível da ORF (Figueiredo, 2012). A ORF da família 1 (grau 4 na escala de Graffar) são as reformas e os lucros do pequeno negócio. I.F. tem ainda pendente a situação da reforma, dos 12 anos que esteve emigrada, em França. Na avaliação sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares, recorreu-se a questões como “Como fazem face as despesas do mês” (questão linear) e “Se tiverem um imprevisto como fazem?” (questão hipotética), para avaliar o conhecimento e capacidade. Os elementos da família referem que são muito metódicos com a gestão das suas compras, além disso, o negócio apesar de simples vai complementando as despesas. Tratar da reforma de I.F. é um ponto prioritário, já acompanhados por uma advogada, para acompanhamento desse processo. Através dos dados colhidos, os elementos da família, demonstram conhecimento e capacidade para a gestão dos rendimentos. Diagnóstico ***Rendimento familiar não insuficiente.***

Edifício residencial, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, o tipo de habitação se situar no grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e conhecimento não demonstrado sobre riscos de edifício residencial não seguro, a ausência de higiene da habitação e/ou conhecimento não demonstrado sobre governo da casa e/ou conhecimento não demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (Figueiredo, 2012). Verificou-se que a família 1 vive numa casa do tipo grau 3, na escala de Graffar, bem localizada. Ao longo das várias consultas no domicílio, observou-se a habitação adequadamente higienizada. Diagnóstico ***Edifício residencial seguro e edifício não negligenciado.***

Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa não tem aquecimento, nem abastecimento de gás. Na avaliação das barreiras arquitetónicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Rodrigues, (2023, p.127 e128) tendo se verificado que: no pavimento, os tapetes não estão assentes no chão em material antiderrapante, o pavimento não é antiderrapante (é flutuante nos quartos e cerâmica nas restantes divisões); tem uma cadela de porte pequeno que circula livremente pela casa, quando não tem visitas. Em relação aos degraus, apesar de ser uma casa térrea, apresenta 1 degrau de acesso exterior para a casa e dentro da sala de estar para a sala de jantar, que não são facilmente diferenciáveis, nem dispõe de matéria antiderrapante nos bordos dos mesmos. Na instalação sanitária tem uma banheira que não permite sair sem terem

de se apoiar no lavatório, não tem corrimões ou equipamentos de apoio e o pavimento não é antiderrapante quando molhado. Relativamente ao vestuário e calçado I.F. usa chinelos no interior da casa e no pátio, as solas dos mesmos não são antiderrapantes, B.M. usa sapatos dentro e fora de casa. Diagnóstico ***Precaução de segurança não demonstrada***. As intervenções realizadas foram ensinar sobre medidas de precaução de segurança e motivar para estratégias de adaptação de barreiras arquitetónicas. Aquando da primeira consulta, B.M. identificou como uma necessidade adequar o wc substituindo a banheira por uma base de duche, já tinham alguns orçamentos para dar início à intervenção. Foi sugerido relativamente a este ponto, colocar uma base rente ao chão, sem degrau, de forma que se houver diminuição de mobilidade, não potencie o risco de queda. Não tendo grande impacto no orçamento foi aceite a sugestão dada. Vários estudos demonstram que a presença de tapetes duplica o risco de queda relativamente à sua inexistência e, por outro lado, condicionam as deslocações no desempenho das atividades da vida diária, como caminhar ou ir ao quarto de banho, principalmente no período da noite, quando há menos luminosidade (Oliveira et al., 2021; Santos et al., 2020). Tendo em conta a evidência, foi sugerida remoção dos pequenos tapetes, inicialmente sem grande aceitação. I.F. referiu que “sempre tive aqui os tapetes e nunca nenhum de nós caiu, não vai ser agora”, aproveitando este comentário aplicou-se a prescrição paradoxal, com o objetivo de induzir a flexibilidade e confusão de crenças relativas a manter os tapetes, com a seguinte resposta: “sim fazem muito bem, todos os outros que caíram também não tinham caído antes” e associando uma metáfora com recurso ao provérbio “depois de casa roubada, trancas à porta”, depois de acontecer é que se mudam as coisas. I.F. No final das consultas o diagnóstico Precaução de segurança passou a demonstrado uma vez que se verificou a demonstração de conhecimento sobre as barreiras arquitetónicas, nomeadamente pela compreensão dos riscos de ter tapetes e pela verificação da remoção dos mesmos, demonstrando comportamento de adesão. As obras no quarto de banho iriam iniciar na semana seguinte à última consulta. Diagnóstico ***Precaução de segurança demonstrada***.

Abastecimento de água, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, utilização da água de rede privada para consumo humano e não efetuar o controle da qualidade da água e conhecimento não demonstrado sobre o controlo da qualidade ou conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). O abastecimento de água é assegurado pela rede pública. Diagnóstico ***Abastecimento de água adequado***.

Animal doméstico, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, animal não vacinado e conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade e/ou animal não desparasitado e/ou conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade (Figueiredo, 2012). O casal tem uma cadela, de porte pequeno e raça indeterminada, com 5 anos, de acordo com os dados colhidos devidamente vacinada e desparasitada, tendo sido esterilizada ainda pequena. O animal e os locais onde dorme e come apresentam higiene adequada. Diagnóstico ***Animal doméstico não negligenciado***.

Na dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a satisfação conjugal.

- Relação dinâmica, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e/ou não satisfação do casal com o tempo que estão juntos e/ou não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (Figueiredo, 2012). Com recurso a questões lineares (p.e. “Costumam partilhas as tarefas domésticas?”), hipotéticas (p.e. “Se I.F. ficar doente, é capaz de realizar as tarefas que usualmente são executadas por I.F., como por exemplo dar a ferro?”), verificou-se que ambos os elementos do casal estão satisfeitos com a divisão de tarefas. I.F. refere que a organização da casa é realizada por ela, no que concerne à realização de refeições e higienização da mesma, uma vez que o marido passa o dia na loja, mas não vê como conflito quando questionada se se sentia sobrecarregada com essa gestão, respondeu que não. I.F.. I.F. referiu que poderiam passar mais tempo juntos e gostava que o marido expressasse melhor o que sente, “ele sempre foi muito reservado, mas desde que aconteceu o que aconteceu com o nosso filho piorou”, uma vez que B.M. estava presente questionou-se sobre “O que achava sobre o que I.F. referiu, concorda?”, B.M. assentiu como concordância referindo “custa-me falar sobre isso”, com lágrimas nos olhos.
- Comunicação, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). Relativamente á comunicação o casal não conversa sobre as expectativas e receios de cada um, conseguem chegar a um consenso quando discordam de opinião, I.F. não está satisfeita com o padrão de comunicação do casal.

- Interação sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Na interação sexual revelam que não tem intimidade B.M. refere “isso é coisas dos mais novos”, mas que esta não está relacionada com alguma disfuncionalidade, e estão bem assim. I.F. concorda com B.M.
- Função sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). O casal nega presença de disfunções sexuais.

Diagnóstico Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, e comunicação não eficaz. As intervenções realizadas foram promover a comunicação expressiva das emoções, promover a comunicação do casal, planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto. Com recurso a perguntas de escalas como p.e. “Qual a importância que atribuem ao tempo que passam juntos? Sendo 1 nada importante e 10 muito importante” Percebeu-se pelas respostas que ambos atribuem importância ao tempo que passam juntos, I.F. 8 e B.M. 7. Neste sentido, explorou-se como se sentiam no momento em relação a passarem pouco tempo juntos e o que poderiam fazer enquanto casal para melhorar este aspeto. Perceberam que a não satisfação com o tempo que passavam juntos relacionava-se com o padrão de comunicação e o não falar sobre expectativas e receios de cada um, desde o falecimento do filho. Na segunda consulta, explorou-se com o casal o que poderiam realizar em conjunto, uma tarefa, definiu-se ao jantar, 1 x por semana desligar a televisão e conversarem sobre o dia, como ritual terapêutico. Na quinta consulta (passado 2 meses) o casal não vê televisão ao jantar, exceto aos fins de semana. Passou de um dia para cinco dias e estão satisfeitos com a decisão. **Diagnóstico Satisfação conjugal mantida.**

Na dimensão funcional, avaliou-se o processo familiar no que diz respeito ao *coping* familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não existir algum membro da família que identifica os problemas e toma a iniciativa para os resolver; não haver discussão sobre os problemas na família; os membros da família não estarem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; a família não recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas; ausência de experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas

(Figueiredo, 2012). Foi percebida não haver discussão sobre os problemas do casal. O luto em relação ao filho ainda não ultrapassado. Desde a morte do filho B.M. pediu que retirassem todas as fotografias de casa, mas I.F. sente necessidade de as ter para manter viva a presença do filho. Diagnóstico **Coping familiar não eficaz**. As intervenções realizadas foram promover estratégias adaptativas/*coping* na família e negociar estratégias adaptativas/*coping* na família.

A complexidade da morte por suicídio quando comparada com outros tipos de morte, prende-se com a forma abrupta em que ocorre e choca, deixando perguntas a quem fica e sentimentos de culpabilização, raiva e vergonha (Oliveira e Faria, 2020). Nestes casos, o luto tende a ser complicado, a pessoa enlutada fica presa neste estado, sem evolução, levando a um sentimento de sobrecarga (Oliveira e Faria, 2020). O luto dos pais tem a especificidade de ser uma perda que ocorre contra o ciclo vital, sendo deste modo associado ao suicídio um luto trágico, repentino, e significativo (Dondé Tochetto Scopel e Furtado Conte, 2022).

Para I.F. é um reviver de uma situação de abandono e um perpetuar do abandono, a mãe morreu quando nasceu “a minha mãezinha morreu quando nasci, abandonou-me, agora foi o meu rico filho que me deixou”. Mobilizaram-se para agora as forças e recursos que usou para ultrapassar o luto da perda da mãe, anos mais tarde o luto por perda do pai, nunca minimizando a sua dor de perder um filho. Em conjunto com o marido foi utilizada a metáfora da caixa, de uma bola e de um botão vermelho, para explicar a dor que não passa, mas atenua. No início a bola (que reflete a emoção) como é enorme está sempre a tocar no botão vermelho (reflexo da dor) com o tempo a bola vai diminuindo, mas volta e meia toca lá no botão vermelho, o que quer dizer que a dor não vai desaparecer, por vezes, pode estar ali atenuada, mas outras vezes bate no botão vermelho e é mais forte. Com recurso a perguntas de tríade e no sentido de validar os sentimentos de ambos, por um lado I.F. queria manter a presença do filho com as fotografias, por outro lado B.M. não queria fotos para não reviver a dor, como revelou “passar aqui e ver uma foto dele, só me faz reviver a dor de não o ter comigo e porque não me pediu ajuda..., mas percebo a necessidade de I.F.”. Com recurso às abordagens narrativas e a necessidade de alterar a narrativa, reforcei que ambos não se deveriam culpar pelo que aconteceu, houve momentos, que me contaram previamente, em que o ajudaram, como por exemplo quando lhe montaram o negócio e lhe permitiram melhorar a sua qualidade de vida e a da sua família. Um exercício negociado com a família que aceitou foi escrever cartas terapêuticas e colocar as questões que ficaram por responder, colocá-las numa caixa e depois, quando se sentirem mais fortes, queimar, na representação da cremação, para fechar o ciclo. Na última consulta, I.F. mostrou a

caixa com várias cartas, refere que tem escrito todas as semanas e que apesar de não ter a resposta, sente-se mais reconfortada. Conseguiu, também, com a aceitação de B.M. colocar uma foto do filho na sala de jantar. B.M. escreveu uma carta. Durante os dias da semana, como tem jantado com a televisão desligada, tem conversado mais, inclusive sobre as cartas. Diagnóstico

Coping familiar eficaz

Individualmente I.F. não tem hábito de consumo de álcool, tabaco ou drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 95 pontos na escala de *Barthel*, que representa dependência leve para as atividades de vida diárias, e baixo risco de queda com recurso à Escala de Morse. Tem incontinência fecal desde hemorroidectomia em 2022. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem hipertensão arterial desde 2022, perturbação depressiva desde 2005 e alteração dos lípidos desde 2014. Como regime medicamentoso faz nebivolol 5 mg ao pequeno-almoço, sinvastatina 20 mg ao jantar, trazadona 100 mg e bromazepan 3 mg ao deitar. I.F., referiu seguir o regime medicamentoso conforme prescrição médica, conhecer o efeito e o motivo de ter iniciado a medicação. No entanto foi verificada na primeira consulta que a medicação estava misturada com a do marido e tinha caixas fora do prazo. Diagnóstico **Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.** As intervenções realizadas foram: ensinar sobre medicamentos e ensinar sobre regime medicamentoso. A reconciliação da medicação é o procedimento que envolve a análise da medicação de uma pessoa, sempre que ocorrem alterações na sua prescrição, com o intuito de evitar discrepâncias, como omissões, duplicações ou doses inadequadas. O objetivo é promover a adesão ao tratamento medicamentoso e contribuir para a prevenção de incidentes, associados à administração de medicamentos (DGS, 2016). Foi sugerido a aquisição de duas caixas de medicação, uma para I.F. outra para B.M., pedir na farmácia sempre do mesmo laboratório, para conseguir reconhecer as caixas (tinha 3 caixas com o mesmo princípio ativo e dose, mas de laboratórios diferentes). Elaborou-se uma folha de terapêutica com a medicação por princípio ativo, dosagem e posologia. Realizou-se intervenções do tipo ensinar, para ler o princípio ativo na caixa, em vez do nome comercial. Na segunda consulta preparou-se as caixas em conjunto, na terceira consulta, supervisionou-se a preparação das caixas, na última consulta validou-se a continuidade do uso das caixas. Usam as caixas e não há mistura de medicamentos, nem medicamentos fora do prazo. Diagnóstico **Conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso demonstrado.**

Priorizou-se este diagnóstico na lógica de continuidade de cuidados assegurados pelo ET.

B.M. fumou dos 15 aos 65 anos, até ao momento continua sem fumar, bebe 1 copo de vinho maduro tinto ao jantar, não consome drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de *Barthel*, que representa independência para as atividades de vida diárias, e baixo risco de queda, segundo a escala de Morse. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem hipertensão arterial desde 2010, perturbação do sono desde 2013, excesso de peso desde 2019, perturbação depressiva desde 2020. Como regime medicamentoso faz losartan 50 mg em jejum, lorazepan 1 mg e mirtazapina 7,5 mg à noite. Tal como a esposa B.M. referiu seguir o regime medicamentoso conforme prescrição médica, conhecer o efeito e o motivo de ter iniciado a medicação. Não pratica atividade física, como complemento à gestão do regime terapêutico. Diagnóstico **Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime exercício**. As intervenções realizadas foram ensinar sobre exercício físico, ensinar sobre vantagens do exercício físico, orientar para recursos na comunidade (programa de exercício físico promovido pela câmara municipal). Através da entrevista motivacional e do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, tentou-se que comesse a fazer uma caminhada de 30 minutos na hora do almoço. B.M. estava na fase de contemplação, identificava que precisava melhorar a capacidade física, que estava muito parado, mas não queria mudar. Realizou-se uma *check-list* para colocar no frigorífico, com uma tabela com quatro questões: quais os pontos positivos e negativos de continuar sem realizar atividade física, quais os pontos positivos e negativos de começar a realizar atividade física? Na consulta seguinte foram validadas as respostas dadas. Através de uma questão de escala questionou-se relativamente à motivação para a mudança sendo 1 pouca motivação e 10 muita motivação, respondeu 6. Questionou-se “e porque não um 5?” Ao que respondeu “6 porque sei que é importante para mim”. Foi negociado começar com 30 minutos de caminhada que iniciou, exceto nos dias de chuva, a esposa por vezes acompanha. No seguimento da continuação de realização de exercício físico foi sugerida a inscrição nas piscinas municipais, o pagamento da mensalidade é de acordo com os rendimentos e no caso desta família seria gratuito. Diagnóstico **Conhecimento sobre regime exercício demonstrado**.

Priorizou-se este diagnóstico na lógica de continuidade de cuidados assegurados pelo ET.

No decorrer das consultas, os elementos demonstraram satisfação com as intervenções de enfermagem decorrentes das consultas, realizados com o casal, permitiram mais do que o autoconhecimento individual, o autoconhecimento da família. Com a intervenção positivaram-

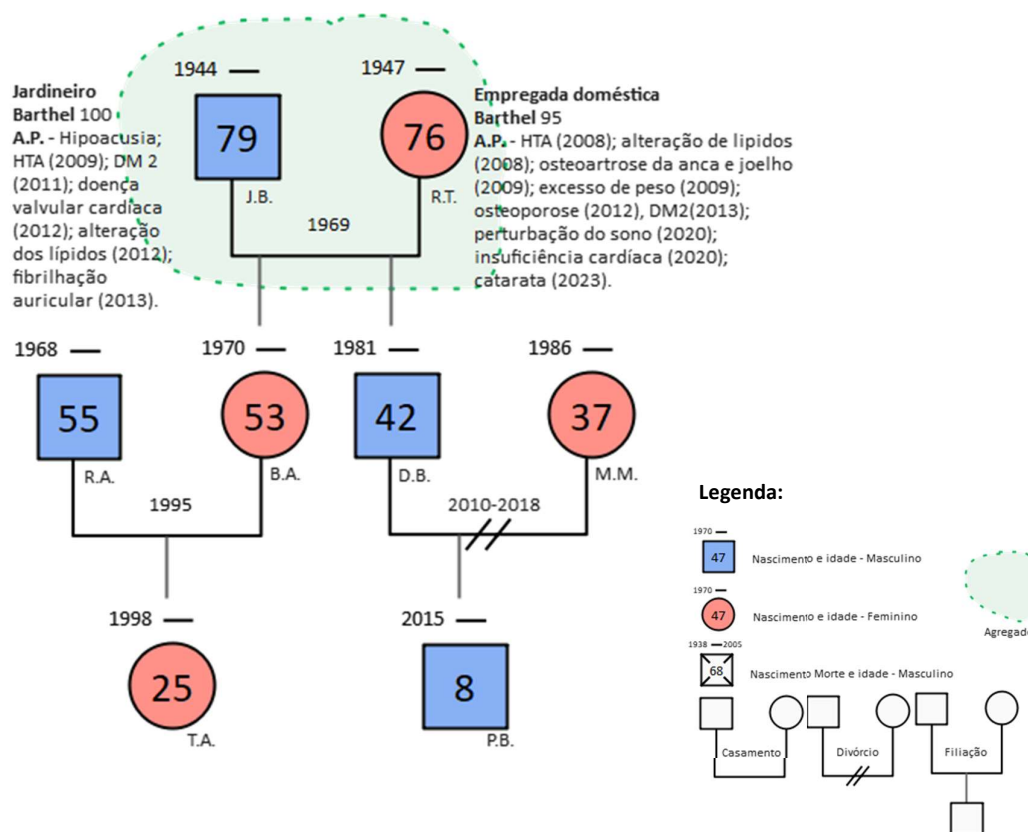
se os diagnósticos que inicialmente estavam alterados, sendo que os restantes se demonstraram como forças e recursos da família.

Família 2

Foram realizadas um total de 3 consultas, com a periodicidade de seis em seis semanas, com uma duração média de 90 min, no domicílio.

Construi-se, com a família, o genograma que se apresenta de seguida na Figura 8.

Figura 8 – Genograma família 2



A família 2 é uma família do tipo casal, constituído por J.B. com 79 anos e R.T de 76 anos, casados há 54 anos, que constitui o subsistema conjugal. Tem uma filha B.A. com 53 anos, casada com

R.A. com 55 anos, desta relação resulta uma filha T.A com 25 anos. Têm também um filho D.B. com 42 anos, divorciado desde 2018 de M.M. com 37 anos, desta relação surgiu P.B com 8 anos.

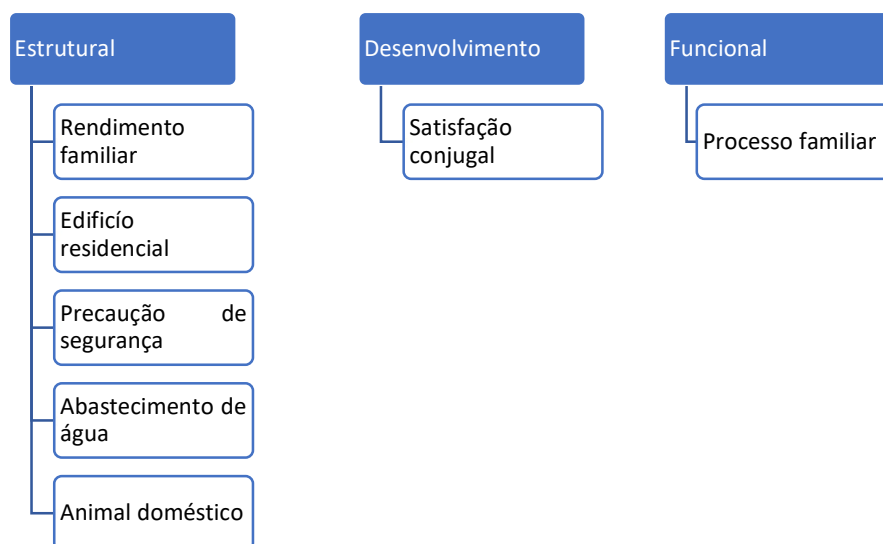
Em relação à família extensa, ambos os elementos do casal contactam diariamente pessoalmente com o filho D.B., R.T. contacta diariamente com B.A. por telefone. Aos sábados R.A., B.A., T.A, D.B. juntam-se todos em casa de J.B e R.T. para almoçarem em conjunto, P.B. está muitas vezes presente.

Relativamente aos sistemas mais amplos J.B. tem vínculo forte com o hospital, onde realiza mensalmente o controle de sangue, por hipocoagulação, com a USF um vínculo intermédio, com consultas de rotina semestrais. R.T. tem um vínculo intermédio com a USF, semestralmente nas consultas de vigilância, uma relação conflituosa com o hospital desde que recusou cirurgia ao joelho, e uma relação forte com o senhorio da casa.

A família pertence à classe social média-baixa e posiciona-se, nas subescalas; instrução e origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência, no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). A profissão situa-se no grau 5. R.T. tem o 4 ano de escolaridade, J.B. não sabe ler, estão ambos reformados.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 2, por dimensões, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na Figura 9.

Figura 9 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

Rendimento familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou conhecimento e capacidade não demonstrado sobre gestão do rendimento, de acordo com despesas familiares, em qualquer nível da ORF (Figueiredo, 2012). A ORF da família 2 (grau 4 na escala de Graffar) são as reformas de ambos, que servem para fazer face às despesas do mês (água, luz, alimentação e medicação). R.T. refere “muito raramente o dinheiro não chega, sou muito poupada” refere também que não recebe ajuda dos filhos, mesmo o filho almoçando muitas vezes com eles, J.B. diz “antes de começar a comer dá para todos e agora também não precisamos de comer tanto”. Diagnóstico ***Rendimento familiar não insuficiente***

Edifício residencial, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, o tipo de habitação se situar no grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e conhecimento não demonstrado sobre riscos de edifício residencial não seguro, a ausência de higiene da habitação e/ou conhecimento não demonstrado sobre governo da casa e/ou conhecimento não demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (Figueiredo, 2012). A família 2 vive numa casa de grau 4, segundo Graffar, localizada numa zona rural. A casa é um anexo da casa principal, do senhorio, numa zona ingreme relativamente à cota da estrada, sem campainha (porque a distância não permite a luz de casa chegar até à porta), no percurso rampeado com alguns degraus e em algumas zonas com apoio de um corrimão. A casa nas várias visitas estava arrumada, sem acúmulo de louça ou roupa, o quarto e sala apresenta zonas de acúmulo de humidade e bolor, R.T. refere que é extremamente cuidadosa com a higiene “somos pobres, mas limpos” em relação ao bolor refere que é também um dos motivos por que aguarda casa, o telhado já foi trocado, mas a casa é muito húmida, mesmo arejando refere “este ano o inverno está a ser muito húmido”. Diagnóstico ***Edifício residencial não seguro/não negligenciado***. As intervenções realizadas foram ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro, requerer serviço social, orientar a família para serviços sociais. A família encontra-se a aguardar uma habitação social. Num dos contactos estive com o senhorio, que está sensível à situação do casal e que tem conhecimento do pedido de casa social, referindo pouco conseguir fazer para minimizar as dificuldades de acessibilidade. Sugeri uma campainha com *wireless* para não ter de vir ao portão abrir a porta, referiu que ia avaliar a possibilidade e o custo associado a essa. Sugeri também ao casal tentar chegar a um acordo com o senhorio, não sabendo o tempo que demora a conseguir mudar para casa social do município, o pedido já tem 3 anos. J.B e R.T. demonstram conhecimento sobre os

riscos do edifício, tem feito as adaptações com vista a melhorar a segurança, mas são limitativos e condicionantes para R.T. sair autonomamente de casa, pelo medo de cair. Na última consulta verificou-se, que a família continua a aguardar casa social. O senhorio não realizou as intervenções sugeridas. Após intervenção mantém-se o diagnóstico ***Edifício residencial não seguro e não negligenciado.***

Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa não tem aquecimento. Tem gás de botija, que usa para preparar refeições. O transporte da botija é assegurado pela empresa onde é adquirida a botija de gás e o empregado sempre que troca verifica as borrachas e vedações, diariamente R.T. assegura que desliga após confeccionar as refeições. Na avaliação das barreiras arquitetónicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Rodrigues, (2023, p.127 e128) tendo se verificado que a casa tem uma rampa exterior de acesso à casa com pequenos degraus em cimento, tem um corrimão, que auxilia na subida e descida. Dentro de casa, tem um degrau da marquise fechada ao acesso no interior da casa, o pavimento não é antiderrapante, tem tapetes enrolados. O quarto de banho situa-se na marquise, foi adaptado há cerca de 10 anos, para ficar dentro de casa, quando fecharam a marquise e ligaram à casa, tem polibã, mas não tem equipamentos de apoio, que auxiliem na entrada e saída. A cozinha é pouco iluminada, para aceder aos armários superiores, costumam subir a uma cadeira. Tem uma cadela de porte pequeno, que circula livremente pela casa. Diagnóstico ***Precaução de segurança não demonstrada.*** As intervenções realizadas foram ensinar sobre medidas de precaução de segurança e motivar para estratégias de adaptação de barreiras arquitetónicas. Explicou-se riscos e implicações de subir a uma cadeira para aceder aos armários superiores na cozinha, na potenciação do risco de queda, aconselhou-se a usar escadote, que possuem, mas estava guardado. Abrir as persinas para melhorar a iluminação. Orientou-se para colocar barreira de apoio para entrar e sair do polibã e remoção dos tapetes dispersos pela casa. Verificou-se na última consulta que melhoraram conhecimento sobre medidas de precaução de segurança, e alteraram alguns comportamentos, como a remoção de tapetes. Diagnóstico ***Precaução de segurança demonstrada.***

Abastecimento de água, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, utilização da água de rede privada para consumo humano e não efetuar o controle da qualidade da água e conhecimento não demonstrado sobre o controle da qualidade ou conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). O abastecimento de água é assegurado pela rede publica. Diagnóstico ***Abastecimento de água adequado***.

Animal doméstico, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, animal não vacinado e conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade e/ou animal não desparasitado e/ou conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade (Figueiredo, 2012). O casal tem um cão de raça indeterminada com 9 anos, vacinado e desparasitado e um periquito. A gaiola estava limpa, assim como a zona de dormir e o comedouro do cão. É J.B. que está responsável pela higiene da gaiola, que realiza semanalmente refere “os animais é comigo sou eu que trato da gaiola e que passeio o cão”. Diagnóstico ***Animal doméstico não negligenciado***.

Na dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a satisfação conjugal.

- Relação dinâmica, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e/ou não satisfação do casal com o tempo que estão juntos e/ou não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (Figueiredo, 2012). Verificou-se que J.P. é o responsável pelo cuidado dos animais e do local dos mesmos, pelas compras dos bens essenciais, R.T. está responsável pela confeção das refeições e pelo cuidado da casa, exceto as atividades relacionadas com os animais, estão ambos satisfeitos com a divisão de tarefas, ressalvando que se for necessário J.P. também cozinha e arruma a casa. Estão satisfeitos com o tempo que passam juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos.
- Comunicação, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). R.T. refere “o segredo para estes anos de casamento é mesmo a comunicação, nunca nos deitamos chateados um com o outro” e J.P. refere que a opinião de R.T. é tão valida como a dele e que é importante saber ouvir as

diferentes perspectivas, “aqui até os netos tem algo a dizer, é claro que não concordamos sempre, mas respeitar os diferentes pontos de vista e chegar a um acordo é o ideal”.

- Interação sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Estão ambos satisfeitos com o padrão de sexualidade e tem conhecimento sobre o mesmo
- Função sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). O casal não refere disfuncionalidade relativamente à função.
- Diagnóstico **Satisfação conjugal mantida por relação dinâmica não disfuncional, comunicação eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida.**

No âmbito da dimensão funcional avaliou-se no processo:

Coping familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não existir algum membro da família que identifica os problemas e toma a iniciativa para os resolver; não haver discussão sobre os problemas na família; os membros da família não estarem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; a família não recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas; ausência de experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Figueiredo, 2012). No casal é R.T. quem na família identifica os problemas e quem tem iniciativa de os resolver, quando surge um problema é discutido em casal e por vezes os filhos tem uma opinião a dar, mesmo não partilhando a casa. Diagnóstico **Coping familiar eficaz.**

Interação de papéis familiares, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não consenso e/ou saturação do papel do papel de provedor, papel gestão financeira, papel cuidado doméstico, papel recreativo, papel de parente; e conflito de papel, no papel de provedor, papel gestão financeira, papel cuidado doméstico, papel recreativo, papel de parente (Figueiredo, 2012). Em relação à interação de papéis, consideram que existia consenso, sem conflito ou saturação nos diferentes papéis desempenhados por J.B. e R.T. Diagnóstico **Interação de papéis familiares eficaz, não conflitual.**

Face aos dados apresentados o casal apresenta **processo familiar não disfuncional, por coping familiar eficaz, e interação de papéis eficaz e não conflitual.**

Individualmente, J.B. não tem hábitos de uso de tabaco refere consumir ½ copo de vinho maduro tinto ao almoço e jantar, tem plano vacinal atualizado, é independente nas atividades de vida diárias e apresenta baixo risco de queda. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem hipertensão arterial, desde 2009; diabetes *mellitus* não insulino-dependente, desde 2011; doença valvular cardíaca, desde 2012; alteração dos lípidos, desde 2012, fibrilhação auricular, desde 2013. Como regime medicamentoso faz metformina 1000 mg ao almoço e ao jantar, lisinopril + amlodipina 29 mg + 5 mg ao pequeno-almoço, sinvastatina 20 mg ao jantar, varfine de acordo com controlo de sangue. J.B. referiu seguir o regime medicamentoso conforme prescrição médica, conhecer o efeito e o motivo de ter iniciado a medicação. Relativamente ao regime alimentar, refere os cuidados a ter com a alimentação, de acordo com as condições de saúde (hipocoagulação, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial) no que diz respeito ao tipo de alimentos, mas apenas realiza as refeições principais (Pequeno-almoço, almoço e jantar. Segundo APN (2019), o consumo pontual e moderado de álcool (2 copos de aproximadamente 150ml por dia para os homens) mostra não ter efeitos nocivos nos doentes hipocoagulados com varfin, já o uso em excesso deve ser evitado. Relativamente aos alimentos é aconselhável manter uma dieta consistente e equilibrada, o que permite evitar oscilações na eficácia do tratamento. Diagnóstico **Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético**. As intervenções realizadas foram ensinar sobre regime dietético, ensinar sobre a importância dos horários de refeições, na gestão do regime terapêutico. Recorreu-se ao conhecimento sobre Modelo Transteórico de Mudança Comportamental proposto a par com a entrevista motivacional. J.B. encontra-se na fase de pré contemplação, ou seja, não tem consciência do comportamento nocivo que deve modificar (faz poucas refeições por dia, com intervalos grandes entre as mesmas), nem da sua gravidade. Nesta fase sensibilizou-se e informou-se sobre o problema. J.B. demonstrou conhecimento sobre a importância de fazer uma refeição intermédia e achou que poderia iniciar por fazer um lanche por volta das 17h. Diagnóstico **Conhecimento sobre regime dietético**.

R.T. não tem hábitos de uso de tabaco, álcool, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 95 pontos na escala de *Barthel* que representa dependência leve para as atividades de vida diárias e baixo risco de queda, segundo a escala de Morse. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem: hipertensão arterial, desde 2008; alteração dos lípidos, desde 2008; osteoartrose da anca, desde 2009; excesso de peso, desde 2009; osteoartrose do joelho, desde 2009; osteoporose, desde 2012; diabetes não insulino-dependente, desde 2013; perturbação do sono, desde 2020; insuficiência cardíaca, desde 2020; catarata, desde 2023.

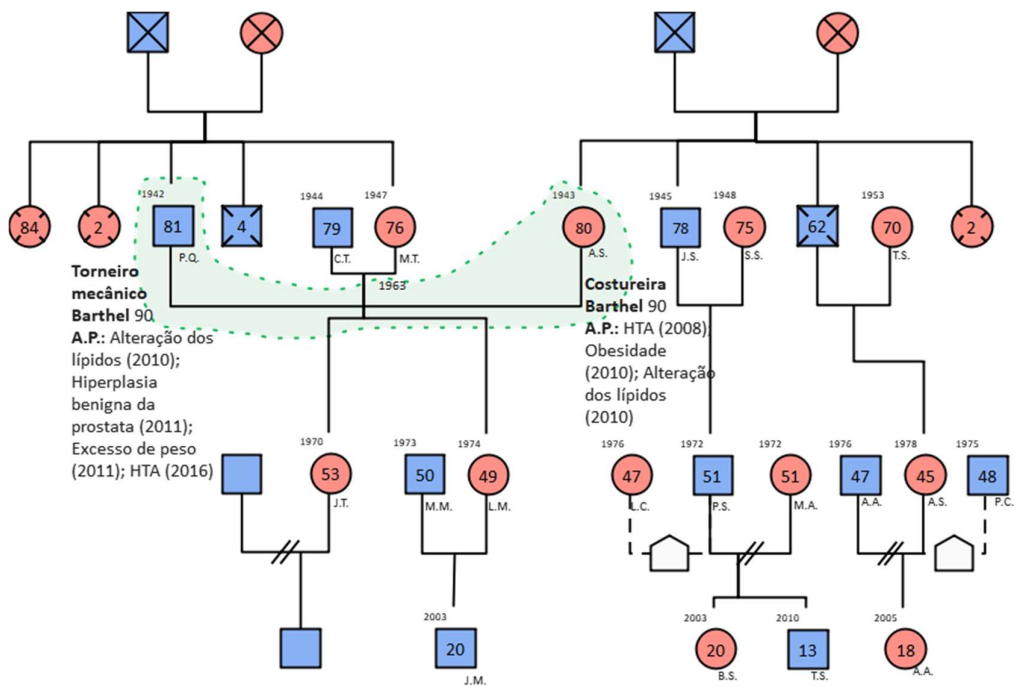
Como regime medicamentoso ácido alendróico + colecalciferol 70 mg + 5600 U.I. 1 comprimido por semana, lercanidipina 10 mg de manhã, losartan + hidroclorotiazida 100 mg+12,5 mg em jejum, metformina 500 mg ao almoço e ao jantar, sinvastatina 20 mg ao deitar, zolpidem 10 mg ao deitar, bisoprolol 10 mg ao pequeno-almoço. R.T. identifica os medicamentos e sabe como tomar de acordo com a prescrição médica. Analisando as análises sanguíneas realizadas em setembro de 2023, verifica-se uma Hb1Ac de 7,9%, na 1ª consulta peso – 70 kg, altura – 153 cm; índice de massa corporal (IMC) – 29,9; perímetro abdominal – 105 cm; tensão arterial – 122/71 mmHg; frequência cardíaca – 58 p/m. Relativamente ao histórico de Hb1Ac verifica-se um aumento de 0,4%, pediu-se a R.T. para realizar um perfil glicémico 6x dia durante uma semana, para se analisar na consulta seguinte. Analisando o perfil verificou-se aumento nos valores pós-Prandiais, pelo que houve necessidade de avaliar o regime dietético, concluindo-se que estava a fazer 3 refeições diárias, com muita ingestão de hidratos de carbono e pouca ingestão de proteína. Diagnóstico **Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético**. A par do regime alimentar comprometido o regime de exercício também, devido às condições de acessibilidade da habitação, R.T. inibe-se para sair de casa realizando pouco exercício apesar da perceção da sua importância na gestão do regime terapêutico Diagnóstico **Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício**. Realizou-se em conjunto com J.B. intervenções do tipo ensinar sobre regime alimentar, a importância da ingestão de proteína e ajuste da quantidade de hidratos de carbono. Conseguiu-se introduzir os lanches que não fazia e fez novo perfil glicémico, com esta mudança e comparando com o primeiro perfil, validou a importância e o impacto de fazer ou não a refeição no valor da glicemia, que surgiu como reforço positivo á mudança nos hábitos. Diagnóstico **Conhecimento sobre regime dietético demonstrado**.

Família 3

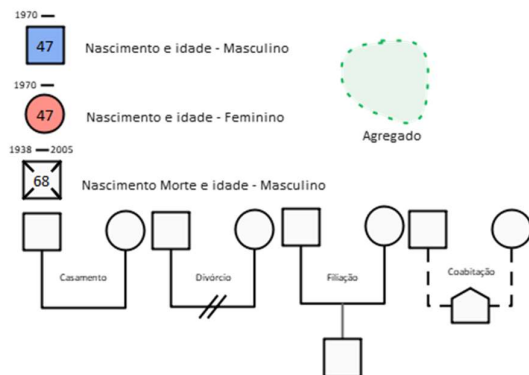
Formam realizadas num total de 3 consultas, com uma duração média de 60 min, no domicílio.

Construi-se com a família o genograma que se apresenta de seguida na Figura 10.

Figura 10 – Genograma família 3



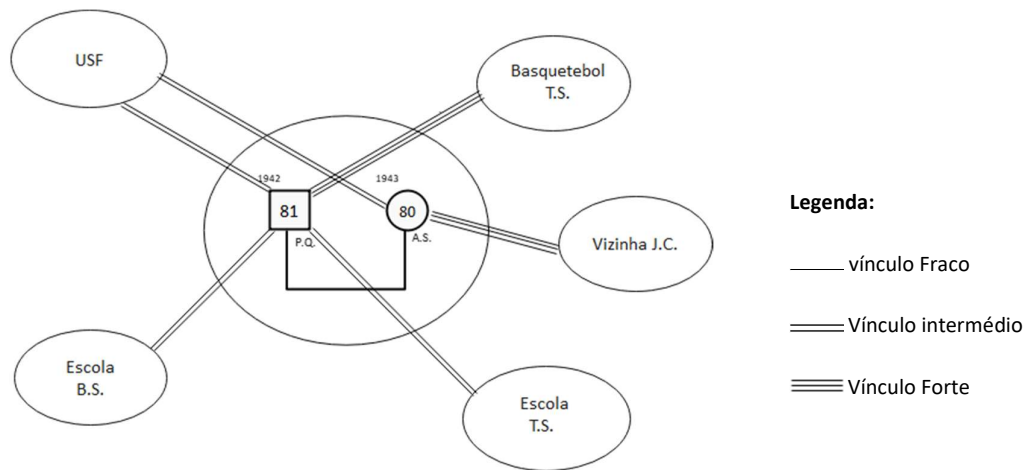
Legenda:



A família 3 é uma família do tipo casal constituída pelos elementos P.Q. e A.S. casados desde 1963, constituindo o subsistema conjugal.

Família extensa, o casal não teve filhos por diagnóstico de endometriose de A.S. aos 30 anos, referem uma relação próxima de tem uma relação muito próxima de M.A. (ex-companheira de P.S.) e dos filhos B.S. e T.S. que contactam diariamente, pessoalmente ou telefonicamente. M.A. desempenha a função de apoio emocional e guia cognitivo e de conselhos. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, apresenta-se em seguida o ecomapa da família 3 na Figura 11.

Figura 11 – Ecomapa Família 3

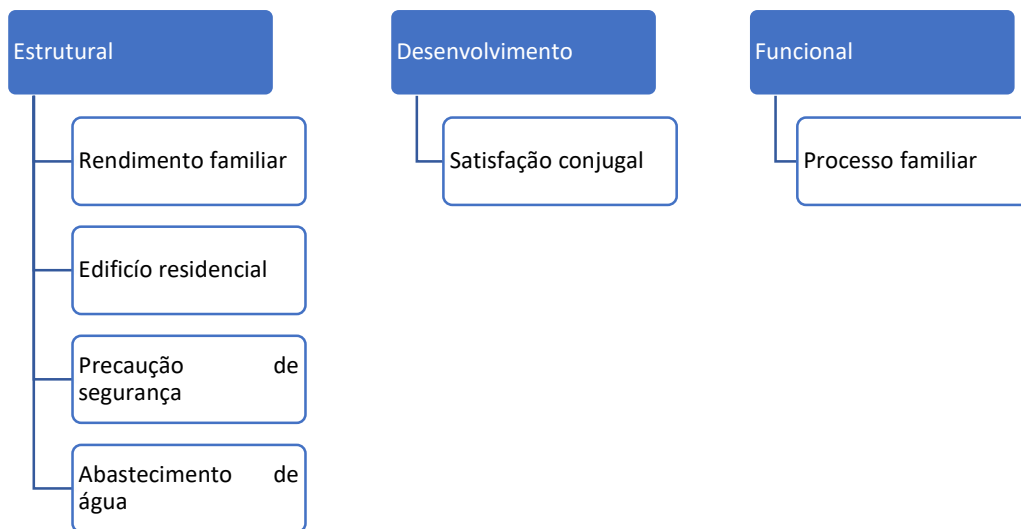


Verifica-se que P.Q. e A.S. tem com a USF um vínculo intermédio, com consultas de rotina semestrais. P.Q. tem um vínculo intermédio, com as escolas de B.S. e de T.S., 2 vezes por semana quando auxilia M.A. a levar e buscar à escola e ao basquetebol de T.S., tendo com esta um vínculo forte. A.S. tem um vínculo forte com vizinha J.C. que vai a casa 2 vezes por semana ajudar com as tarefas domésticas.

A família pertence à classe social média-baixa e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). P.Q. tem o 6º ano de escolaridade, A.S. o 4º ano, estão ambos reformados e apresentam a habitação de grau 3 no tipo de habitação.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 3 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas Figura 12.

Figura 12 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

Rendimento familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou conhecimento e capacidade não demonstrado sobre gestão do rendimento, de acordo com despesas familiares, em qualquer nível da ORF (Figueiredo, 2012). A ORF da família 3 são as reformas de ambos, que servem para fazer face às despesas do mês. É P.Q. que faz as compras para casa com orientação de A.S.. A casa que habitam é alugada e as reformas apesar de baixas permitem pagar as despesas mensais e ainda vão conseguindo juntar algum dinheiro apesar de agora ser mais difícil com o aumento dos preços como refere P.Q.. Têm uma reserva monetária para imprevistos que possam surgir. O casal demonstra conhecimento e capacidade sobre a gestão de rendimentos de acordo com as despesas familiares. Diagnóstico ***Rendimento familiar não insuficiente***

Edifício residencial, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, o tipo de habitação se situar no grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e conhecimento não demonstrado sobre riscos de edifício residencial não seguro, a ausência de higiene da habitação e/ou conhecimento não demonstrado sobre governo da casa e/ou conhecimento não demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (Figueiredo, 2012). A família reside numa habitação do tipo 3, segundo a escala de Graffar, ao longo das várias consultas no domicílio, verificou-se uma higiene adequada, sem acúmulo de louça, roupas ou pó. A limpeza da casa é maioritariamente assumida

por A.S., e tem ajuda da vizinha J.C. duas vezes por semana. A.S. refere que J.C. vem geralmente duas vezes por semana, para ajudar nas limpezas mais profunda e limpar armários, uma vez que pela idade e diminuição da mobilidade sente-se insegura para subir escadote para limpar armários altos e por cima dos roupeiros. Diagnóstico ***Edifício residencial seguro e não negligenciado.***

Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A família não usa aquecimento e não tem abastecimento de gás. A casa tem dois andares com escadas de acesso a ambos os pisos interiores e exteriores. O casal usa preferencialmente o primeiro andar onde tem o quarto, a cozinha e o quarto de banho. Na avaliação das barreiras arquitetónicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Rodrigues, (2023, p.127 e 128) tendo se verificado que a casa tinha alguns tapetes. As divisões são pequenas, no corredor de acesso aos quartos tinha um armário que limitava a circulação. A.S. quando está em casa usa sempre chinelos de sola fina. Diagnóstico ***Precaução de segurança não demonstrada.*** As intervenções realizadas foram ensinar sobre medidas de precaução de segurança e motivar para estratégias de adaptação de barreiras arquitetónicas. Na primeira consulta foi aconselhada a remoção dos tapetes, a substituição dos chinelos por uns de sola antiderrapante e sugerida a reorganização do mobiliário no corredor, que inicialmente A.S. não demonstrou muita receptividade. Abordou-se o risco de queda decorrente das barreiras e o impacto que uma queda, de um dos elementos do casal, poderá ter no outro. O casal aceitou a sugestão e removeu, nos contactos seguintes não tinha os tapetes, mudou o tipo de chinelos e mudou de local o armário do corredor. Demonstrando deste conhecimento e adesão sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Diagnóstico ***Precaução de segurança demonstrada.***

Abastecimento de água, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, utilização da água de rede privada para consumo humano e não efetuar o controle da qualidade da água e conhecimento não demonstrado sobre o controlo da qualidade ou conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). O abastecimento de água é assegurado pela rede pública. Diagnóstico ***Abastecimento de água adequado.***

Na dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a satisfação conjugal.

- Relação dinâmica, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e/ou não satisfação do casal com o tempo que estão juntos e/ou não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (Figueiredo, 2012). A.S. refere estar satisfeita sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas “Aqui em casa sempre foi assim, a minha profissão era aqui, atendia uma cliente ia fazer o almoço, depois voltava ao trabalho, ia conjugando a casa a gestão das tarefas e o serviço que tinha de fazer. O interior da casa é comigo, as compras e voltas lá fora é com P.Q.”. Devolvi a resposta dizendo que o ter sido sempre assim, agora podia não ser, as circunstâncias da vida também mudaram, estão ambos mais por casa, poderiam ambos colaborar ativamente nas tarefas. A.S. reitera que se sente bem assim e P.Q. assente em concordância referindo que até a roupa é A.S. que lhe escolhe e separa. Diz “eu nem sei escolher a roupa e combinar as cores, um dia que A.S. me falte não sei como vai ser, não fico nesta casa sozinho”.
- Comunicação, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). Ambos estão satisfeitos com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos. Referiram que na juventude e ainda hoje gostam muito de crianças e o não terem conseguido ter tido filhos poderia ter sido um motivo para os afastar um do outro, mas não, P.Q. refere que, o não conseguirem ter filhos os uniu ainda mais, são o suporte um do outro, conversam sobre tudo, decidem tudo em conjunto, A.S. refere que raramente discordam de opinião, tem formas de pensar e estar idênticas, mas quando não estão de acordo relativamente a algo fazem por chegar a um consenso.
- Interação sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Estão satisfeitos com a interação sexual, demonstrando conhecimento sobre a sexualidade.
- Função sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). P.Q. refere ausência de disfunções sexuais.

- Diagnóstico **Satisfação conjugal mantida por relação dinâmica não disfuncional, comunicação eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida.**

No âmbito da dimensão funcional avaliou-se no processo:

Coping familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não existir algum membro da família que identifica os problemas e toma a iniciativa para os resolver; não haver discussão sobre os problemas na família; os membros da família não estarem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; a família não recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas; ausência de experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Figueiredo, 2012). Ambos expressam os seus sentimentos e a iniciativa de resolução é de ambos. A.S refere “umas vezes sou eu que digo olha isto está a incomodar-me, o que podemos fazer, outras vezes é P.Q”. demonstram-se satisfeitos com a forma como os discutem e raramente recorrem a recursos externos. P.Q. refere “quando soubemos que não poderíamos ser pais, podíamos ter cada qual seguido o seu caminho, mas seguimos fortes e juntos”. Diagnóstico **Coping familiar eficaz.**

Interação de papéis familiares, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não consenso e/ou saturação do papel do papel de provedor, papel gestão financeira, papel cuidado doméstico, papel recreativo, papel de parente; e conflito de papel, no papel de provedor, papel gestão financeira, papel cuidado doméstico, papel recreativo, papel de parente (Figueiredo, 2012). Consideram que existia consenso, sem conflito ou saturação nos diferentes papéis desempenhados por ambos os elementos. Diagnóstico **Interação de papéis familiares eficaz e não conflitual.**

Relativamente às crenças familiares no que diz respeito às crenças religiosas A.S. é filha de pai protestante e mãe católica, cresceu frequentando ambas as igrejas e que ambas as avós (paterna e materna) frequentavam assiduamente a sua igreja, mas nunca houve conflito relativamente ao casamento dos pais “prevaleceu o amor, sem guerras”. Refere que o Santo António falava com a mãe. Quando algo a preocupava ou de alguém próximo, a mãe lhe perguntava e ele lhe enviava sinais e como agradecimento colocava cravos num altar, que tem em casa e preserva, desde o falecimento da mãe, com carinho. Ainda hoje, coloca os cravos. Forte devoção a Santo António, mas não frequenta a igreja.

Face aos dados apresentados o casal apresenta **processo familiar não disfuncional, por coping familiar eficaz, e interação de papéis eficaz e não conflitual.**

Individualmente A.S. não tem hábitos de uso de tabaco, álcool. Tem o plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 90 pontos na escala de *Barthel* que representa dependência leve para as atividades de vida diárias e baixo risco de queda, segundo a escala de Morse. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem: hipertensão arterial, desde 2008; obesidade, desde 2010; alteração dos lípidos, desde 2023. Como regime medicamentoso faz indapamida 1,5 mg em jejum, que segue de acordo com a prescrição médica, referindo saber para que efeitos e o motivo de ter iniciado a medicação. A.S. refere ter sido submetida a cirurgia ao intestino, tendo ficado com incontinência fecal que a limita nas saídas de casa, ausenta-se para ir a consultas, e uma vez por outra a casa da sobrinha L.A. **Diagnósticos Incontinência intestinal.** Intervenções avaliar conhecimento sobre incontinência intestinal, ensinar sobre estratégias não farmacológicas, na incontinência intestinal. Define-se Incontinência fecal como a passagem involuntária e expulsão não controlada de fezes (ICN, 2019). Intervenções sugeridas estão relacionadas comos hábitos alimentares (evicção de ingestão de cafeína, açúcar e excesso de hidratos de carbono), reforço de hidratação oral, prática de exercício físico regular e controle do peso (Linhatti et al., 2021). Linhatti et al. (2021), na revisão de literatura que realizou evidenciou a necessidade de atuação multidisciplinar no tratamento de incontinência fecal, atuando individualmente e de acordo com as singularidades de cada pessoa. Neste sentido, com consentimento de A.S. orientou-se para consulta de nutrição, não só pela obesidade, como pela incontinência fecal, de forma a ser elaborado um plano ajustado que vá de encontro às suas necessidades e permita melhorar a sua qualidade de vida. Mantém-se o diagnóstico, apesar de A.S. demonstrar conhecimento sobre a evicção de alimentos, na incontinência intestinal. Não bebe café, não ingere alimentos lácteos, nem legumes de folha verde-escura.

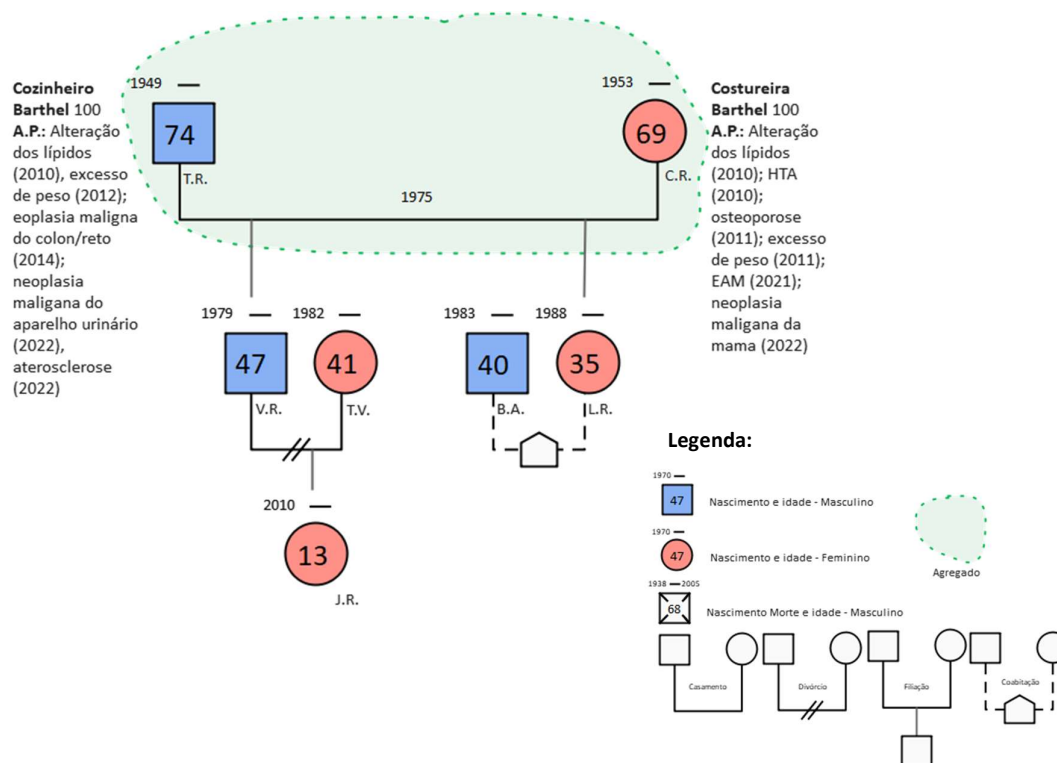
P.Q. não tem hábitos de uso de tabaco e álcool. Tem plano o vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa independência para as atividades de vida diárias e baixo risco de queda, segundo a escala de Morse. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem: alteração dos lípidos, desde 2010; hiperplasia benigna da próstata, desde 2011; excesso de peso, desde 2011; hipertensão arterial, desde 2016. Como regime medicamentoso faz AAS 100 mg 1 comprimido por dia, dutasterida + transulosina 0,5 mg + 0,4 mg ao jantar, ramipril 1,25 mg ao almoço, rosuvastatina 10 mg após o jantar que segue de acordo com a prescrição médica, referindo saber para que efeitos e o motivo de ter iniciado a medicação.

Família 4

Formam realizadas num total de 2 consultas, com intervalo de dois meses e uma duração média de 45 min, no domicílio.

Construi-se com a família o Genograma que se apresenta de seguida na Figura 13.

Figura 13 – Genograma família 4



A família 4 é uma família do tipo casal constituída pelos elementos T.R. e C.R. casados desde 1975, constituindo subsistema conjugal.

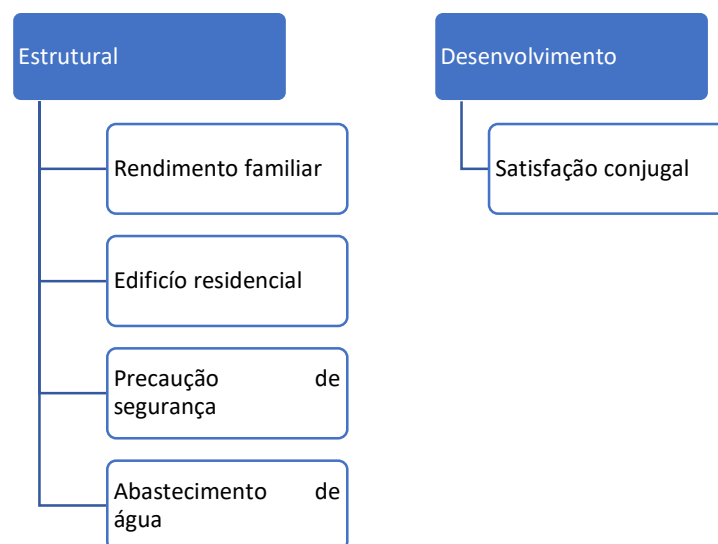
Família extensa, tem dois filhos V.R. e L.R.. V.R. está emigrado o Brasil e mantém uma relação distante com o casal, falam uma vez por mês por telefone, vão acompanhando a vida pelas redes sociais, mas sem grande contato e proximidade, assim como com o filho deste J.R. T.R. e C.R. tem uma relação próxima com a filha L.R. e com o seu companheiro B.A. tem contato diário com L.R. de forma pessoal ou por telemóvel. L.R. tem a função de apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos e ajuda material e de serviço.

C.R. tem um vínculo forte, com o Hospital, após diagnóstico de neoplasia maligna da mama em 2022, neste momento consultas de acompanhamento anuais, tem com a USF um vínculo intermédio, com consultas de rotina semestrais. T.R. tem um vínculo intermédio com o Hospital

e um vínculo fraco com a USF, referindo “já tenho que ir tantas vezes ao hospital, não preciso ir para o centro de saúde ocupar o lugar de ninguém”. T.R. e C.R. tem um vínculo fraco com o vizinho/senhório C.R. diz “ele comprou esta casa há pouco tempo, pagamos a renda, mas não somos de muitas falas, cada um no seu espaço é que se está bem.”

A família pertence à classe social média-baixa e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). T.R. tem o 9º ano de escolaridade, C.R. o 4º ano, estão ambos reformados e apresentam a habitação de grau 3 no tipo de habitação e local de residência.

Figura 14 – Áreas de atenção avaliadas por dimensões



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

Rendimento familiar, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou conhecimento e capacidade não demonstrado sobre gestão do rendimento, de acordo com despesas familiares, em qualquer nível da ORF (Figueiredo, 2012). A ORF da família 4 são as reformas de ambos. T.R. e C.R. conseguem dar resposta às necessidades básicas como alimentação e despesas de saúde, mas referem que tem de fazer muita ginástica nas contas, porque a capacidade financeira não é elevada. Questionados se houver um imprevisto como fazem, referem ter algum dinheiro junto e contam com a filha L.R. e com o seu companheiro B.A. numa emergência. T.R. diz ela já

se ofereceu por diversas vezes, tem uma vida mais desafogada, mas nós vamos conseguindo gerir com os nossos recursos”. Diagnóstico ***Rendimento familiar não insuficiente.***

Edifício residencial, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, o tipo de habitação se situar no grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e conhecimento não demonstrado sobre riscos de edifício residencial não seguro, a ausência de higiene da habitação e/ou conhecimento não demonstrado sobre governo da casa e/ou conhecimento não demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (Figueiredo, 2012). Quanto ao edifício residencial a família reside numa habitação do tipo 3, segundo a escala de Graffar, adequadamente higienizada. Diagnóstico ***Edifício residencial seguro e não negligenciado.***

Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa é um anexo à casa principal do senhorio, térrea, sem barreiras arquitetónicas. No inverno, nos dias mais frios, usam aquecedor elétrico, que demonstram conhecimento na sua correta utilização, não usam gás. Diagnóstico ***Precaução de segurança demonstrada.***

Abastecimento de água, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, utilização da água de rede privada para consumo humano e não efetuar o controle da qualidade da água e conhecimento não demonstrado sobre o controlo da qualidade ou conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). O abastecimento de água é assegurado pela rede publica. Diagnóstico ***Abastecimento de água adequado.***

Na dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a satisfação conjugal.

- Relação dinâmica, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e/ou não satisfação do casal com o tempo que estão juntos e/ou não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (Figueiredo, 2012). C.R. refere não estar satisfeita sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas “o T.R. podia-me ajudar mais, passa o dia no sofá e eu doente é que tenho de fazer tudo, comida, lavar e passar a roupa a ferro, nem quando estava a fazer a quimioterapia ajudava, era a minha filha que vinha cá”. C.R.

também não está satisfeita com o tempo que passam juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos.

- Comunicação, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). Conversam poucas vezes sobre as expectativas e receios de cada um e tem dificuldade a chegar a acordo quando discordam de opinião. Ambos estão insatisfeitos com o padrão de comunicação do casal
- Interação sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Demonstram conhecimento, mas não interagem sexualmente.
- Função sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). T.R. refere presença de disfunção.

Diagnóstico **Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida**. As intervenções realizadas foram promover a comunicação expressiva das emoções, promover a comunicação do casal, planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto. Com recurso à entrevista familiar sistémica, questionou-se T.R. sobre a sua perceção do que C.R. verbalizou o facto de se sentir pouco valorizada nos seus sentimentos, de gostar que ele passasse mais tempo em conjunto e até de ajuda nas tarefas domésticas. J.R. referiu não ter perceção da magnitude disso. Questionou-se C.R. para classificar a comunicação com T.R. de 1 a 10 sendo uma muito má e 10 muito boa (Questão de escala). Classificou como 2. Perguntou-se “o que seria preciso para passar para um 4?”, referiu “*desligar a televisão durante o jantar para podermos conversar*”. C.R. mostrou disponibilidade para aceitar o pedido de C.R. Acordou-se entre ambos começar a desligar a televisão ao almoço para que possam conversar e manter ligada ao jantar para que T.R. se mantenha atualizado nas notícias (Ritual terapêutico). Na segunda consulta, passado dois meses, verbalizaram que ao domingo desligam a televisão e tem conversado mais, reforçou-se positivamente a mudança, por terem encontrado um dia e o manterem. **Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, interação sexual adequada e função sexual não comprometida**.

Não se avaliou a dimensão funcional, uma vez que foram apenas realizadas duas consultas, priorizando-se a dimensão de desenvolvimento – satisfação conjugal.

C.R. não tem hábitos de uso de tabaco, álcool ou drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa independência para as atividades de vida diárias, sem risco de queda. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem: alteração dos lípidos, desde 2010; hipertensão arterial, desde 2010; osteoporose, desde 2011; excesso de peso, desde 2011; enfarte agudo do miocárdio, desde 2021; neoplasia maligna da mama, desde 2022. Como regime medicamentoso faz ácido ibandronico 150 mg 1 x mês, atrovastatina 40 mg após jantar que segue acordo com a prescrição médica, referindo saber para que efeitos e o motivo de ter iniciado a medicação.

T.R. não tem hábitos de uso de tabaco, álcool ou drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa independência para as atividades de vida diárias, sem risco de quedas. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem: alteração dos lípidos, desde 2010; excesso de peso, desde 2012, neoplasia maligna do colon/reto, desde 2014; neoplasia maligna do aparelho urinário, desde 2022; aterosclerose, desde 2022. Como regime medicamentoso faz fenofibrato 200 mg após o jantar, sertralina 100 mg de manhã que segue de acordo com a prescrição médica, referindo saber para que efeitos e o motivo de ter iniciado a medicação.

Ambos estão a vivenciar de forma individual uma transição saúde-doença, uma vez que só teve dois contactos com a família, priorizou-se a intervenção familiar em detrimento da intervenção individual.

3.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias

A última etapa do processo de enfermagem permite avaliar os resultados provenientes das atividades realizadas, para concretizar as intervenções, no sentido de dar resposta aos diagnósticos resultantes das necessidades que emergiram da colheita de dados inicial, traduzindo-se em ganhos em saúde. Nesta perspetiva, apresenta-se na Tabela 5 a taxa de avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, considerando os indicadores fornecidos no MDAIF (Anexo II).

Tabela 5 – Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às quatro famílias.

Dimensão Estrutural	(%)
Edifício Residencial	100
Rendimento Familiar	100
Precaução de Segurança	100
Abastecimento de Água	100
Animal Doméstico	100
Dimensão Desenvolvimento	
Satisfação conjugal	100
Dimensão funcional	
Processo Familiar	75

Em todas as famílias avaliou-se todas as dimensões, exceto o processo familiar, da dimensão funcional, que apenas se avaliou em três. A existência de animal doméstico foi avaliada nas quatro famílias, mas só duas tinham, pelo que se considerou avaliado.

Em seguida na Tabela 6 apresenta-se a taxa de prevalência dos diagnósticos.

Tabela 6 – Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem

Dimensão Estrutural	(%)
Edifício residencial não seguro	25
Edifício residencial negligenciado	0
Rendimento familiar insuficiente	0
Precaução de segurança não demonstrada	75
Abastecimento de água não adequado	0
Animal doméstico negligenciado	0
Dimensão Desenvolvimento	
Satisfação conjugal não mantida	50
• Relação dinâmica disfuncional	50
• Comunicação não eficaz	50
• Interação sexual não adequada	25
• Função sexual comprometida	25
Dimensão funcional	
Processo Familiar disfuncional	25
• Coping familiar não eficaz	25

Com a taxa de prevalência pretende-se perceber a percentagem de diagnósticos alterados nas famílias. Verificou-se o predomínio do diagnóstico precaução de segurança não demonstrada, em 3 famílias, seguindo-se a satisfação conjugal não mantida e o processo familiar disfuncional.

Na Tabela 7, apresenta-se a percentagem dos diagnósticos alterados, após intervenção.

Tabela 7 – Indicadores de resultado (Ganhos em saúde)

Dimensão Estrutural	
Edifício residencial seguro	0
Precaução de segurança demonstrada	100
Dimensão Desenvolvimento	
Satisfação conjugal mantida	50
• Relação dinâmica não disfuncional	50
• Comunicação eficaz	50
• Interação sexual adequada	0
• Função sexual não comprometida	0
Dimensão funcional	
Processo Familiar disfuncional	100
• Coping familiar eficaz	100

De acordo com os dados da Tabela 7 é possível afirmar que com as intervenções realizadas houve ganhos em saúde pela modificação positiva no estado do diagnóstico na maioria das áreas de atenção.

3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Neste subcapítulo pretende-se descrever as atividades desenvolvidas, no âmbito da competência específica do EEECESF “Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da ESF”, que se traduz na gestão do sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção, através da articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, através da promoção e da colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde.

Na unidade de competência articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, foi promovida, ao longo da componente

clínica a colaboração com outros profissionais da equipa de saúde no que se refere aos cuidados às famílias, permitindo deste modo a colaboração interdisciplinar entre equipa e entre unidades funcionais, sempre com a permissão da família.

Para dar resposta à unidade de competência gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, através do planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar, realizou-se uma proposta de avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário (Anexo III).

No decorrer dos estágios I e II, observando as práticas de documentação do enfermeiro tutor e de outros enfermeiros da USF, constatou-se que a avaliação do risco de quedas, e a até mesmo a temática do risco de quedas nos idosos, é pouco abordada e documentada nas consultas. As consultas são maioritariamente focadas nos problemas de saúde (hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC) e menos na saúde do idoso, na promoção de saúde e na prevenção da doença Silva et al., 2020). Silva et al. (2020), evidencia, no seu estudo, que o atendimento dos enfermeiros está estruturado para atender hipertensos e diabéticos de qualquer idade, não havendo direcionamento específico para idosos.

O motivo para a baixa documentação do risco de queda, poderá estar relacionado com vários fatores, nomeadamente: pouca sensibilização para a temática saúde do idoso e a prevenção das quedas; pelo facto de os indicadores contratualizados não serem sensíveis a estes dados; a parametrização no SClínico® no programa “Saúde do idoso” não propor a avaliação do risco de queda, como acontece com a “adesão à vacinação” e o “autocuidado”, sendo por isso mais um passo a executar, o que poderá ser inibidor de registo no meio de tantas outras tarefas.

As quedas são evitáveis e o risco de quedas, com lesões, pode ser reduzido se os fatores de risco forem identificados precocemente e se houver introdução atempada de intervenções apropriadas (Ang et al., 2020). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de família, pela sua proximidade, desempenham um papel crucial na promoção da saúde das famílias e dos seus membros. Promovem uma maior consciencialização sobre a responsabilidade individual e familiar na promoção da saúde, incentivando a adoção de comportamentos saudáveis. Através de cuidados antecipatórios, dirigidos à prevenção de quedas, contribuem para o prolongar da autonomia e da qualidade de vida de todos os seus membros (Rocha et al., 2022).

A consulta de enfermagem no domicílio, à pessoa idosa e sua família, é uma oportunidade privilegiada de conhecer o seu meio ambiente, as suas condições habitacionais, os seus contextos de vida e as suas dinâmicas, e detetar precocemente problemas de saúde, muitas vezes não detetados na USF, indo de encontro às suas necessidades.

Após conclusão da proposta de consulta de enfermagem de avaliação familiar, na prevenção do risco de queda, em contexto domiciliário, pretende-se:

- Apresentar à USF, numa reunião de serviço, com objetivo de apresentar o projeto e deste modo sensibilizar para a temática;
- Implementar, com apoio do Departamento de Tecnologias de Informação da ULS, uma forma de extração de dados, que permita monitorizar os indicadores (inicial, semestral e final);
- Avaliar os resultados em julho de 2025;
- Alargar o projeto a outras USF.

Para dar resposta aos objetivos propostos, elaborou-se um guia, tipo *check-list*, como suporte ao registo, no domicílio, orientando a colheita de dados relativos à saúde individual e familiar na prevenção de quedas.

Através deste guia pretende-se na consulta no domicílio:

- Realizar a caracterização sociodemográfica e familiar
- Avaliar o edifício residencial
- Avaliar a classe social
- Identificar antecedentes pessoais, familiares e de queda
- Validar medicação prescrita
- Avaliar a funcionalidade individual
- Avaliar os riscos intrínsecos de queda
- Avaliar riscos extrínsecos de queda

A elaboração da proposta teve por base o guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no contexto do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013).

Assim dividiu-se a proposta em cinco partes. Na primeira parte pretende-se identificar e descrever o problema nomeadamente a pessoas idosa e o envelhecimento, a problemática das

quedas nos idosos e a consulta de enfermagem de saúde familiar na prevenção de quedas nos idosos. Na segunda parte formulam-se os objetivos, na terceira parte descreve-se o planeamento e execução das tarefas, para a implementação. Na quarta parte a avaliação do projeto e finaliza com o cronograma.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, pretende-se refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas durante a componente clínica.

A OE define competências comuns do enfermeiro especialista como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745) e competências específicas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”(OE, 2019, p. 4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão definidas no regulamento n.º 140/2019, da OE, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Tendo por base essas competências, o desenvolvimento do estágio pautou-se pelo desempenho profissional, de acordo com as normas legais e respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão. Garantindo um ambiente terapêutico e seguro, colaborando na articulação com os programas de melhoria contínua na área da prevenção de quedas da UCC, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Desenvolveu-se o autoconhecimento e a assertividade, baseando a praxis clínica de acordo com evidencia científica.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar, estão definidas no regulamento n.º 428/2018, da OE, e são: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2018, p. 19355) e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19355).

Considerando a família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar 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. Ao longo dos estágios foi estabelecida uma relação construtiva/empática com as famílias com intuito de promover a sua saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas, abordando a família, respeitando a sua individualidade, construindo com ela um plano de ação para dar resposta às suas necessidades e objetivos, tendo em consideração os seus pontos fortes/ as suas forças. Encorajar as famílias a partilhar as suas histórias, permite a consciencialização da sua história e deste modo identificar forças e oportunidades de mudança. Deste modo explorou-se estratégias para melhorar a dinâmica familiar. Foram analisados com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar, dando *feedback* positivo, centrado nos pontos fortes da família.

O MDAIF e a sua matriz operativa serviram como guia orientador e de suporte ao longo do estágio, na aplicação do processo de enfermagem, orientando a colheita de dados, a identificação dos diagnósticos e a intervenção às famílias.

Recorreu-se à utilização de vários instrumentos de avaliação familiar como o Genograma, o ecomapa, a escala de Gaffar. Estes instrumentos permitiram identificar a estrutura familiar, a sua composição, perceber as suas ligações, os vínculos, quais as forças e recursos que podem ser mobilizados na resposta à transição das famílias e quais os pontos fracos a serem melhorados.

A intervenção decorreu no sentido da promoção do diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos objetivos com recurso da entrevista familiar sistémica, às técnicas de avaliação e intervenção sistémica como a metáfora, conotação positiva, rituais terapêuticos e até mesmo a entrevista motivacional no indivíduo, integrando a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. Foi garantida a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados e promoveu-se um ambiente seguro e saudável, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde, no que concerne a medidas para a prevenção de quedas.

No indivíduo usou-se como referencial a teoria de Meleis, a sua estrutura teórica, como auxílio na identificação das transições que pressupõe cinco componentes relacionadas entre si: tipos e padrões das transições, propriedades de experiências de transição, condições da transição, facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêuticas de

enfermagem. Recorreu-se à escala de Barthel e de Morse na avaliação individual para a dependência no autocuidado e avaliação do risco de queda respetivamente, assim como a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Rodrigues, (2023, p.127 e 128).

Sustentada na prática baseada na evidencia científica, na pesquisa da evidência mais recente para dar resposta às necessidades da família e dos seus membros. Auxiliando na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, criando um ambiente seguro para discussão de temas, como o luto, utilizando o pensamento sistémico e critico que permitiu entender a família na sua globalidade, quais os focos de intervenção da enfermagem de saúde familiar, assim como a dinâmica familiar no binómio saúde/doença, tendo em conta os fatores ambientais com implicação na saúde familiar e individual dos seus membros, elaborando, em conjunto, um plano de cuidados a fim de alcançar os resultados pretendidos. Marcou-se presença no evento NursID Spring School 202, dia nove de maio de 2023, organizado pelo Grupo de Investigação NursID - *Innovation e Development in Nursing*, em colaboração com o CINTESIS. O evento incluiu um Seminário dedicado à discussão sobre Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que consistiu em uma jornada de oito horas de partilha de conhecimento (Anexo IV).

Ao longo do estágio foram integrados os conceitos, estratégias e intervenções, que permitiu a melhor apropriação dos mesmos, assim como o envolvimento ativo e intencional na prática de saúde familiar, na procura de orientação a fim de melhorar a prática em enfermagem de saúde familiar. Um processo, que não é fechado, que requer uma avaliação continua no sentido de melhorar o desempenho, na prestação de cuidados de acordo com os padrões preconizados, integrando a investigação e a evidência.

A documentação do processo de cuidados foi realizada, integrando a saúde, família e ambiente, no programa da família, no SClínico®. Este programa, tem também por base orientadora o MDAIF, no entanto, não tem ferramentas que permitam realizar o genograma. Verificou-se também que não se encontra parametrizado para alguns diagnósticos como é o caso da satisfação conjugal, tendo estes registos que serem realizados em texto livre. Situação reportada ao interlocutor para a parametrização, mas que não foi resolvida até conclusão do estágio.

Relativamente à competência sobre liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, no sentido de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família, articulou-se com a equipa médica da USF, com a UCC e com a nutrição. Para além das equipas de saúde, articulou-se com o senhorio de uma

família, de forma a tentar encontrar soluções para melhorar a qualidade de vida dessa família, enquanto aguarda uma casa social. Foi também uma proposta de avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário. Com a mesma pretende-se sensibilizar os enfermeiros de família, para a problemática das quedas nos idosos, melhorar a documentação e os cuidados de enfermagem ao utente e suas famílias.

No fim de 16 anos a trabalhar em cuidados de saúde primários, e 12 com enfermeira de família, este curso alterou a forma de ver o indivíduo e a família, refletindo-se no modo como abordo e intervenho nas famílias e no indivíduo, sendo esse é o grande e maior contributo.

Todo este trajeto faz repensar práticas e permite uma abordagem mais centralizada, não é mais só o indivíduo, o indivíduo tem uma história, tem uma família que o influencia e que ele influencia.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio resume um percurso formativo global, compatível com a aquisição de competências específicas na área de especialização de ESF, tendo a realização dos estágios contribuído para o desenvolvimento académico e profissional, e o aprofundamento de conhecimentos teóricos subjacentes à enfermagem de saúde familiar.

No módulo I do estágio realizou-se a caracterização da USF e da lista do ET. Dos dados que emergiram, evidenciaram-se como características comuns: famílias do tipo casal de pessoas idosas, independentes ou com dependência leve, para o autocuidado e de classe social média-baixa. Com a definição de critérios de inclusão e exclusão, identificaram-se quatro famílias, as quais se planearam e prestaram cuidados durante o estágio Módulo II.

A componente clínica e as atividades realizadas com as famílias e os seus membros permitiram desenvolver a análise crítica acerca do processo de aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECESF, assim como, validar as condições necessárias para a obtenção do grau de mestre.

O MDAIF permitiu direcionar e sustentar a conceção de cuidados de enfermagem às famílias e aos seus membros, demonstrando a importância dos modelos teóricos.

Com o envelhecimento populacional, emergem as necessidades de cuidados aos idosos direcionados à promoção da saúde, prevenindo quedas, pelo impacto que esta tem que na saúde individual e familiar. Esta problemática e da perceção da baixa documentação no SClínico®, desenvolveu-se uma proposta de avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário, como proposta de programa de melhoria continua da qualidade pretende dar resposta a esta necessidade, uma consulta estruturada na promoção de saúde do idoso prevenindo as quedas, que engloba a avaliação individual, familiar e estrutural.

Como limitações/ dificuldades, estas relacionam-se o com facto de muitos anos a pensar e prestar cuidados de uma forma diferente. Passar da abordagem individual para a família como foco de cuidados. Inicialmente mostrou-se como um desafio, reflexo da experiência, assim como a realização de atividades de forma intuitiva/automática. O que este mestrado e o estágio acrescentou foi a reflexão sobre as práticas e uma visão diferente da família e da enfermagem de saúde familiar.

O contributo da aprendizagem reflete-se no dia-a-dia do exercício profissional e até pessoal. O despertar para a temática da saúde familiar colaborando com as famílias na promoção da sua saúde e prevenção da doença é um processo em construção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª Edição). Quarteto.
- Almeida, A. M. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções.
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Andrade, C. L. F., Moreira, N. F. de C., Barcelos, I. O. de, Rodrigues, J. C., Alves, K. R. S., Andrade, D. F., Santos, J. A. S., Oliveira, R. H. de, & Paula Júnior, N. F. de. (2024). Envelhecer e as principais síndromes geriátricas: relação entre fragilidade, incontinência urinária e quedas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(3), e15434. <https://doi.org/10.25248/reas.e15434.2024>
- Ang, G., Low, S., & How, C. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal*, 61(3), 116–121. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020029>
- APN. (2019). *Alimentação e Hipocoagulação Oral*. Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_AlimentacaoEHipocoagulacaoOral.pdf
- Borges, J. S., Rangel, R. L., Almeida, T. B. L., Lopes, A. O. S., Oliveira, A. S. de, Chaves, R. N., & Reis, L. A. dos. (2019). Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 169. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p169-175>
- Cardona Galeano, I. L., & Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 44, 15–35. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/613/1148>
- Correia, C. I. S., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um estudo de Caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Cossio Zuluaga, M., Echeverri Mesa, S. P., García Valencia, J. A., & Rodríguez Bustamante, A. (2020). La metáfora en terapia familiar: fundamentos para la intervención. *Revista de La Facultad de Trabajo Social*, 35(35), 80–106. <https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Crespo, C. (2011). *“À mesa com a família”: Rituais familiares ao longo do ciclo de vida*. LivPsic. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17589/1/CCrespo.Cap%c3%adtulo%20rituais.pdf>
- Cruz, C. M. B. Da, Campos, Á. A. de A., & Barbosa, T. C. (2023). O efeito da prática de exercícios físicos na redução dos níveis de fragilidade do idoso *uma revisão de literatura*. <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/610/509>

- Davies, L. E., Mercer, S. W., Brittain, K., Jagger, C., Robinson, L., & Kingston, A. (2022). The association between multimorbidity and mobility disability-free life expectancy in adults aged 85 years and over: A modelling study in the Newcastle 85+ cohort. *PLoS Medicine*, 19(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004130>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, Pub. L. No. 161/2007, Diário da República (2007).
- DGS. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (Orientação nº 054/2011).
- DGS. (2016). *Reconciliação da medicação* (Norma nº 018/2016 de 30/12/2016).
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Dias, A. L. P., Pereira, F. A., Barbosa, C. P. L., Araújo-Monteiro, G. K. N., Santos-Rodrigues, R. C., & Souto, R. Q. (2023). Risco de quedas e a síndrome da fragilidade no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36(eAPE006731).
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Dondé Tochetto Scopel, L., & Furtado Conte, R. (2022). Posvenção com pais enlutados: uma estratégia de cuidado no contexto do suicídio. *PSI UNISC*, 6(1), 98–109. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v6i1.16445>
- Falsarella, G. R., Gasparotto, L. P. R., & Coimbra, A. M. V. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897–910. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
- Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguilera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E., & Martins Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>
- Fernandes, A. C. V. (2018). *Capacidade funcional e qualidade de vida: Um estudo com pessoas mais velhas a viver na comunidade* [Mestrado Gerontologia Social]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Figueiredo. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Universidade do Porto.
- Figueiredo, A., Pais, Â., Sanches, F., Daniel, I., Barregão Inês, Gonçalves, M., Nascimento, P., Luz, S., & Venâncio Tânia. (2023). Projeto Q - Projeto de Intervenção Comunitária: Prevenção de Queda no Idoso. In *Gerir o Risco de Queda: Perspetivas e Tendências*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/47710/1/ebook_Gerir%20o%20Risco%20de%20Queda_Perspetivas%20e%20Tende%CC%82ncias_IMPRESSA%CC%83O%5B31%5D.pdf#page=53
- Figueiredo, M. F. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição). Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023). Genograma. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 431–432). Lidel.
- Galvin, K. M., Braithwaite, D. O., & Bylund, C. L. (2015). *Family Communication*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315663982>
- Ganz, D. A., & Latham, N. K. (2020). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 734–743.
<https://doi.org/10.1056/NEJMc1903252>
- Gomes, J. de J. (2019). *Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio* [Mestrado em Enfermagem Reabilitação]. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(1), 137–144. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
- Guedes, V., & Figueiredo, M. H. (2023). Escultura. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 433–435). Lidel.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª edição). Lusociência.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- ICN. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- INE. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. *Destaque*.
- INE. (2021). Dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de vida saudável - 2021. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, 6.

- INE. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
- Kaakinen, J. R., & Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing Sixth Edition. In F.A. Davis Company.
- Lemos, S. R. M. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico* [Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
<http://hdl.handle.net/10400.26/30662>
- Linhatti, A. P. B., Santos, S. G. da S. dos, Amarante, F. L. de, Silva, S. F. da, Braz, J. N., & Christmann, M. (2021). Atuação multidisciplinar no tratamento da incontinência fecal: revisão integrativa. *Disciplinarum Scientia - Ciências Da Saúde*, 22(1), 417–428.
<https://doi.org/10.37777/dscs.v22n1-032>
- Maduro, Â., & Figueiredo, M. do C. (2021). *Intervenções de Enfermagem na prevenção de quedas dos idosos: uma Scoping review*. *Revista Da UI_IPSantarém*, 9(1).
- Marinho, C. L., Nascimento, V., Bonadiman, B. da S. R., & Torres, S. R. F. (2020). Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6880–6896. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-225>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meneses, J. (2016). *Quedas em idosos*. [Mestrado em medicina do desporto]. Universidade de Coimbra.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2017). *Entrevista Motivacional Preparando as Pessoas para a Mudança* (3ª Edição). Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014* (149; 1ª).
- Mira, M., & Almeida, M. A. (2018, December). Quedas em contexto Domiciliário. *CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018 ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO*.
<https://eventos.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202018/P%C3%B3steres/23%20-%20quedas%20em%20contexto%20Domicili%C3%A1rio%20com%20altera%C3%A7ao%20da%20escala.pdf>
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar [recurso eletrónico]: conceitos e métodos* (7ª edição). Artmed.
- Observatório das Migrações. (2018). *Esperança de vida saudável no mundo*.
<https://www.om.acm.gov.pt/-/1--6#:~:text=O%20indicador%20de%20esperan%C3%A7a%20de%20vida%20saud%C3%A1vel%20%C3%A9,de%20uma%20pessoa%20sem%20condicionalismos%20%C3%A0s%20atividades%20quotidianas>

- Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza. (2023). *Pobreza e Exclusão Social. Relatório 2023*. EAPN Portugal. https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2023/10/ONLCP_PES_relatorio2023015.pdf
- Oliveira, L. M., & Faria, H. M. C. (2020). O impacto psicossocial do suicídio nos familiares sobreviventes. *Cadernos de Psicologia*, 1(2).
- Oliveira, S. R. N., Messias, F. M. de L., Cândido, J. A. B., Torres, G. M. C., Figueiredo, I. D. T., Pinto, A. G. A., Moreira, M. R. C., & Almeida, M. I. de. (2021). Fatores associados a quedas em idosos: inquérito domiciliar. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 34, 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.10998>
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. www.who.int
- OMS. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/326843>
- ONU. (2023). Leaving No One Behind In An Ageing World. *World Social Report 2023*. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/2023wsr-chapter1-.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional, Secção Sul.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. *Diário Da República n.º 135 – II Série*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., & Silva, A. (2022). Self-Care Dependency Evaluation Form: Psychometric properties of the revised version with 27 items. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 90–99. <https://doi.org/10.1111/scs.12966>
- Peralta, S., Carvalho, B. P., & Fonseca, M. (2022). *Portugal, Balanço Social 2022*. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/SEI%202023/NSBE-Relat%F3rio_Balan%E7o_Social_2022.pdf
- Pereira, A. M. F. (2020). *Diagnóstico de Situação e Projeto de Intervenção Comunitária Doentes Crónicos Complexos Utilizadores Frequentes Do Serviço De Urgência* [Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária De Saúde Pública]. Universidade Católica Portuguesa.

- Pinto, M. P. (2022). AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS. *Revista Da SPGG-Sociedade*. https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N1_Revista_SPGG.pdf
- Preto, L., Conceição, M., Amaral, S., Figueiredo, T., & Preto, P. (2018). Frailty and associated risk factors in independent older people living in rural areas. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº16), 73–84. <https://doi.org/10.12707/RIV17078>
- Ratti, A., Pereira, M. T. F., & Centa, M. D. L. (2005). A RELEVÂNCIA DA CULTURA NO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1). <https://doi.org/10.5380/fsd.v7i1.8054>
- Reis, L. A. dos, & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicologia: teoria e prática*, 17, 28–41. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003&nrm=iso
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica* (3ª edição). Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 436–437). Lidel.
- Rocha, F., Gemito, M. L., Caldeira, E., Coelho, A. P., & Moita, E. (2022). RISCO DE QUEDA NOS IDOSOS: MAIS VALE PREVENIR QUE REMEDIAR! *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3), 329. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)
- Rodrigues, D. S. G. (2023). “Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária” [Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48640/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20Diana%20Rodrigues.pdf>
- Rodrigues, R. A. P., Bueno, A. de A., Casemiro, F. G., Cunha, A. N. da, Carvalho, L. P. N. de, Almeida, V. C., Reis, N. A. dos, & Seredynskyj, F. L. (2019). Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 302–310. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>
- Rosa, A. R. M. (2022). *Condições habitacionais e risco de queda em pessoas idosas: estudo de caso* [Mestrado Gerontologia Social]. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Santana, C. de A. A. (2020). *Fragilidade do idoso: comparação de três escalas de avaliação*. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97834/1/Fragilidade%20do%20idoso%20-%20compara%C3%A7%C3%A3o%20de%20tr%C3%AAs%20escalas.pdf>
- Santos, P. H. F. dos, Stival, M. M., Lima, L. R. de, Santos, W. S., Volpe, C. R. G., Rehem, T. C. M. S. B., & Funghetto, S. S. (2020). Nursing diagnosis Risk for Falls in the elderly in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0826>
- Sardinha, A. H. de L., Sousa, L. G., Sousa, S. M. F. de, & Almeida, J. dos S. (2022). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de APS*, 24(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2016). Entrevista motivacional. In *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª Edição). Lidel.
- Sequeira, J. (2021). A Escultura Familiar: Aplicações Terapêuticas nas Terapias Sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19–30. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Shu, B.-C. (2018). Aging, Women, Poverty, and Health. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 307–307. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000288>
- Silva, D. M. da, Sousa, L., Souza, M. S., & Alves, M. (2020). THE DAILY LIFE OF FAMILY HEALTH TEAMS IN ELDERLY CARE. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200054>
- Silva, R. A. C. P. da. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família* [Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/24760/1/Rui%20Alexandre%20Silva.pdf>
- Silva, E. P., Nogueira, I. S., Labegalini, C. M. G., Carreira, L., & Baldissera, V. D. A. (2019). Perceptions of care among elderly couples. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>
- Simão, C. D. (2022). *Riscos de Quedas na Pessoa Idosa que Reside no Domicílio*. [Mestrado em Enfermagem Comunitária]. Instituto Politécnico da Guarda.
- Siqueira, B. da R., Moura, R. S., Cunha, C. A. P., Gonçalves, I. M., Sousa, M. R. de, Rezende, V. C. de, & Júnior, H. S. de F. (2021). Síndrome da fragilidade do idoso: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e9329. <https://doi.org/10.25248/reas.e9329.2021>
- Souza Júnior, E. V. de, Viana, E. R., Cruz, D. P., Silva, C. dos S., Rosa, R. S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2022). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
- Suzana, R. G., Recla, A. D. M., E Silva, M. C. P., Pampolim, G., & Sogame, L. C. M. (2021). FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA – ES. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 26(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.102314>
- UCC. (2023). *Plano de Acompanhamento Interno - Prevenção de quedas*.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição). Edições Sílabo.
- Won, C. W., Ha, E., Jeong, E., Kim, M., Park, J., Baek, J. E., Kim, S., Kim, S. B., Roh, J., Choi, J. H., Jeon, S. Y., Jung, H., Lee, D., Seo, Y., Shin, H., & Kim, H. (2021a). World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) and the Integrated Care of Older Patients with Frailty in Primary Care (ICOOP_Frail) Study in Korea. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 25(1), 10–16. <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0025>

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (5 ed). Roca.

Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção The interview in systemic family therapy: theoretical presuppositions, models, and intervention techniques. *PERSPECTIVA, Erechim*, 36(136), 133–142.

7. ANEXOS

ANEXO I – Escala de Barthel

Escala de Barthel publicada na Norma da Direção Geral de Saúde N.º 054/2011 de 27/12/2011.

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

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

ANEXO II – Mapeamento dos indicadores do MDAIF

https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

b. Dimensão Desenvolvimento

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

c. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100
Nº. de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas com Planeamento Familiar não eficaz/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100
Nº. de famílias com subsistema conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100
Nº. de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial /Nº total de famílias com Edifício residencial negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar /Nº total de famílias com Rendimento Familiar insuficiente x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Prevenção de Segurança /Nº total de famílias com Prevenção de Segurança não demonstrada x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água /Nº total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não mantida x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Sexual /Nº total de famílias com Interação Sexual não adequada
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Função Sexual /Nº total de famílias com Função Sexual comprometida x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Planejamento Familiar /Nº total de famílias com Planejamento Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Fertilidade /Nº total de famílias com Fertilidade Comprometida x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional /Nº total de famílias com Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Uso de contraceptivo /Nº total de famílias com Uso contraceptivo não adequado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento Reprodução /Nº total de famílias com Conhecimento Reprodução não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Adaptação Gravidez /Nº total de famílias com Adaptação Gravidez não demonstrada x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento /Nº total de famílias com Conhecimento não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos Adesão /Nº total de famílias com Comportamentos Adesão Não Demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental não adequado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados / Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel / Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão / Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel / Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel / Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel / Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar / Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar / Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar / Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis / Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis / Nº total de famílias com Interação Papéis conflitual x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica / Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

ANEXO IIIII – Projeto Melhoria Contínua

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR NA PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDA, NA CONSULTA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Lígia Silva | 10477

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Unidades Curriculares de Estágio de natureza profissional – Módulo I e II

**Proposta de avaliação familiar na
prevenção do risco de queda, na consulta
de enfermagem, em contexto domiciliário**

Orientador
Professora Ana Isabel Vilar

Coorientador
Professora Doutora Maria José Peixoto

Autor
Lígia Silva | 10477

Porto, 2024

ABREVIATURAS/ SIGLAS /ACRÓNIMOS

AVD – Atividades da vida diárias

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

DGS – Direção-Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

USF – Unidade de Saúde familiar

ÍNDICE

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
2. <u>IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA</u>	6
3. <u>FORMULAR OBJETIVOS</u>	13
4. <u>PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS</u>	14
5. <u>AVALIAÇÃO DO PROJETO</u>	15
6. <u>CRONOGRAMA</u>	16
7. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	17
<u>ANEXOS</u>	24
<u>Anexo 1 – Guia orientador</u>	

1. INTRODUÇÃO

No âmbito das Unidades Curriculares de Estágio de natureza profissional – Módulo I e II do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que decorreu, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada numa Unidade Local de Saúde, na zona norte, emergiu a proposta de elaboração de um Guia Orientador para avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário.

Pretende-se, com esta proposta, dar resposta à unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, definida pelo regulamento n.º 428/2018, da Ordem dos Enfermeiros: “Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar”, na unidade de competência “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”, através do planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As quedas são um dos problemas de saúde mais preocupantes entre os idosos (65 e mais anos), dada sua frequência e graves consequências que podem acarretar, sendo por isso consideradas um dos grandes síndromes geriátricos (Andrade et al., 2024; Pinto, 2022; Siqueira et al., 2021). As quedas representam um desafio significativo para os sistemas de saúde, pelos múltiplos fatores que para elas contribuem, fatores intrínsecos, como mudanças físicas relacionadas à idade, condições médicas subjacentes e uso de certos medicamentos, assim como fatores extrínsecos relacionados com condições ambientais, como calçado, piso, luz, ausência de corrimão e barras de proteção, na habitação. A prevenção e a gestão dos fatores de risco associados às quedas é crucial para promover a saúde e a segurança dos idosos (Andrade et al., 2024; Falsarella et al., 2014; Maduro e Figueiredo, 2021; Rodrigues, 2023).

A avaliação do risco de queda nos idosos não é feita de forma sistemática, e as visitas domiciliárias concentram-se, geralmente, nas intervenções do âmbito do executar, no tratamento de feridas, com pouco ênfase na promoção da saúde (D. M. da Silva et al., 2020). Considerando que o domicílio é o ambiente onde a maioria das quedas entre os idosos ocorre, e que a visita domiciliária permite a avaliação e intervenção nas condições habitacionais que podem contribuir para esses incidentes, surge assim a necessidade de sistematizar uma consulta de saúde do idoso, no domicílio, para esse efeito (Rocha et al., 2022).

O objetivo desta proposta é o desenvolvimento e a implementação de um foi desenvolver e implementar um protocolo de avaliação de risco de quedas em idosos durante as visitas domiciliares, incluindo uma avaliação abrangente das condições físicas, ambientais e medicamentosas, que podem contribuir para o risco de quedas.

A elaboração desta proposta de consulta teve por base o guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no contexto do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Assim dividiu-se a proposta em cinco partes. Na primeira parte pretende-se identificar e descrever o problema nomeadamente a pessoas idosa e o envelhecimento, a problemática das quedas nos idosos e a consulta de enfermagem de saúde familiar na prevenção de quedas nos idosos. Na segunda parte formulam-se os objetivos, na terceira parte descreve-se o planeamento e execução das tarefas, para a implementação. Na quarta parte a avaliação do projeto e finaliza com o cronograma.

2. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A pessoa idosa e o envelhecimento

De acordo com o relatório mais recente das Nações Unidas sobre o estado social, Portugal figura entre os países mais envelhecidos da Europa, seguindo a mesma tendência observada globalmente (ONU, 2023). De acordo com as previsões do Instituto Nacional de Estatística (2020), entre 2018 e 2080, o número de idosos, passará de 2,2 para 3,0 milhões, e o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa (INE, 2020). Deste modo, o envelhecimento populacional conduzirá ao aumento da sobrecarga nos serviços de saúde e mecanismos de proteção social, decorrente do aumento da morbilidade na população residente em Portugal, maioritariamente à custa da maior prevalência de doenças crónicas e das complicações daí decorrentes (DGS, 2022).

O envelhecimento implica mudanças inevitáveis, influenciadas por fatores biopsicossociais que atingem, na maioria das vezes, o idoso de maneira imprevisível, contribuindo para o processo de fragilização, vulnerabilidade e declínio na saúde (Cruz et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a proposta para uma Década de Envelhecimento Saudável (2020–2030) e define o envelhecimento ativo e saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”(OMS, 2015, p. 13). Dentro das estratégias delineadas para esta década, a OMS propôs a implementação do pacote de Cuidados Integrados para Pessoas Idosas (ICOPE).

O ICOPE visa prevenir e gerir síndromes geriátricas, identificando precocemente e intervindo nos fatores de risco que possam afetar a capacidade funcional dos idosos (OMS, 2019). As orientações, para a implementação do ICOPE, focam a otimização da capacidade intrínseca da pessoa idosa, com o objetivo de prevenir ou atrasar o início da dependência. Estas orientações abordam as condições decorrentes do declínio dos principais domínios da capacidade intrínseca da pessoa idosa, que incluem as capacidades locomotora, a visual, a auditiva, a cognitiva, a psicológica, e a vitalidade. Estas recomendações incluem também as necessidades sociais da pessoa idosa e a presença / necessidade de cuidadores (OMS, 2019).

No contexto do envelhecimento saudável, surgem dois conceitos essenciais: a capacidade funcional e a fragilidade (Preto et al., 2018). A capacidade funcional refere-se à habilidade das pessoas realizarem atividades que valorizam, o que engloba atender às necessidades básicas, tomar decisões, movimentar-se, estabelecer e manter relacionamentos, além de contribuir para

a sociedade. Grande parte das pessoas idosas têm um ou mais problemas de saúde que, estando bem controlados, pouco influenciam a sua capacidade funcional. A funcionalidade de uma pessoa é determinada pela sua capacidade intrínseca, pelas características do ambiente em que está inserida e pela interação entre esses dois fatores (Won et al., 2021).

A fragilidade, é vista como o acumular de défices físicos, cognitivos, psicológicos e socioeconómicos, decorrentes da relação entre o processo de envelhecimento e os padrões de multimorbilidade do indivíduo (Pereira, 2020), e representa, por isso, a redução da capacidade intrínseca (Santana, 2020; Won et al., 2021). A capacidade intrínseca e a fragilidade, são duas dimensões interligadas, onde a primeira reflete as reservas individuais e a segunda aponta para os défices acumulados ao longo do tempo (Won et al., 2021).

A progressão de um quadro de fragilidade conduz a um aumento do risco de queda, com diminuição da funcionalidade, maior imobilidade, aumento de hospitalização e institucionalização e, conseqüentemente, a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa (Pereira, 2020).

De acordo com Faria et al., (2021) a condição de fragilidade nos idosos é influenciada por uma variedade de fatores. Estes incluem características sociodemográficas, como idade avançada, género feminino e baixo nível socioeconómico, bem como eventos traumáticos e críticos para a pessoa, como a perda de uma pessoa significativa, divórcio, acidente ou hospitalização. Além disso, fatores físicos, como fadiga, redução da força de preensão palmar, velocidade de marcha lenta, dificuldade em manter o equilíbrio, baixa atividade física, perda de peso não intencional e dificuldades auditivas e visuais, desempenham um papel importante. Aspectos psicológicos, como declínio cognitivo, alterações de humor e mecanismos de *coping* prejudicados, também contribuem para a fragilidade, assim como fatores sociais, incluindo relações sociais reduzidas.

A problemática das quedas nas pessoas idosas

De acordo com dados da OMS (2021), as quedas ocupam o segundo lugar como causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, imediatamente após os acidentes rodoviários. Estes números ressaltam a importância das quedas como um problema de saúde global significativo. Especialmente entre os idosos, as quedas representam um desafio considerável devido à vulnerabilidade aumentada dessa população.

A prevenção de quedas nos idosos é uma parte crucial da prática de enfermagem em saúde familiar. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação de fatores de

risco de quedas e na implementação de estratégias para preveni-las, desempenhando um papel significativo na redução do risco de quedas e na promoção da segurança e qualidade de vida dos idosos (Faria et al., 2021; Santos et al., 2020).

Meneses (2016) reforça a importância da prevenção precoce através da identificação dos fatores de risco subjacentes às quedas, sendo que 30,0% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos cai, pelo menos, uma vez por ano no domicílio e 50% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos cai, pelo menos, uma vez por ano em instituições.

É portanto, essencial a identificação precoce de situações de fragilidade e o desenvolvimento de estratégias para intervir nos fatores de risco e potenciadores dessa fragilidade. Essas medidas visam minimizar ou prevenir consequências negativas, como quedas e incapacidade, que aumentam o risco de institucionalização e mortalidade (Cruz et al., 2023; Faria et al., 2021).

Fatores de risco

São várias as causas associadas às quedas nos idosos, podendo ser classificadas em intrínsecas quando decorrentes das alterações fisiológicas do envelhecimento e patológicas, relacionadas com a medicação, diminuição da capacidade funcional, o equilíbrio, o défice auditivo e visual entre outros; e extrínsecas quando se relacionam com as condições sociais e ambientais (calçado, piso, luz, ausência de corrimão e barras de proteção, entre outros) (Andrade et al., 2024; Marinho et al., 2020; Rodrigues, 2023).

Faria et al. (2021) referem que, atualmente, uma das estratégias, para a prevenção de quedas, passa por identificar os idosos, a partir dos cuidados de saúde primários, em risco de queda e intervir na sua fragilidade, selecionando e orientando os elegíveis para programas de prevenção de quedas que incluem atividade física, revisão de medicação e os riscos em casa.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar no âmbito das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), no regulamento n.º 428/2018, (p.19357) “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”. Neste sentido desempenha um papel crucial quer na avaliação individual no que diz respeito à avaliação dos fatores intrínsecos ao risco de queda, quer na avaliação familiar, no que concerne a fatores extrínsecos, relacionados com o ambiente. Com recurso à matriz do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, de Figueiredo (2012), na dimensão estrutural relativa à avaliação do edifício residencial e na precaução de segurança.

A consulta de enfermagem de saúde familiar na prevenção das quedas nos idosos

No decorrer dos estágios I e II, observando as práticas de documentação do enfermeiro tutor e de outros enfermeiros da USF, constatou-se que a avaliação do risco de quedas, e a até mesmo a temática do risco de quedas nos idosos, é pouco abordada e documentada nas consultas. A 31/12/2023 apenas 0,9% (39 em 4005) de todos os idosos inscritos na USF tinham registo da avaliação do risco de quedas (Fonte: SClínico). Este facto corrobora a afirmação de D. M. da Silva et al. (2020), de que as consultas são maioritariamente focadas nos problemas de saúde (hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC) e menos na saúde do idoso, na promoção de saúde e na prevenção da doença. Os mesmos autores, evidenciam, no seu estudo, que o atendimento dos enfermeiros está estruturado de forma a atender pessoas com hipertensão e diabetes de qualquer idade, não havendo direcionamento específico para a pessoa idosa.

O motivo para a baixa documentação do risco de queda é neste momento desconhecido mas poderá estar relacionado com vários fatores, desde a pouca sensibilização para a temática saúde do idoso e a prevenção das quedas; até ao facto de os indicadores contratualizados não serem sensíveis a estes dados e da parametrização no SClínico® no programa “Saúde do idoso” não propor a avaliação do risco de queda, como acontece com por exemplo com a “adesão à vacinação” e o “autocuidado”, exigindo por isso mais um passo a executar, o que poderá ser inibidor de registo no meio de tantas outras tarefas.

As quedas são evitáveis e o risco de quedas, com lesões, pode ser reduzido se os fatores de risco forem identificados precocemente e se houver introdução atempada de intervenções apropriadas (Ang et al., 2020). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de família, pela sua proximidade, desempenham um papel crucial na promoção da saúde das famílias e dos seus membros. Promovem uma maior consciencialização sobre a responsabilidade individual e familiar na promoção da saúde, incentivando a adoção de comportamentos saudáveis. Através de cuidados antecipatórios, dirigidos à prevenção de quedas, contribuem para o prolongar da autonomia e da qualidade de vida de todos os seus membros (Rocha et al., 2022).

Os parâmetros propostos para avaliação na consulta de enfermagem de saúde familiar na prevenção de quedas nos idosos são:

- Caracterização sociodemográfica – idade, género, habilitações literárias e nível socioeconómico.

- Esta caracterização permite identificar grupos de idosos com maior risco de quedas. A idade avançada, o sexo feminino e viver sozinho, aumenta significativamente o risco de quedas em idosos. Por outro lado, um nível de escolaridade superior pode ser considerado um fator protetor (Ganz e Latham, 2020; Santos et al., 2020; Xu et al., 2022). Da mesma forma, condições socioeconómicas desfavoráveis podem estar associadas a ambientes domésticos menos seguros e acesso limitado a recursos de saúde preventiva (Ganz e Latham, 2020; Santos et al., 2020; Xu et al., 2022).
- Caracterização familiar
 - A caracterização familiar pode revelar informações importantes sobre o suporte social disponível para o idoso. Famílias com estruturas de apoio sólidas podem ser capazes de implementar medidas preventivas mais eficazes e oferecer assistência durante o processo de recuperação após uma queda. Por outro lado, idosos que vivem sozinhos ou têm poucos contatos familiares podem estar em maior risco de quedas devido à falta de suporte emocional e prático (Sardinha et al., 2022; Suzana et al., 2021).
- Antecedentes pessoais e familiares
 - Os antecedentes pessoais permitem identificar patologias como a osteoporose, diabetes *mellitus*, doenças cardíacas, distúrbios neurológicos e problemas de visão, podem aumentar o risco de quedas (A. L. P. Dias et al., 2023).
 - Os antecedentes familiares, apesar de não serem fatores de risco diretos para quedas, podem fornecer informações importantes sobre o contexto e os recursos disponíveis para ajudar na prevenção.
- Histórico de quedas
 - Conhecer quando as quedas ocorreram, o local onde ocorreram e quais as complicações associadas é fundamental para compreender o contexto e identificar padrões de risco, de modo a orientar intervenções preventivas. Os utentes devem ser questionados anualmente sobre quedas no último ano para identificar aqueles com alto risco de quedas futuras (Ganz e Latham, 2020).
- Medicação crónica
 - A medicação, quer pelo tipo, quer pelo número de medicamentos em curso, é uma informação relevante, já que podem potenciar o risco de queda devido aos efeitos colaterais e interações medicamentosas (A. L. P. Dias et al., 2023).

- Funcionalidade, através de instrumentos de avaliação – Índice de Barthel (DGS, 2011) e o Índice de capacidade funcional de Lawton e Brody (C. Sequeira, 2007)
 - A funcionalidade ajuda a identificar deficiências físicas e cognitivas que podem aumentar o risco de quedas. Avaliar a capacidade do idoso para realizar atividades básicas da vida diária, como caminhar, levantar-se de uma cadeira, subir escadas e alcançar objetos, pode revelar limitações físicas que podem aumentar o risco de quedas.
 - O índice de Barthel (DGS, 2011), permite avaliar a capacidade de realização de atividades de vida diária (AVD). É composto por 10 itens que abrangem várias áreas da funcionalidade, incluindo higiene pessoal, alimentação, mobilidade e uso do sanitário. Cada item é avaliado com base na capacidade do indivíduo de realizar a atividade de forma independente, com pontuações variando de 0 a 100. Sendo o instrumento que se encontra parametrizado no SCLínico®.
 - O índice de capacidade funcional de Lawton e Brody (C. Sequeira, 2007) permite avaliar a independência funcional em atividades de vida diária (AVD) em idosos. Este índice avalia a capacidade do indivíduo em realizar oito atividades diferentes, incluindo habilidades instrumentais e básicas de vida diária. As atividades básicas incluem banho, vestir-se, uso do sanitário e alimentação. As atividades instrumentais incluem telefonar, fazer compras, preparar refeições e gerir a medicação.
 - "Self-care Dependency Evaluation Form" (Parente et al., 2022) ou Formulário de Avaliação da Dependência para Autocuidado (FADA). O FADA é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade de uma pessoa em cuidar de si própria e realizar atividades diárias de forma independente. Segundo Parente et al. (2022), este formulário permite uma avaliação mais precisa das atividades de autocuidado, possibilitando a prescrição de intervenções mais eficientes, simples e eficazes. Inclui uma série de itens ou perguntas relacionadas às atividades de vida diária (AVD), como alimentação, higiene pessoal, vestuário, mobilidade e uso do sanitário. Através das respostas fornecidas pela pessoa ou observadas pelo profissional de saúde, é possível determinar se o indivíduo é capaz de realizar essas atividades de forma independente, com alguma assistência ou se necessita de total assistência para realizá-las.
- Escala de Morse

- A escala de Morse (Costa-Dias et al., 2014) permite avaliar o risco de queda. Apesar de não ser uma escala desenhada para uso na comunidade é a que se encontra parametrizada no programa SClínico® sendo por isso utilizada nos CSP. Esta escala contempla seis itens que incluem história de quedas, diagnóstico secundário, uso de dispositivos de auxílio à deambulação, uso de medicação intravenosa ou acesso periférico, deambulação e estado mental. Cada item é pontuado de acordo com sua gravidade e somados para gerar uma pontuação total. Quanto maior a pontuação, maior o risco de queda.
- Lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio(Rodrigues, 2023)
 - A “Lista de verificação ambiental Risco de queda no domicílio” permite a avaliação dos fatores extrínsecos, no exterior e interior da habitação como o estado do pavimento, a qualidade da iluminação, a segurança das escadas degraus e escadotes, nas diferentes divisões como a cozinha, o quarto de banho, a sala e o quarto. Considera também o tipo de vestuário e calçado utilizado. Esta lista foi adaptada por Rodrigues (2023, p. 127 e 128) a partir do documento “Your Home Safety Checklist” produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas “Stay on your feet”, 2013 e está disponível em <https://doh.getquickmail.com/stockpdfs/7926-soyfwfwa-home-safety-checklist.pdf>.
 - Associado à aplicação da escala de Morse no domicílio, é importante considerar o ambiente doméstico específico do indivíduo e os fatores de risco adicionais. Isso pode incluir a presença de tapetes soltos, escadas sem corrimão, iluminação inadequada e outros obstáculos no ambiente doméstico que podem aumentar o risco de queda.
- Edifício residencial (Figueiredo, 2012)
 - Através da avaliação da dimensão estrutural relativas às condições habitacionais da família, que incluindo a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação (Figueiredo, 2012)permite avaliar se o funcionamento instrumental da família está comprometido e se as atividades da vida diária dos indivíduos são dificultadas individualmente. Permite também a avaliação de fatores extrínsecos, do risco de queda, como a iluminação, tipo de tapetes, uso de escada ou escadote, quantidade de mobiliário em casa e a sua disposição. Esta avaliação ao permitir identificar as barreiras, lembra a importância de avaliar o

conhecimento sobre como lidar com elas. Para além do conhecimento possibilita a avaliação do comportamento de adesão, para realizar as alterações que se impõem. O objetivo desta avaliação é desenvolver intervenções dirigidas à promoção da segurança do ambiente e prevenção de acidentes ou perigos que possam afetar a saúde dos membros da família (Figueiredo, 2012), como é o caso das quedas.

3. FORMULAR OBJETIVOS

Apesar de não haver dados do momento atual, relativos à documentação, é importante definir objetivos, para orientar a implementação do projeto de acordo com a meta que se pretende. Havendo a possibilidade de reformulação de acordo com a evolução do projeto. Sendo assim definem-se como objetivos:

- Registrar no programa da família, a avaliação do edifício residencial, em 20% das famílias inscritas na USF, com elementos com mais de 65 anos, até Junho de 2025.
- Registrar no programa da família, a avaliação da classe social, em 20% das famílias inscritas na USF, com elementos com mais de 65 anos, até Junho de 2025.
- Registrar no programa Saúde do idoso, a avaliação do risco de queda com recurso à escala de Morse, em 20% dos utentes inscritos com mais de 65 anos, até Junho de 2025.

4. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS

A consulta de enfermagem no domicílio, à pessoa idosa e sua família, é uma oportunidade privilegiada de conhecer o seu meio ambiente, as suas condições habitacionais, os seus contextos de vida e as suas dinâmicas, e detetar precocemente problemas de saúde, muitas vezes não detetados na USF, indo de encontro às suas necessidades.

Após conclusão da proposta de consulta de enfermagem de avaliação familiar, na prevenção do risco de queda, em contexto domiciliário, pretende-se:

- Apresentar à USF, numa reunião de serviço, com objetivo de apresentar o projeto e deste modo sensibilizar para a temática;
- Implementar, com apoio do Departamento de Tecnologias de Informação da ULS, uma forma de extração de dados, que permita monitorizar os indicadores (inicial, semestral e final);
- Avaliar os resultados em julho de 2025;
- Alargar o projeto a outras USF.

Para dar resposta aos objetivos propostos, elaborou-se um guia, tipo *check-list*, como suporte ao registo, no domicílio, orientando a colheita de dados relativos à saúde individual e familiar na prevenção de quedas.

Através deste guia pretende-se na consulta no domicílio:

- Realizar a caracterização sociodemográfica e familiar
- Avaliar o edifício residencial
- Avaliar a classe social
- Identificar antecedentes pessoais, familiares e de queda
- Validar medicação prescrita
- Avaliar a funcionalidade individual
- Avaliar os riscos intrínsecos de queda
- Avaliar riscos extrínsecos de queda

5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação será realizada em julho de 2025, de acordo com os registos no SClínico® no programa saúde da família e saúde do idoso, com apoio do Departamento de Tecnologias de Informação da ULS. Numa fase posterior do projeto pretende-se desenvolver indicadores de desempenho que sejam sensíveis aos cuidados prestados.

Indicador	Critério	Padrão
Avaliar o edifício residencial	Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/ N.º de domicílios realizados a famílias com utentes com mais de 65 anos	Bom >20% Satisfatório – 10% - 20% Insatisfatório <10%
Avaliar a Precaução de Segurança	Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança / N.º de domicílios realizados a famílias com utentes com mais de 65 anos	Bom >20% Satisfatório – 10% - 20% Insatisfatório <10%
Avaliar o risco de queda com recurso à escala de Morse	Nº. de utentes com mais de 65 anos, com avaliação do risco de queda/ N.º de domicílios realizados a utentes com mais de 65 anos	Bom >20% Satisfatório – 10% - 20% Insatisfatório <10%

6. CRONOGRAMA

Ano	Mês	Elaboração do projeto	Apresentação do projeto	Implementação do projeto	Avaliação intermédia	Avaliação final
2024	Jan					
	Fev					
	Mar					
	Abr					
	Mai					
	Jun					
	Jul					
	Ago					
	Set					
	Out					
	Nov					
	Dez					
2025	Jan					
	Fev					
	Mar					
	Abr					
	Mai					
	Jun					
	Jul					

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª Edição). Quarteto.
- Almeida, A. M. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções.
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Andrade, C. L. F., Moreira, N. F. de C., Barcelos, I. O. de, Rodrigues, J. C., Alves, K. R. S., Andrade, D. F., Santos, J. A. S., Oliveira, R. H. de, & Paula Júnior, N. F. de. (2024). Envelhecer e as principais síndromes geriátricas: relação entre fragilidade, incontinência urinária e quedas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(3), e15434. <https://doi.org/10.25248/reas.e15434.2024>
- Ang, G., Low, S., & How, C. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal*, 61(3), 116–121. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020029>
- APN. (2019). *Alimentação e Hipocoagulação Oral*. Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_AlimentacaoEHipocoagulacaoOral.pdf
- Borges, J. S., Rangel, R. L., Almeida, T. B. L., Lopes, A. O. S., Oliveira, A. S. de, Chaves, R. N., & Reis, L. A. dos. (2019). Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 169. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p169-175>
- Cardona Galeano, I. L., & Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 44, 15–35. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/613/1148>
- Correia, C. I. S., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um estudo de Caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Cossio Zuluaga, M., Echeverri Mesa, S. P., García Valencia, J. A., & Rodríguez Bustamante, A. (2020). La metáfora en terapia familiar: fundamentos para la intervención. *Revista de La Facultad de Trabajo Social*, 35(35), 80–106. <https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Crespo, C. (2011). *“À mesa com a família”: Rituais familiares ao longo do ciclo de vida*. LivPsic. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17589/1/CCrespo.Cap%c3%adtulo%20rituais.pdf>
- Cruz, C. M. B. Da, Campos, Á. A. de A., & Barbosa, T. C. (2023). O EFEITO DA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS NA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE FRAGILIDADE DO IDOSO uma revisão de literatura. <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/610/509>
- Davies, L. E., Mercer, S. W., Brittain, K., Jagger, C., Robinson, L., & Kingston, A. (2022). The association between multimorbidity and mobility disability-free life expectancy in adults

- aged 85 years and over: A modelling study in the Newcastle 85+ cohort. *PLoS Medicine*, 19(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004130>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, Pub. L. No. 161/2007, Diário da República (2007).
- DGS. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (Orientação nº 054/2011).
- DGS. (2016). *Reconciliação da medicação* (Norma nº 018/2016 de 30/12/2016).
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Dias, A. L. P., Pereira, F. A., Barbosa, C. P. L., Araújo-Monteiro, G. K. N., Santos-Rodrigues, R. C., & Souto, R. Q. (2023). Risco de quedas e a síndrome da fragilidade no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36(eAPE006731).
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Dondé Tochetto Scopel, L., & Furtado Conte, R. (2022). Posvenção com pais enlutados: uma estratégia de cuidado no contexto do suicídio. *PSI UNISC*, 6(1), 98–109. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v6i1.16445>
- Falsarella, G. R., Gasparotto, L. P. R., & Coimbra, A. M. V. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897–910. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
- Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguilera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E., & Martins Flores, J. (2021). FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NO DOMICÍLIO INSCRITAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>
- Fernandes, A. C. V. (2018). *CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA: Um estudo com pessoas mais velhas a viver na comunidade* [Mestrado Gerontologia Social]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Figueiredo. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Universidade do Porto.

- Figueiredo, A., Pais, Â., Sanches, F., Daniel, I., Barregão Inês, Gonçalves, M., Nascimento, P., Luz, S., & Venâncio Tânia. (2023). Projeto Q - Projeto de Intervenção Comunitária: Prevenção de Queda no Idoso. In *Gerir o Risco de Queda: Perspetivas e Tendências*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/47710/1/ebook_Gerir%20o%20Risco%20de%20Queda_Perspetivas%20e%20Tende%CC%82ncias_IMPRESSA%CC%83O%5B31%5D.pdf#page=53
- Figueiredo, M. F. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição). Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023). Genograma. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 431–432). Lidel.
- Galvin, K. M., Braithwaite, D. O., & Bylund, C. L. (2015). *Family Communication*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315663982>
- Ganz, D. A., & Latham, N. K. (2020). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 734–743.
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp1903252>
- Gomes, J. de J. (2019). *Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio* [Mestrado em Enfermagem Reabilitação]. INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO .
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(1), 137–144. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
- Guedes, V., & Figueiredo, M. H. (2023). Escultura. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 433–435). Lidel.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª edição). Lusociência.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- ICN. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- INE. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. *Destaque*.
- INE. (2021). Dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de vida saudável - 2021. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, 6.
- INE. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>

- Kaakinen, J. R., & Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing Sixth Edition. In F.A. Davis Company.
- Lemos, S. R. M. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico* [Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
<http://hdl.handle.net/10400.26/30662>
- Linhatti, A. P. B., Santos, S. G. da S. dos, Amarante, F. L. de, Silva, S. F. da, Braz, J. N., & Christmann, M. (2021). Atuação multidisciplinar no tratamento da incontinência fecal: revisão integrativa. *Disciplinarum Scientia - Ciências Da Saúde*, 22(1), 417–428.
<https://doi.org/10.37777/dscs.v22n1-032>
- Maduro, Â., & Figueiredo, M. do C. (2021). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS IDOSOS: UMA SCOPING REVIEW. *Revista Da UI_IPSantarém*, 9(1).
- Marinho, C. L., Nascimento, V., Bonadiman, B. da S. R., & Torres, S. R. F. (2020). Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6880–6896. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-225>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meneses, J. (2016). *Quedas em idosos*. [Mestrado em medicina do desporto]. Universidade de Coimbra.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2017). *Entrevista Motivacional Preparando as Pessoas para a Mudança* (3ª Edição). Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014* (149; 1ª).
- Mira, M., & Almeida, M. A. (2018, December). Quedas em contexto Domiciliário. *CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018 ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO*.
<https://eventos.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202018/P%C3%B3steres/23%20-%20quedas%20em%20contexto%20Domicili%C3%A1rio%20com%20altera%C3%A7%C3%A3o%20da%20escala.pdf>
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar[recurso electrónico]: conceitos e métodos* (7ª edição). Artmed.
- Observatório das Migrações. (2018). *Esperança de vida saudável no mundo*.
<https://www.om.acm.gov.pt/-/1--6#:~:text=O%20indicador%20de%20esperan%C3%A7a%20de%20vida%20saud%C3%A1vel%20%C3%A9,de%20uma%20pessoa%20sem%20condicionalismos%20%C3%A0s%20atividades%20quotidianas>
- Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza. (2023). *Pobreza e Exclusão Social. Relatório 2023*. EAPN Portugal. https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2023/10/ONLCP_PES_relatorio2023015.pdf
- Oliveira, L. M., & Faria, H. M. C. (2020). O impacto psicossocial do suicídio nos familiares sobreviventes. *Cadernos de Psicologia*, 1(2).

- Oliveira, S. R. N., Messias, F. M. de L., Cândido, J. A. B., Torres, G. M. C., Figueiredo, I. D. T., Pinto, A. G. A., Moreira, M. R. C., & Almeida, M. I. de. (2021). Fatores associados a quedas em idosos: inquérito domiciliar. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 34, 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.10998>
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. www.who.int
- OMS. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/326843>
- ONU. (2023). Leaving No One Behind In An Ageing World. *World Social Report 2023*. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/2023wsr-chapter1-.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional, Secção Sul.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. *Diário Da República n.º 135 – II Série*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., & Silva, A. (2022). Self-Care Dependency Evaluation Form: Psychometric properties of the revised version with 27 items. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 90–99. <https://doi.org/10.1111/scs.12966>
- Peralta, S., Carvalho, B. P., & Fonseca, M. (2022). *Portugal, Balanço Social 2022*. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/SEI%202023/NSBE-Relat%F3rio_Balan%E7o_Social_2022.pdf
- Pereira, A. M. F. (2020). *Diagnóstico de Situação e Projeto de Intervenção Comunitária Doentes Crónicos Complexos Utilizadores Frequentes Do Serviço De Urgência* [Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária De Saúde Pública]. Universidade Católica Portuguesa.
- Pinto, M. P. (2022). AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS. *Revista Da SPGG-Sociedade*. https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N1_Revista_SPGG.pdf
- Preto, L., Conceição, M., Amaral, S., Figueiredo, T., & Preto, P. (2018). Frailty and associated risk factors in independent older people living in rural areas. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº16), 73–84. <https://doi.org/10.12707/RIV17078>
- Ratti, A., Pereira, M. T. F., & Centa, M. D. L. (2005). A RELEVÂNCIA DA CULTURA NO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1). <https://doi.org/10.5380/fsd.v7i1.8054>

- Reis, L. A. dos, & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicologia: teoria e prática*, 17, 28–41. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003&nrm=iso
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família, perspectiva sistêmica* (3ª edição). Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 436–437). Lidel.
- Rocha, F., Gemito, M. L., Caldeira, E., Coelho, A. P., & Moita, E. (2022). RISCO DE QUEDA NOS IDOSOS: MAIS VALE PREVENIR QUE REMEDIAR! *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3), 329. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)
- Rodrigues, D. S. G. (2023). “Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária” [Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48640/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20Diana%20Rodrigues.pdf>
- Rodrigues, R. A. P., Bueno, A. de A., Casemiro, F. G., Cunha, A. N. da, Carvalho, L. P. N. de, Almeida, V. C., Reis, N. A. dos, & Seredynskyj, F. L. (2019). Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 302–310. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>
- Rosa, A. R. M. (2022). *Condições habitacionais e risco de queda em pessoas idosas: estudo de caso* [Mestrado Gerontologia Social]. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Santana, C. de A. A. (2020). *Fragilidade do idoso: comparação de três escalas de avaliação*. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97834/1/Fragilidade%20do%20idoso%20-%20compara%C3%A7%C3%A3o%20de%20tr%C3%AAs%20escalas.pdf>
- Santos, P. H. F. dos, Stival, M. M., Lima, L. R. de, Santos, W. S., Volpe, C. R. G., Rehem, T. C. M. S. B., & Funghetto, S. S. (2020). Nursing diagnosis Risk for Falls in the elderly in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0826>
- Sardinha, A. H. de L., Sousa, L. G., Sousa, S. M. F. de, & Almeida, J. dos S. (2022). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de APS*, 24(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2016). Entrevista motivacional. In *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª Edição). Lidel.
- Sequeira, J. (2021). A Escultura Familiar: Aplicações Terapêuticas nas Terapias Sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19–30. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Shu, B.-C. (2018). Aging, Women, Poverty, and Health. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 307–307. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000288>

- Silva, D. M. da, Sousa, L., Souza, M. S., & Alves, M. (2020). THE DAILY LIFE OF FAMILY HEALTH TEAMS IN ELDERLY CARE. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200054>
- Silva, R. A. C. P. da. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família* [Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/24760/1/Rui%20Alexandre%20Silva.pdf>
- Silva, E. P., Nogueira, I. S., Labegalini, C. M. G., Carreira, L., & Baldissera, V. D. A. (2019). Perceptions of care among elderly couples. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>
- Simão, C. D. (2022). *Riscos de Quedas na Pessoa Idosa que Reside no Domicílio*. [Mestrado em Enfermagem Comunitária]. Instituto Politécnico da Guarda.
- Siqueira, B. da R., Moura, R. S., Cunha, C. A. P., Gonçalves, I. M., Sousa, M. R. de, Rezende, V. C. de, & Júnior, H. S. de F. (2021). Síndrome da fragilidade do idoso: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e9329. <https://doi.org/10.25248/reas.e9329.2021>
- Souza Júnior, E. V. de, Viana, E. R., Cruz, D. P., Silva, C. dos S., Rosa, R. S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2022). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
- Suzana, R. G., Recla, A. D. M., E Silva, M. C. P., Pampolim, G., & Sogame, L. C. M. (2021). FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA – ES. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 26(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.102314>
- UCC. (2023). *Plano de Acompanhamento Interno - Prevenção de quedas*.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição). Edições Sílabo.
- Won, C. W., Ha, E., Jeong, E., Kim, M., Park, J., Baek, J. E., Kim, S., Kim, S. B., Roh, J., Choi, J. H., Jeon, S. Y., Jung, H., Lee, D., Seo, Y., Shin, H., & Kim, H. (2021a). World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) and the Integrated Care of Older Patients with Frailty in Primary Care (ICOOP_Frail) Study in Korea. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 25(1), 10–16. <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0025>
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (5 ed). Roca.
- Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wiecezorek, L. (2012). A entrevista familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção The interview in systemic family therapy: theoretical presuppositions, models, and intervention techniques. *PERSPECTIVA, Erechim*, 36(136), 133–142.

ANEXOS

1. Anexo 1 – Guia orientador

Avaliação familiar na prevenção do risco de queda, na consulta de enfermagem, em contexto domiciliário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

AVALIAÇÃO FAMILIAR NA PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Guia orientador da consulta de enfermagem no domicílio

Lígia Maria Queirós da Silva

Porto, 2024

Índice

<u>1.</u>	<u>Guia orientador</u>	3
<u>2.</u>	<u>Referências bibliográficas</u>	9

1. GUIA ORIENTADOR

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E FAMILIAR

Idade: ____ Estado civil: ____ Habilitações literárias: ____ Profissão: ____
Com quem vive: ____ N.º pessoas agregado: ____
Prestador de cuidados: ____ Formal: ☐ Informal: ☐ Quem: ____
Estrutura(s) de apoio: ____ Qual/Quais: ____ Serviços: ____
Rendimentos mensais:
☐ Sem rendimentos ☐ < 200 € ☐ entre 200 € e 485€ ☐ entre 486€ e 1000€ ☐ > 1000€

Genograma

Habitação

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

Graffar

habitação	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.	Espaciosa 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 electromésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	

ANTECEDENTES PESSOAIS
Problemas de saúde: _____
Antecedentes cirúrgicos: _____
Internamentos no último ano: N - ☐ S - ☐ Motivos: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES DE QUEDA				
Quando:				
Local:				
Motivo:				
Consequências:				

Medicação			
	Nome	Dose	Posologia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

EXAME FÍSICO					
TA:	FC:	Peso:	Altura:	IMC:	P.abd:

FUNCIONALIDADE	
Avaliar autocuidado (Escala de Barthel)	
Alimentação	
0	Dependente: não é capaz de se alimentar sozinho
5	Necessita de ajuda para cortar, barrar o pão, etc.
10	Independente: alimenta-se sozinho
Vestir	
0	Dependente: não é capaz de se vestir, mesmo com ajuda
5	Necessita de alguma ajuda (faz mais de metade das tarefas)
10	Independente: veste-se e calça-se completamente sozinho
Tomar banho (banheira ou chuveiro)	
0	Dependente: não é capaz de tomar banho
5	Independente: toma banho completo, sozinho
Higiene pessoal	
0	0 Dependente: incapaz
5	5 Independente: lava a cara e os dentes e faz a barba, sem ajuda

Utilizar a sanita	
0	Dependente: incapaz de se instalar e de usar a sanita
5	Necessita de alguma ajuda
10	Independente: instala-se e usa a sanita, veste-se, limpa-se, sozinho
Continência intestinal	
0	Dependente: tem incontinência fecal
5	Tem perda fecal ocasional (uma vez por semana); necessita de ajuda para aplicar enemas ou supositórios
10	Independente: não tem perdas; é capaz de aplicar enemas ou supositórios
Continência vesical	
0	Dependente: tem incontinência; é incapaz de lidar com a algália
5	Perda ocasional (uma vez por dia); necessita de ajuda com a algália
10	Independente: não tem perdas; é capaz de lidar com a algália
Transferir-se (cama / cadeira/ cama)	
0	Dependente: é incapaz de se transferir; não se equilibra sentado
5	Necessita de ajuda de uma ou duas pessoas. Equilibra-se sentado
10	Consegue transferir-se com ajuda ligeira
15	Independente: transfere-se sozinho; manobra sozinho a cadeira de rodas
Mobilizar-se	
0	Dependente: não caminha nem manobra a cadeira de rodas
5	Desloca-se sozinho em cadeira de roda até 50 metros
10	Pode caminhar 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão
15	Independente: caminha sozinho (pode usar qualquer auxiliar de marcha)
Subir e descer escadas	
0	Dependente: incapaz de subir ou descer
5	Necessita de ajuda física ou de supervisão para subir ou descer
10	Independente: sobe e desce sozinho (pode usar qualquer apoio ou auxiliar de marcha)
TOTAL:	
Interpretação dos resultados	
100 pontos	Independente
76-99 pontos	Dependência Ligeira
51-75 pontos	Dependência Moderada
26-50 pontos	Dependência grave
0-25 pontos	Dependência total

Fonte: (DGS, 2011)

Índice de Lawton e Brody	
Uso do telefone	
1	Usa-o sem dificuldade
2	Só liga para familiares
3	Necessita de ajuda para o usar
4	Incapaz de usar o telefone
Ir às compras	
1	Faz as compras sem ajuda
2	Só faz pequenas compras
3	Faz as compras acompanhado

4	É incapaz de ir às compras
Preparar refeição	
1	Planeia, prepara e serve sem ajuda
2	Prepara se lhe derem os ingredientes
3	Prepara pratos pré-cozinhados
3	Incapaz de preparar refeições
Capacidade para Cuidar da casa	
1	Cuida da casa sem ajuda
2	Faz tudo exceto o trabalho pesado
3	Só faz tarefas leves
4	Necessita de ajuda para todas as tarefas
5	Incapaz de fazer qualquer tarefa
Lavar a roupa	
1	Lava a sua roupa
2	Só lava pequenas peças
3	É incapaz de lavar a roupa
Uso de transporte	
1	Viaja em transporte público ou conduz
2	Só anda de táxi
3	Necessita de acompanhamento
4	Incapaz de usar o transporte
Responsável pelos medicamentos	
1	Responsável pela medicação
2	Necessita que lhe preparem a medicação
3	Incapaz de se responsabilizar pela
Uso do dinheiro	
1	Paga as contas, vai ao banco, etc
2	Só em pequenas quantidades de dinheiro
3	Incapaz de utilizar o dinheiro
TOTAL:	
Interpretação dos resultados	
8	Independente
9-20	Moderadamente dependente
21-30	Severamente dependente

Fonte: (C. Sequeira, 2007)

Escala de Quedas Morse. Versão portuguesa	
Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
0	Não
25	Sim
Diagnóstico(s) secundário(s)	
0	Não
25	Sim
Ajuda para caminhar	
0	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
15	Muletas/canadianas/bengala/andarrilho

25	Apoia-se no mobiliário para andar
Terapia intravenosa	
0	Não
20	Sim
Postura no andar e na transferência	
0	Normal/acamado/imóvel
10	Debilidade
20	Dependente de ajuda
Estado mental	
0	Consciente das suas capacidades
15	Esquece-se das suas limitações
TOTAL:	
Interpretação dos resultados	
0-24 pontos	Sem risco
25-50 pontos	Baixo risco
+ 51 pontos	Alto risco

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Lista de verificação ambiental Risco de queda no domicílio			
Pavimento	Sim	Não	NA
1 As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos			
2 Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante			
3 Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem			
4 Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos			
5 Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação			
6 Os pavimentos são antiderrapantes			
7 Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação			
Iluminação			
1 A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida			
2 As escadas e degraus estão bem iluminados			
3 Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta			
4 É fácil acender uma luz a partir da cama			
5 Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos			
Escadas, degraus e escadotes			
1 Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis			
2 As escadas e os degraus estão bem iluminados			
3 Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas			
4 Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos			
5 As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação			
6 As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente			
7 O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes			
Cozinha			
1 Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio			
2 Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho			

3 Os derrames são limpos imediatamente			
4 Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos			
Instalação Sanitária			
1 Os tapetes existentes são antiderrapantes			
2 O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles			
3 A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros			
4 A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio			
5 O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau			
6 A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade			
7 O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado			
Sala			
1 Existe facilidade em sentar e levantar do sofá			
2 Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação			
3 O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas			
Quarto			
1 Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama			
2 Existe facilidade em entrar e sair da cama			
3 Tem um telefone no quarto			
4 O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama?			
5 A colcha é feita sem franja			
6 Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama			
Vestuário e Calçado			
1 Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante			
2 Os sapatos têm “calcanhares arredondados e largos”			
3 São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa			
4 A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)			
Fora de casa			
1 Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis			
2 Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante			
3 As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar			
4 Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação			
5 As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação			
6 Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite			
7 O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)			
8 O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas			

Fonte: (Rodrigues, 2023, p. 127 e 128) Adaptado do documento “Your Home Safety Checklist” produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas “Stay on your feet”, 2013 disponível <https://doh.getquickmail.com/stockpdfs/7926-soyfw-a-home-safety-checklist.pdf>

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa-Dias, M., Ferreira, P., e Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- DGS. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (Orientação nº 054/2011).
- Rodrigues, D. S. G. (2023). “Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária” [Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48640/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20Dia%20Rodrigues.pdf>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto Editora.

ANEXO IV – Declaração de presença no seminário de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar

código de validação: b0c4e1774a1



NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Lígia Maria Queirós da Silva** participou no **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar - 8h

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida - 4200-372 Porto - Portugal - Tel. 225 079 300 - Fax 225 096 337 - esep@esep.pt - www.esep.pt