

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

**FAMÍLIAS UNIPESSOAIS COM PESSOA IDOSA: UM DESAFIO
PARA O ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR:**

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

Relatório de Estágio

Nisa Mónica Sousa Santos Silveira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS UNIPESSOAIS COM PESSOA IDOSA: UM DESAFIO PARA O
ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**SINGLE PERSON FAMILIES WITH ELDERLY PERSON: A CHALLENGE FOR THE
NURSE SPECIALIST IN COMMUNITY NURSING IN THE AREA OF FAMILY
HEALTH NURSING**

Orientadora: Professora Doutora Maria Rui Sousa

Coorientadora: Professora Doutora Maria José Peixoto

Autora: Nisa Mónica Sousa Santos Silveira

Porto, 2024

“O importante não é vencer todos os dias, mas lutar sempre...”

Waldemar Valle Martins, 1999

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que colaboraram nesta caminhada e que me apoiaram na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Rui Sousa, orientadora do presente trabalho, pelo profissionalismo, motivação, paixão e confiança, pela sensatez e simplicidade no conhecimento transmitido, rigor e disponibilidade, por todos os contributos essenciais para o desenvolvimento das minhas competências.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, coorientadora do presente trabalho, pela disponibilidade, confiança e motivação, pelo despertar do sentido crítico constante à aprendizagem.

À equipa multiprofissional da USF que me acolheu neste percurso, que inclui a equipa de Enfermagem, equipa Médica e Secretárias Clínicas, pela colaboração, reforço positivo, partilha de conhecimentos e disponibilidade demonstrada.

À Sra. Enfermeira orientadora cooperante, pela sua simpatia, paciência, dedicação e envolvimento neste processo enquanto orientadora cooperante de estágio e colega.

Às colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar que se tornaram verdadeiras amigas, constituindo uma força acrescida nesta minha caminhada, pela partilha e entreatajuda desde o primeiro dia.

Às famílias que aceitaram participar nesta avaliação e intervenção familiar por toda a simpatia, partilha e confiança, contribuindo para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

À minha família por toda a paciência, compreensão e palavras de conforto nos momentos certos, para que eu pudesse ultrapassar todas as dificuldades.

Este caminho tornou-se mais rico graças a vocês...

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ABVDs - Atividades Básicas da Vida Diária

APN - Associação Portuguesa dos Nutricionistas

AVDs – Atividades de Vida Diárias

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECESF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

GAI - Guia de Apoio ao Idoso

HOME FAST - Home Falls and Accidents Screening Tool

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IU - Incontinência Urinária

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

RNU - Registo Nacional de Utentes

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TUG - Timed Up and Go

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

UP - Unidade Ponderada

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente relatório explana o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF), apresentando uma análise crítica do percurso realizado nos estágios de natureza profissional Módulo I e II, desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF), num total de 510 horas.

A família, numa perspetiva sistémica, é reconhecida como um sistema em interação, com relações dinâmicas e complexas, com capacidade auto-organizativa que lhe possibilita assegurar um equilíbrio dinâmico entre crise e estabilidade e mantê-lo ao longo do seu ciclo vital. As transições existentes na última fase do ciclo vital são desafiantes, pois ocorrem mudanças na organização familiar, ao nível dos papéis e regras de cada membro, podendo originar dificuldades de adaptação nos mesmos. Uma dessas alterações reporta-se à composição do agregado familiar, nomeadamente à existência crescente de famílias unipessoais com uma pessoa idosa.

Desta forma, foram delineados objetivos para prestar cuidados a famílias unipessoais com uma pessoa idosa, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e promover a liderança e colaboração em processos de intervenção na área de Enfermagem de Saúde Familiar. As atividades relacionadas com a prestação de cuidados atenderam à evidência científica, tendo sido utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico e operativo bem como a Teoria das Transições. Foram utilizados instrumentos que possibilitaram a avaliação familiar e dos seus membros, permitindo um processo de cuidados individualizado com vista à modificação positiva do status dos diagnósticos de enfermagem. Assim, estiveram incluídas 6 famílias onde predominou o diagnóstico “precaução de segurança não demonstrada”.

A avaliação e intervenção familiar, bem como a análise dos ganhos em saúde, permitiu desenvolver competências para cuidar das famílias unipessoais com uma pessoa idosa, tendo sido devidamente documentado no aplicativo informático da unidade. Esta documentação é fundamental para registar todas as fases do processo da prestação de cuidados, devendo ser uniformizada. Neste sentido, foram planeadas e realizadas duas sessões de formação à equipa, mediante as necessidades identificadas, para melhorar a documentação dos cuidados.

As atividades desenvolvidas permitiram a compreensão da relação entre as competências comuns e específicas, que apoiadas na evidência científica, permitem ganhos em saúde das famílias como unidade de cuidados e dos seus membros individualmente.

Palavras-chave: saúde da família, famílias unipessoais, enfermagem, envelhecimento

ABSTRACT

This report explores the development of skills in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (ECESF), presenting a critical analysis of the course taken during the professional internship Module I and II, developed in a Family Health Unit (USF), in a total of 510 hours.

From a systemic perspective, the family is recognized as a system in interaction, with dynamic and complex relationships, with a self-organizing capacity that enables it to ensure a dynamic balance between crisis and stability and maintain it throughout its life cycle. The transitions that occur in the last phase of the life cycle are challenging, as there are changes in family organization, in terms of the roles and rules of each member, which can lead to difficulties in adapting. One of these changes concerns the composition of the household, namely the growing number of one-person households with an elderly person.

In this way, objectives were outlined to provide care to single-person families with an elderly person, as a unit of care throughout the life cycle and at different levels of prevention, and to promote leadership and collaboration in intervention processes in the area of Family Health Nursing. The activities related to the provision of care were based on scientific evidence, using the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) as a theoretical and operative reference, as well as the Transitions Theory. Instruments were used to assess the family and its members, enabling an individualized care process aimed at positively changing the status of the nursing diagnoses. Thus, 6 families were included where the diagnosis "safety precaution not demonstrated" predominated.

The family assessment and intervention, as well as the analysis of health gains, made it possible to develop skills for caring for single-person families with an elderly person, and were duly documented in the unit's computer application. This documentation is essential for recording all stages of the care process and should be standardized. To this end, two training sessions were planned and held for the team, based on the needs identified, to improve the documentation of care.

The activities carried out made it possible to understand the relationship between common and specific skills, which, supported by scientific evidence, enable health gains for families as a unit of care and for their individual members.

Keywords: family health, one-person families, nursing, aging

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	19
1.1. Caracterização das Famílias da enfermeira orientadora cooperante.....	22
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	28
2.1. Os Cuidados de Saúde Primários e a Enfermagem de Saúde Familiar	28
2.2. Família e Avaliação Familiar	30
2.3. O Processo de Envelhecer.....	35
2.4. As Quedas no Idoso.....	38
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	42
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	42
3.1.1. Modelos e Recursos utilizados.....	44
3.1.2. Descrição da prestação de cuidados.....	54
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.....	79
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	88
5. CONCLUSÃO	96
BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS	109
Anexo I: Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado de Amaro, 2001)	
Anexo II: Pedido de autorização para utilização da HOME FAST (McKenzie)	
Anexo III: Plano de cuidados das famílias 1,3 e 4	
Anexo IV: Questionário das necessidades de formação	
Anexo V: Resultados da avaliação das necessidades de formação	
Anexo VI: Plano das sessões de formação	
Anexo VII: Apresentação dos conteúdos da sessão de formação: famílias unipessoais com uma pessoa idosa: que desafios aos enfermeiros?	

Anexo VIII: Apresentação dos conteúdos da sessão de formação: registos de enfermagem no Sclínico-CSP – desafio para o enfermeiro

Anexo IX: Avaliação dos conteúdos das sessões de formação

Anexo X: Avaliação dos conhecimentos das sessões de formação

Anexo XI: Indicadores de avaliação das sessões de formação

Anexo XII: Certificados de participação em eventos científicos

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Características das famílias.....	56
QUADRO 2: Avaliação e intervenção sistémica realizada com a família 2	60
QUADRO 3: Avaliação e intervenção sistémica realizada com o membro da família 2	61
QUADRO 4: Avaliação e intervenção sistémica realizada com a família 5	66
QUADRO 5: Avaliação e intervenção sistémica realizada com o membro da família 5	67
QUADRO 6: Avaliação e intervenção sistémica realizada com a família 6	74
QUADRO 7: Avaliação e intervenção sistémica realizada com o membro da família 6	75
QUADRO 8: Análise realizada aos processos para identificar melhorias na documentação de enfermagem.....	85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Componentes da dimensão estrutural encontrados nas famílias	25
TABELA 2: Prevalência de Doenças crónicas identificadas nos elementos das famílias e a nível nacional.....	26

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Índices de dependência da população inscrita na USF.....	21
FIGURA 2: Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante.....	23
FIGURA 3: Modelo de fatores de risco para quedas em idoso	39
FIGURA 4: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	45
FIGURA 5: Ecomapa da família 2.....	58
FIGURA 6: Genograma da família 2.....	59
FIGURA 7: Ecomapa da família 5.....	65
FIGURA 8: Genograma da família 5.....	66
FIGURA 9: Ecomapa da família 6.....	71
FIGURA 7: Genograma da família 6.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Principais programas de saúde identificados pelos enfermeiros em famílias unipessoais com pessoa idosa	82
GRÁFICO 2: Principais focos de atenção identificados nos processos	83

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade relatar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante a realização das unidades curriculares (UCs) - Estágio de natureza profissional com relatório (Módulo I e Módulo II), realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Foi proposta a realização de um relatório de estágio devidamente fundamentado relativamente às referidas UCs que decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à região Norte. Deste modo, foi refletida a literatura de maior evidência possível, atendendo a artigos científicos explorados nas bases de dados eletrónicas MedLine e CINAHL Complete (via Ebsco), Scielo, teses de mestrado e de doutoramento (via RCAAP, RENATES e Google Scholar), normas da Direção Geral da Saúde, bem como, outro tipo de literatura cinzenta adequada à temática em análise

A temática deste relatório emergiu de uma caracterização realizada às famílias inscritas na lista da enfermeira orientadora cooperante, identificando um número representativo de famílias unipessoais com pessoa idosa. Surge assim a necessidade de responder aos desafios e oportunidades colocados pelo envelhecimento da população aos profissionais de saúde, admitindo que será uma das áreas centrais dos cuidados de Enfermagem para este século. A população idosa tem vindo a aumentar a nível mundial, sendo que, em Portugal, o INE (2017) estimou que entre 2015 e 2080, o número de idosos, passará de 2,1 para 2,8 milhões, duplicando o índice de envelhecimento.

Segundo Papaléo (2016), o processo de envelhecimento humano é dinâmico, progressivo e acarreta alterações físicas, psicológicas e sociais, sendo vivenciado de forma única pelas pessoas. Assente nesta premissa, Fruett (2015) refere que cada pessoa apresenta uma história de vida, de acordo com a qualidade dos vínculos que construiu, das oportunidades e o conhecimento a que acedeu, influenciado pelo contexto social e cultural no qual esteve inserida. Atendendo a que o envelhecimento da população terá profundas implicações em todos os domínios da sociedade, essencialmente na área da saúde, este grupo etário é, e continuará a ser, o principal utilizador dos serviços de saúde, sendo necessários profissionais cada vez mais preparados para gerir e prestar os cuidados adequados às suas necessidades de saúde, que serão cada vez mais complexas (ONU, 2019).

O processo de envelhecimento compreende várias alterações que resultam em momentos de stress, relacionados com a perda de papéis (ex: reforma, emancipação dos filhos, morte do cônjuge) que limitam as redes sociais dos idosos, tornando-os mais propensos à solidão e ao isolamento (Tomás et al., 2019).

A saúde é a condição essencial para que o envelhecimento ocorra com êxito, mas a sua diminuição ou privação potencia a ocorrência de doença e, na maioria das vezes, perda da independência e de autonomia. Desta forma, o envelhecimento pode ser encarado em duas perspetivas, de ganhos e perdas (Araújo, 2016; Pinto, 2020). Os ganhos traduzem-se pela longevidade dos indivíduos, enquanto que as perdas estão relacionadas com a responsabilidade acrescida e interdisciplinar na resposta às necessidades das pessoas mais velhas. Essas perdas podem determinar a vulnerabilidade das pessoas mais velhas e comprometer o envelhecimento bem-sucedido. Uma das consequências mais frequentes dessas perdas associadas ao processo de envelhecimento são as quedas, uma vez que estas são um dos maiores problemas para os idosos, constituindo também uma relevante causa de incapacidade e morbilidade nesta faixa etária (Ozen & Demir 2020). Também Santos et al. (2019) alertam para a existência de um potencial de isolamento social, comorbilidades, risco de quedas e diminuição da qualidade de vida, principalmente nos idosos que moram sozinhos. As quedas são um grave problema de saúde pública, pela sua elevada ocorrência, com importantes e impactantes consequências para a saúde e gerando elevados custos assistenciais para os sistemas de saúde público e privado (Mendes et al., 2022). Tendo em conta ambas as perspetivas descritas anteriormente, relativamente às perdas e ganhos existentes no envelhecimento, mas também ao contexto em que este processo ocorre, a importância da família é inequívoca.

A definição de família evoluiu ao longo do tempo e varia de pessoa para pessoa, tendo em consideração diferentes pontos de vista. Atendendo ao ponto de vista legal, esta inclui laços de sangue, casamento, tutela ou adoção; em termos biológicos enquadra apenas a ligação genética que é partilhada por um grupo de pessoas. Já na perspetiva social, a família é considerada como um grupo de pessoas, com ou sem laços biológicos ou legais e na visão psicológica contempla os laços afetivos (Kaakinen et al., 2018). Numa perspetiva sistémica, a família é reconhecida como um sistema em interação mútuo intra e intersistemas, influenciando-se reciprocamente, com capacidade auto-organizativa, que lhe possibilita manter um equilíbrio dinâmico entre crise e estabilidade e assegurar a sua continuidade (Santos et al., 2019).

A abordagem à família, de acordo com Kaakinen (2018), é suscetível de ser encarada de formas distintas entre si: família como contexto do desenvolvimento individual, em que o foco assenta num dos membros da mesma; família como cliente, em que o foco incide sobre todos os seus membros; família como sistema, reconhecida como um sistema interativo em que o todo é mais que a soma das partes e a reciprocidade de relações com outros sistemas é uma constante; e família como um constituinte da sociedade, colocando-a ao nível e em interação com outras instituições sociais. Segundo Azevedo e Modesto (2016), a família é responsável por proporcionar as relações de cuidado, atenção, intimidade e proteção, fatores essenciais para um ambiente harmonioso ao longo da vida. Ainda de acordo os mesmos, esta tem um papel fundamental no processo de envelhecimento, e mesmo que a pessoa idosa não dependa dos familiares para a realização das suas atividades de vida diária, o conforto estabelecido pela presença de pessoas próximas proporciona bem-estar biopsicossocial. No entanto, no envelhecimento, ocorrem mudanças na organização familiar, ao nível dos papéis de cada membro e das regras, em que o realinhamento desses papéis familiares pode apresentar dificuldades de adaptação, quer por parte do idoso, quer pelos familiares.

A nível social, o processo de envelhecimento acarreta também alterações importantes, pois pode indicar uma perda de status social, alteração das redes sociais ou uma forma de exclusão social, com conseqüente decréscimo ou perda de alguns papéis sociais, contribuindo para a diminuição da autoestima, e por sua vez, para a forma como o idoso encara os desafios impostos pela sociedade (Penetro, 2017). Estas mudanças podem estar relacionadas com alguns fatores como a viuvez, diminuição de contactos sociais ou dificuldades funcionais. Como consequência das diversas perdas e exclusões sociais, pouco contacto com a família ou comunidade, poderá existir um aumento da depressão no idoso, baixa autoestima e reduzida motivação (Santos, 2014). Desta forma, é importante salientar que o suporte social e as redes sociais desempenham um importante papel na saúde física e mental dos idosos, devolvendo-lhes um sentimento de pertença e de inclusão social na sociedade em que se inserem, impedindo o seu isolamento.

Atendendo a esta complexa problemática que envolve o envelhecimento, é fundamental que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de saúde comunitária na Área de Enfermagem de saúde familiar (EECESF) desenvolva intervenções que promovam o empoderamento da pessoa idosa e da sua família. Especialmente nas famílias unipessoais com uma pessoa idosa, este enfermeiro deve apoiar e estimular a criação e manutenção de vínculos entre a sua família, entre os recursos comunitários, e entre a equipa multidisciplinar. Por todos os

motivos descritos anteriormente, este relatório irá incidir sobre a temática das quedas nos idosos que moram sozinhos. Neste sentido, o presente relatório intitulado “Famílias unipessoais com uma pessoa idosa: um desafio para o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária, na área de saúde familiar”, para além de expor e descrever as atividades desenvolvidas, aposta numa análise e interpretação do contributo destas atividades para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Os objetivos delineados para os estágios foram: desenvolver competências para cuidar a família enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e desenvolver competências que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Em termos de estrutura o relatório encontra-se dividido em 4 capítulos. Na primeira parte será descrito o contexto clínico onde decorreu o estágio de natureza profissional, seguindo-se na segunda parte um enquadramento teórico onde é explanada a pertinência da escolha da temática, atendendo às necessidades identificadas de forma a alicerçar e fundamentar as intervenções de enfermagem. Em seguida, na terceira parte, serão descritas as atividades desenvolvidas no contexto clínico, relacionadas com a prestação de cuidados às famílias e operacionalizadas nos planos de cuidados e serão abordadas atividades relacionadas com a liderança e colaboração nos processos de intervenção relacionados com a enfermagem de saúde familiar. Na quarta parte será redigida uma reflexão relativamente aos contributos de toda a prática para o desenvolvimento de competências comuns e especializadas. No final, será apresentada uma conclusão para sintetizar os dados explanados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No presente capítulo pretende-se descrever e analisar o contexto da prática clínica que ocorreu durante o percurso de aprendizagem realizado durante as UCs de Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza profissional com Relatório-Módulo II, com o propósito de promover o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF.

O estágio supervisionado tem uma contribuição inegável para a formação do enfermeiro, uma vez que permite compreender na prática a teoria que sustenta a avaliação e intervenção de enfermagem, bem como desenvolver o pensamento crítico (Pascoal & Souza, 2021).

De igual modo, o contexto da prática clínica é um elemento importante neste processo e, relativamente a este aspeto, é relevante salientar as alterações que têm ocorrido nos cuidados de saúde primários. O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença e às crescentes exigências e expectativas, exige que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continue a melhorar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, surgiu a necessidade de fomentar novos modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas (Decreto-Lei nº 102/2023).

Recentemente, assistiu-se à criação de novas Unidades Locais de Saúde (ULS), através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACeS, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde. A integração dos ACeS, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS constitui uma qualificação da resposta do SNS para simplificar os processos, melhorar a articulação entre equipas de profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados. Este modelo organizativo pretende igualmente melhorar a participação dos cidadãos, das comunidades e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS (Decreto-Lei nº 102/2023).

Para uma melhor compreensão do contexto de estágio, foi realizada uma caracterização da USF através da consulta de alguns instrumentos reguladores da mesma, nomeadamente regulamento interno, relatório de atividades e plano de ação.

A referida USF está inserida numa ULS da região Norte, que suporta dois ACeS. Dado que nos encontramos numa fase de transição e para melhor compreensão, será utilizada ainda a expressão ACeS.

Este ACeS contemplava 22 Unidades de Saúde, distribuídas por 15 Unidades de Saúde familiar (USF), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), 1 Centro de Aconselhamento e Detecção de VIH/SIDA (CAD) e 1 Unidade de Saúde Pública (USP).

O ACeS dispunha ainda dos seguintes serviços: Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância (ELI); Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); Núcleos Locais de Inserção (NLI); e Unidade Coordenadora Funcional (UCF). A referenciação de utentes para estes serviços é realizada de acordo com o manual de articulação do ACeS.

Esta USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A sua visão centra-se na prestação de cuidados de excelência, unificados nas características da população, próxima das famílias e dos cidadãos, tendo por base a vontade empreendedora dos profissionais. A USF rege-se pelos valores de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa.

A carteira de serviços da Unidade contempla os requisitos do anexo I da Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro e privilegia as áreas de:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida (geral, saúde da mulher, saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; saúde do adulto e do idoso; cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla);
- Cuidados no domicílio;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

A USF é constituída por: 4 médicos, 4 enfermeiras, sendo que duas delas são especialistas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e as restantes não possuem especialidade; e 3

secretárias clínicas. O seu horário de funcionamento é das 8h às 20h, todos os dias úteis. Relativamente à sua estrutura física, esta partilha o edifício com outra USF, onde existem espaços partilhados por ambas as unidades e outros de uso exclusivo de cada uma.

Esta USF, modelo B, propôs-se desenvolver durante o ano de 2023 projetos de melhoria da qualidade na área da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), da obesidade infantil, tabagismo e acompanhamento de grávidas.

De acordo com a Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes (RNU), no mês de março de 2023, encontravam-se inscritos 6654 utentes nesta USF, divididos por sexo e faixa etária, perfazendo um total de 8991 unidades ponderadas (UP). As UP referem-se à carga de trabalho associada a uma lista de utentes e tem em consideração a idade dos mesmos, sendo que crianças entre os 0 e 6 anos correspondem a 1,5 UP, adultos entre os 65 e 74 anos equivalem a 2 UC e idosos com 75 ou mais anos correspondem a 3 UP (Decreto Lei n.º 298/2007).

Outro aspeto importante a analisar é o índice de dependência da população inscrita na USF. Neste sentido é importante analisar o índice de dependência dos idosos, que se refere ao quociente entre o número de pessoas idosas e o número de pessoas com idades compreendidas entre 15 e 64 anos de idade. Na consulta efetuada no BICSP em março de 2023 (Figura 1), foi possível verificar que o índice de dependência dos idosos é de 42,35%. Relativamente ao índice de dependência dos jovens, ou seja, a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Pordata, 2021), verifica-se um valor de 19,2%. As junções destes dois índices constituem a população economicamente dependente, apresentando um índice total de dependência de 61,5 %.



Figura 1: Índices de dependência da população inscrita na USF

Fonte: BICSP

Esta transição demográfica, em muitos casos, é acompanhada por uma transição epidemiológica, especialmente associada ao aumento de pessoas idosas com multimorbilidades e que irão necessitar de mais e melhores cuidados de saúde. A multimorbilidade é definida pela presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo (Mercer & Fortin, 2014, como citado em Romana et al., 2019). Desta forma, o envelhecimento da população terá profundas implicações em todos os domínios da sociedade, especialmente, entre os profissionais de saúde que estão inadequadamente preparados para responder à especificidade do cuidado à pessoa idosa, de acordo com o *Institute of Medicine* (IoM, 2008), como citado em Gomes, 2021). Desta forma, é fundamental existirem profissionais cada vez mais preparados para gerir os cuidados estes que irão precisar.

A equipa da USF ainda não realizou nenhum plano de acompanhamento interno (PAI) direcionado para esta área, embora tenham mencionado em algumas reuniões que reconhecem como sendo uma área que deverão priorizar num próximo PAI e o ACeS já a tenha identificado como uma das áreas prioritárias. Deste modo, o trabalho desenvolvido nestes estágios servirá de ponto de partida à USF no sentido de dar continuidade numa futura intervenção.

1.1. Caracterização das Famílias da enfermeira orientadora cooperante

De acordo com a Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes (RNU), no mês de março de 2023, a lista de utentes da enfermeira cooperante, a enfermeira responsável pela

orientação do meu estágio, era composta por 1679 utentes, que se encontram divididos por sexo e faixa etária, como representados na Figura 2.

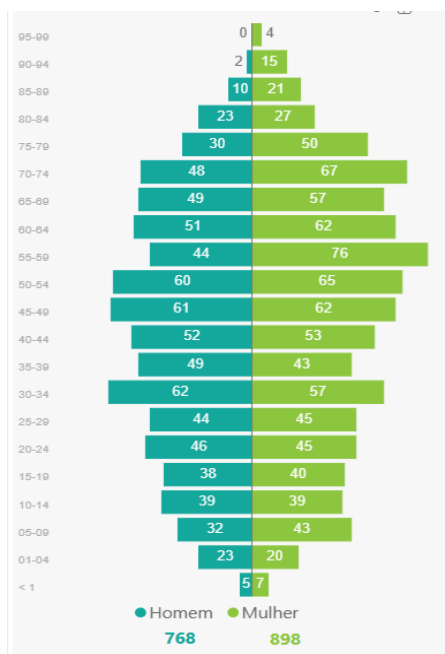


Figura 1 - Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante (Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários -BICSP).

Analisando a respetiva pirâmide etária da população inscrita, podemos confirmar que é do tipo regressiva, que se traduz numa base estreita relativamente ao topo, o que demonstra uma baixa natalidade, afirmando a tendência nacional de envelhecimento da população, tal como constatado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021). Segundo a mesma fonte, entre 2018 e 2080 estima-se que em Portugal o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1 milhão, enquanto o número de idosos passará de 2,2 para 3 milhões. Assim, o índice de envelhecimento quase duplicará, passando para cerca de 300 idosos por cada 100 jovens, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa, prevendo-se que tenderá a estabilizar apenas perto do ano de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de reposição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais anos. Ou seja, para que a renovação das gerações seja assegurada, é necessário que cada mulher em idade fértil tenha pelo menos 2,1 filhos.

A enfermeira orientadora cooperante apresenta um ficheiro de utentes composto por 716 famílias, em que a composição do agregado familiar varia entre 1 e 12 elementos. De acordo com os secretários clínicos da USF, este número acrescido de elementos por agregado

familiar surge pela não atualização dos elementos por agregado, nomeadamente quando os adultos constituem família e mudam de residência. Alguns destes agregados não comunicam a alteração por receio de perder o médico de família.

Para a concretização deste trabalho, foi realizada a caracterização de uma amostra de 60 famílias do ficheiro de famílias da mesma, no período de 27 de abril a 26 de maio de 2023, consistindo numa amostra de conveniência, de acordo com o critério de acessibilidade, nomeadamente dos utentes que recorriam às consultas. Pretendíamos com esta amostra identificar as principais características que compõem esta lista, nomeadamente composição do agregado familiar, patologias mais prevalentes, entre outros. A recolha de dados foi concretizada através de uma entrevista estruturada tendo ser realizada de duas formas: presencial (às famílias que se deslocaram à USF para consulta de enfermagem) e via telefone (aos utentes que tinham recorrido à consulta de enfermagem durante o mês anterior) até atingir as 60 famílias previstas. Os dados recolhidos nesta entrevista tiveram em conta o MDAIF tendo sido também recolhidos no aplicativo informático Sclínico-CSP alguns dados antropométricos, bem como a existência de doenças crónicas. Assim, os dados avaliativos focaram-se essencialmente na dimensão estrutural preconizada pelo modelo, contemplando: composição familiar - número de membros que compõem a família, tipo de família, etapa do ciclo vital, subsistemas familiares, classe social, presença de animal de estimação, membro com doença(s) crónica(s), membro da família com dependência e rede social.

Na análise efetuada às 60 famílias observou-se que 40,0% destes agregados são compostos por apenas um elemento, constituindo um valor superior ao encontrado a nível nacional, no último estudo da Pordata, em 2021, que foi de 24,7%. Observando os elementos desta lista compostos apenas por um elemento, foi possível verificar que destes, 52,3% eram constituídos por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

No que diz respeito às componentes de dimensão estrutural das famílias, os diversos aspetos analisados encontram-se na tabela seguinte:

Tabela 1: Componentes da dimensão estrutural identificados nas famílias

		Frequência Absoluta (n=60)	Frequência relativa (%)
Tipo de família	Unipessoal	24	40,0
	Nuclear	9	15,0
	Alargada	6	10,0
	Reconstruída	3	5,0
	Monoparental	11	18,4
	Casal	7	11,6
Etapa do ciclo vital	Formação do casal	1	1,7
	Família com filhos pequenos	2	3,3
	Família com filhos em idade escolar	2	3,3
	Família com filhos adolescentes	4	6,7
	Família com filhos adultos	39	65,0
	Não aplicável*1	12	20,0
Composição do agregado familiar	1 elemento	24	40,0
	2 elementos	16	26,7
	3 elementos	9	15,0
	4 ou mais elementos	11	18,3
Subsistemas	Conjugal	11	18,3
	Parental	8	13,3
	Fraternal	10	16,7
	Parental + fraternal	2	3,4
	Conjugal + parental	7	11,7
	Conjugal + parental + fraternal	8	13,3
Classe social	Alta	0	0
	Média alta	4	6,7
	Média	22	36,6
	Média baixa	30	50,0
	Baixa	4	6,7
Rede social	Família extensa	58	96,7
	Amigos	20	33,3
	Serviços de saúde	28	46,7
	Vizinhos	22	36,6
	Trabalho	10	16,7
	Escola	15	25,0
	IPSS	6	10,0
	Igreja	6	10,0

*Família sem filhos

A idade dos elementos das famílias variou entre 9 meses e 89 anos. Como referido anteriormente, verifica-se uma predominância de famílias unipessoais em relação às restantes. Relativamente à etapa do ciclo vital, observou-se que a maioria se encontra na etapa - família com filhos adultos, e que em 20% dos agregados familiares não se aplicava nenhuma das etapas do ciclo vital, segundo as etapas preconizadas por Relvas (1996), ou seja, são constituídos por casais que nunca tiveram filhos.

Relativamente à classe social das famílias, verificou-se que a maioria dos utentes desta lista está situada na classe média baixa e baixa. A presença de animal doméstico foi identificada em 31,7% das famílias, sendo o gato o animal com maior representatividade.

No que concerne a dimensão funcional das famílias, mais concretamente à existência de um membro da família dependente, verificou-se que estava presente em 3,3% das famílias.

Foi, também, realizada uma análise relativamente à prevalência de algumas doenças crónicas nestas famílias, como descrito na tabela 2. A prevalência refere-se à proporção de indivíduos que apresentam uma determinada doença ou condição num determinado período de tempo (Cirigola et al., 2023).

Tabela 2: Doenças crónicas identificadas nos elementos das famílias (n=60) e a prevalência das mesmas a nível nacional.

Doenças crónicas	Na amostra	Em Portugal*
Diabetes mellitus tipo 2	13,6%	9,1%
Hipertensão arterial	25,4%	42,0%
Obesidade	24,5%	28,7%
Artrose	7,3%	24,0%

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), em 2015

Na análise efetuada aos membros das famílias, verificou-se que, à exceção da diabetes mellitus tipo 2, todas as restantes doenças apresentaram uma prevalência inferior à Nacional. Em 30,9% da população adulta destas famílias apresentava excesso de peso, valor semelhante ao encontrado a nível nacional (INSA, 2015). Deste modo, se associarmos o excesso de peso e a obesidade, verificamos que 55,5% dos adultos das famílias analisadas tem o índice de massa corporal acima do normal, de acordo com os parâmetros da DGS.

Após esta análise, verifica-se que existem algumas áreas que merecem especial atenção: a prevalência de excesso de peso e obesidade é marcada encontrando-se a ser atualmente objeto de intervenção da equipa de saúde, de acordo com o PAI de 2023.

As alterações da estrutura familiar inerentes à última etapa do ciclo de vida da família caracterizam-se por transições interligadas ao envelhecimento, como processo experiencial e único. Assim, como refere Figueiredo (2011), a reconstrução relacional intra-sistema e com as gerações mais novas, aliadas às mudanças necessárias decorrentes do envelhecimento, constituem-se como desafios fundamentais às famílias nesta etapa do seu ciclo.

Embora a equipa da USF reconheça a importância de dar resposta às necessidades desta população, ainda não teve oportunidade de realizar nenhum PAI que integrasse esta problemática, como referido anteriormente. Neste sentido, atendendo a todas as especificidades atrás mencionadas relativamente às famílias unipessoais com pessoa idosa, a equipa de saúde considerou importante dar início a um trabalho mais sistemático com estas famílias, que lhes servirá de base para intervenção futura. Este constitui o principal motivo pelo qual esta temática se tornou central no desenvolvimento deste trabalho ao longo do estágio do Módulo II.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é essencial para sustentar a pertinência e estruturação da prática de enfermagem de saúde familiar, visto ser orientador de todo o processo de enfermagem. Desta forma, ajuda a identificar as principais necessidades em saúde face a uma determinada temática, orientando para os dados a recolher, e sugerindo os cuidados a prestar, bem como a sua avaliação. Assente numa pesquisa aprofundada, o enfermeiro tem a oportunidade de contactar com a melhor evidência científica. Assim, a sua tomada de decisão decorre de uma análise crítico-reflexiva e será mais fundamentada. Será então expectável que este proporcione cuidados mais abrangentes, adaptados ao contexto único de cada família e pessoa, e, portanto, mais individualizados.

No presente capítulo serão explanados aspetos como os cuidados de saúde primários e a enfermagem de saúde familiar, a família e a sua avaliação, o envelhecimento e o risco de queda nos idosos. Serão ainda descritos os modelos teóricos que sustentaram a prática no decorrer do estágio.

2.1. Os Cuidados de Saúde Primários e a Enfermagem de Saúde Familiar

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2023, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) possibilitam uma abordagem de saúde e bem-estar a toda a sociedade, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Segundo a mesma, estes prestam cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas exigências de saúde durante toda a vida e não apenas para um conjunto de doenças específicas, e contemplam a promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Neste sentido, a OMS (2023) refere que os CSP devem estar assentes em três premissas:

- Satisfazer as necessidades das pessoas no que concerne à saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida. Para que isso aconteça, deverá ser prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através dos cuidados primários, e às populações através das funções de saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados;

- Abordar de forma sistemática os vários determinantes de saúde (sociais, económicos e ambientais, as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os setores;
- Capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, através de cuidadores formais e informais.

Neste sentido, Portugal assistiu a uma grande mudança ao nível da prestação de cuidados à população, com a criação das ULS, fruto do aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, que exigiu que o SNS continuasse a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos organizacionais que promovessem a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas (Decreto-Lei nº102/2023).

Como já referido anteriormente, a integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares já existentes, no atual modelo das ULS, constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, facilitando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia gestonária, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS (decreto-lei 102/2023).

No entanto, já em 2005 tinha ocorrido também uma grande transformação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, com a resolução do conselho de ministros nº 157/2005, de 12 de outubro, onde o governo deu um enfoque particular aos CSP e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso aos cuidados de saúde. Nesse ano, foram criadas as USF, como uma forma alternativa ao habitual centro de saúde, prestando também CSP, mas com autonomia de funcionamento e sujeitas a regras de financiamento próprias, baseadas também em incentivos financeiros a profissionais e à própria organização.

Também neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros aprovou, em 2010, o Regulamento das Competências Específicas do EEECESF, enfatizando a importância desta política de cuidados para os cidadãos.

Deste modo, em Portugal foi identificado o papel do enfermeiro de família, através do Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto, que define o enfermeiro de família como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multidisciplinar 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”. Deste modo, de acordo com a prática especializada do EEECESF, as competências específicas destes profissionais consistem em cuidar da família enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros ao longo do ciclo vital e liderar e colaborar em processos de intervenção (Decreto-Lei nº135/2018).

Assim, verifica-se que é fundamental o enfermeiro conhecer a definição de família, compreender a sua estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento, pois só assim será possível a realização de uma intervenção direcionada para a capacitação das famílias face às exigências e especificidades do seu ciclo vital e nas suas transições (Figueiredo, 2012; Decreto-Lei nº135/2018).

2.2. Família e Avaliação Familiar

O conceito de família, na sua perspetiva sistémica e comunicacional, tem sofrido alterações nas últimas décadas, assumindo uma dimensão mais vasta, fruto das exigências das novas tendências e configurações familiares, que permitiram novas conceções de família e da organização dos seus membros. Entre as principais configurações salienta-se a legalização do divórcio, a diversidade sexual, de género, a fertilização in vitro, entre outros (Dias, 2011). De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN) em 2023, família é 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. Já para Figueiredo et al. (2023) as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se, enquanto sistemas co-evolutivos, como unidades dotadas de energia com competência para manter o seu funcionamento. Segundo os mesmos autores, apesar das diversas conceções de família, a sua importância enquanto unidade é transversal, bem como o impacto no bem-estar dos seus membros, uma vez que é na família que crescemos e evoluímos no contexto físico, psicológico e social.

Assim, os enfermeiros devem-se apropriar de um conceito claro de família (Wright & Leahey, 2012), procedendo à utilização de uma estrutura de avaliação familiar que auxilie na organização das suas forças e necessidades, fornecendo assim um caminho para o planeamento e ajuste da intervenção, com base nas teorias das ciências sociais da família, da teoria familiar e das teorias de Enfermagem (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012). Face a estes pressupostos de família, verifica-se que o enfermeiro é um apoio na mobilização de recursos internos e externos que permitam que a família, enquanto unidade, e que os seus membros, individualmente, identifiquem as suas necessidades em saúde e implementem as ações que considerem adequadas, de acordo com as suas crenças, valores e objetivos de saúde e de vida (Figueiredo et al., 2023). Neste sentido, para Rodrigues et al. (2023) o conhecimento e avaliação do sistema familiar permite identificar os seus pontos fracos, as suas capacidades e pontos fortes, possibilitando uma intervenção colaborativa em parceria com a família. Deste modo, é essencial ter em consideração o contexto social, cultural e económico, conhecer a estrutura e dinâmica de cada família.

Relativamente ao contexto social, verifica-se que este tem vindo a assumir-se como um recurso relevante nos cuidados de saúde. Neste, um conjunto de relações interpessoais entre familiares, amigos, instituições e outros, permitem entender como o indivíduo e a sua família desenvolvem relações e mantêm a sua identidade no âmbito social. Desta forma, permite a compreensão de como o sistema familiar adequa as tomadas de ação perante as suas necessidades específicas (Figueiredo et al., 2023). Como consequência, os fortalecimentos dessas relações produzem saúde, ou aumentam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados. As redes sociais podem ser definidas em quatro quadrantes, (Dluzki, 1997, como citado em Figueiredo et al., 2023): família, amigos, trabalho-escola e comunidade, onde o indivíduo estabelece relações positivas e negativas, estimulando processos de (re)construção, conhecimentos e dinâmicas pessoais. Ainda segundo o mesmo autor, as redes sociais podem apresentar três dimensões: estrutura, dimensões e dinâmica. Nas suas características estruturais, é possível analisar o tamanho da rede, observando que, as redes médias são mais eficazes que as redes pequenas ou numerosas; a densidade, referente à ligação entre os membros da rede; a composição, que se relaciona com a distribuição dos membros por áreas relacionadas com a família, relações de amizade, trabalho, sistemas de saúde; e dispersão, que facilita a perceção sobre a simplicidade de acesso à rede (Figueiredo, 2012).

Em relação às funções da rede, estas são definidas como:

“suporte e contenção, sendo intermediadas pela estrutura, que podem ser: companhia social, que incorpora a realização de atividades em conjunto ou o estar com; apoio emocional, na promoção de emoções positivas através de atitudes de compreensão, empatia, estímulo e apoio; guia cognitivo e de conselhos, que se refere à partilha de informações, validação de expectativas e exploração de modelos relacionais; regulação social, ao possibilitar a reafirmação da responsabilidade dos papéis familiares e sociais; ajuda de material e de serviços, e apoio em áreas específicas do funcionamento familiar; e acesso a novos contactos, que se refere à possibilidade de contactos e ligações sociais e criação de novas redes” (Figueiredo et al., 2023, pág.137).

Atendendo ao contexto social, cultural e económico, é essencial conhecer a estrutura e dinâmica de cada família. Relativamente à estrutura e dinâmica de cada família é fundamental conhecer o ciclo vital da família que, para Figueiredo et al. (2023), é composto por uma sequência de etapas de desenvolvimento, onde ocorrem transformações na estrutura da família, de acordo com o cumprimento de tarefas que caracterizam essas diferentes etapas. Existem vários modelos de ciclo vital desenvolvidos por diversos autores. No entanto, o modelo de ciclo vital das famílias proposto por Relvas (2000) é muito utilizado na prática e na investigação, sendo constituído por cinco etapas e tem como referência a cultura portuguesa. As famílias alvo de intervenção deste relatório enquadram-se na última etapa do referido ciclo. Para Relvas (2000), existem vários aspetos a considerar: saída dos filhos de casa para formar novas famílias, entrada de pais/avós, por vezes com fragilidades, necessitando de apoio dos filhos e renegociação da relação do casal, que até então priorizou os filhos. Na perspetiva da mesma, a família tem de formar uma nova dinâmica relacional que contemple as necessidades das gerações em interação, apresentando três etapas inerentes a essa fase do ciclo vital:

- Facilitar a saída dos filhos de casa, com o intuito de construir a autonomia das suas próprias vidas;
- Renegociar a relação do casal, centrada na meia-idade;
- Aprender a lidar com o envelhecimento, sendo necessário reenquadrar as gerações mais velhas para promover as relações de suporte, dando resposta às suas

incapacidades específicas e necessidades de dependência, não interferindo com as suas potencialidades de autonomia ou os seus direitos de dignidade.

Ainda na avaliação familiar, há que ter em conta que a saúde familiar é um conceito dinâmico que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociais e culturais do sistema familiar (Hanson, 2005) o impacto de uma mudança num dos membros da família tem impacto na família como um todo. Assim, a família tem de estar preparada para lidar com as mudanças e com os desafios que existem ao longo do tempo.

É importante salientar que a capacidade da família para lidar com as transições e o tempo que vai necessitar para voltar ao seu novo ponto de equilíbrio vai depender do tipo de acontecimento Figueiredo et al. (2023). Ainda segundo os mesmos autores, se o acontecimento é normativo, possibilita à família uma preparação antecipada, aumentando a sua capacidade de adaptação, preparando-se para a vulnerabilidade que é espetável existir naquela fase do ciclo vital. A transição é um acontecimento que ocorre ao longo do tempo, sem limites nitidamente estabelecidos, integrando-se no processo coevolutivo que as famílias vivenciam ao longo do seu ciclo vital. Deste modo, tal como refere Figueiredo (2012), as famílias caminham através de transições, em que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares. Meleis (2010) identificou 4 tipos de transições: desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. As primeiras estão associadas a situações de desenvolvimento, individual ou familiar, como por exemplo o envelhecimento, na medida em que pode condicionar problemas de saúde relacionados com a identidade, reforma e doenças crónicas (Brito, 2012). As situacionais referem-se às alterações de papéis previamente desempenhados, mudanças nas situações familiares, colocando como foco o papel de familiares cuidadores. Também a viuvez é encarada como uma transição situacional, na medida em que o cônjuge da pessoa que morre normalmente assume os papéis que anteriormente eram desempenhados pelo companheiro(a). As transições de saúde-doença referem-se à mudança de um estado de saúde para um estado de doença e as organizacionais dizem respeito às mudanças sociais, ambientais, políticas, económicas e intraorganizacionais (Meleis, 2000). Segundo a mesma autora, o conhecimento de que estas múltiplas transições podem ocorrer nos idosos orientam os profissionais de saúde no que concerne aos cuidados antecipatórios aos mesmos e à sua família.

As alterações da estrutura familiar inerentes à última etapa do ciclo de vida da família caracterizam-se por transições interligadas ao envelhecimento, como processo experiencial e único. Assim, como referem Figueiredo et al. (2011), a reconstrução relacional intra-sistema

e com as gerações mais novas, aliadas às mudanças necessárias decorrentes do envelhecimento constituem-se como desafios fundamentais às famílias nesta etapa do seu ciclo. As etapas finais de vida caracterizam-se pela degenerescência progressiva das funções vitais, pelo aparecimento de doenças crônicas e reajuste de papéis, traduzindo-se noutra tipo de transições vivenciadas por estas pessoas. Explanando a transição saúde-doença, de acordo com a definição de Meleis (2010) e transpondo para a prática do EEECESF, esta transição é desencadeada por um estado de doença que obriga a pessoa a realizar uma passagem do estado de saudável para viver com uma doença crônica ou agravamento do estado de saúde. Muitas vezes, esta transição saúde-doença pode influenciar a sua autonomia e independência, tornando-a dependente de outra pessoa. No caso das famílias unipessoais constituídas por pessoa idosa, este fator tem um impacto acrescido, pois o facto de viver sozinha implica que sejam acionados outros meios de satisfação destas necessidades, nomeadamente pelo envolvimento da família extensa e outro suporte social. Nestas famílias, poderá existir sobreposição do tipo de transição, o que faz com que vivenciem mais do que uma transição simultaneamente.

Segundo Meleis (2000) a passagem à terceira idade constitui uma transição desenvolvimental, que envolve um processo de adaptação a esta nova fase da vida. No entanto, é possível minimizar os riscos deste processo de transição que tornam a pessoa mais vulnerável, se existir prevenção e intervenção precoce de enfermagem. É fundamental o enfermeiro intervir na educação da população, na manutenção das capacidades funcionais e independência da pessoa idosa e na prevenção de incapacidades, fatores estes que têm impacto na qualidade de vida dessa pessoa e da sua família. Desta forma, é importante que este profissional possua conhecimentos aprofundados sobre o processo de envelhecimento e suas implicações para ajudar a família e os seus membros. É fundamental ajudar a família a reconhecer quando se encontra em processo de transição, criando condições facilitadoras e fomentando o seu envolvimento, confiança e estratégias adaptativas, de forma a possibilitar uma transição saudável e bem-sucedida.

2.3. O Processo de Envelhecer

O envelhecimento humano é um processo progressivo e dinâmico onde ocorrem alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, ocasionando perdas e uma maior dificuldade de adaptação. Sendo um processo complexo, o envelhecimento resulta da interação de diversos fatores como por exemplo fatores genéticos, estilo de vida, doenças crônicas, determinando o declínio da capacidade funcional (Calles et al., 2015).

De acordo com Meleis (2010), no envelhecimento podem ocorrer múltiplas transições, onde se inclui a reforma, perda do cônjuge ou amigos, mudança para uma nova situação de vida, existência de doenças crônicas ou fragilidade. Muitas destas transições são indesejadas e envolvem perda, no entanto, algumas transições podem ser positivas e desejadas, como iniciar um novo projeto ou desenvolver novos aspetos sobre si. Para Pocinho et al. (2017), este processo é uma fase crítica do desenvolvimento humano que engloba o declínio e as perdas em várias áreas da vida, mas que contempla também aspetos positivos, como a sabedoria. Assim sendo, o envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas como um processo natural do ciclo vital, que deve ser vivido de forma saudável e autónoma o maior tempo possível. No envelhecimento inclui-se a transição para a reforma, que é um momento do ciclo vital onde a vulnerabilidade individual se evidencia. Esta transição está diretamente relacionada com o modo como o envelhecimento é vivido por cada pessoa, influenciando a satisfação com a vida nesta fase. Neste sentido, o processo de adaptação à reforma deve ser compreendido numa perspetiva do ciclo de vida, dado que a reforma constitui um aspeto de contínua adaptação, revelando-se num processo dinâmico que vai até à morte e as famílias são a principal fonte de apoio a todas as alterações vivenciadas nesta fase (Rochal et al., 2020).

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um aumento das pessoas muito idosas, ou seja, as pessoas com mais de 80 anos, fruto do aumento da esperança de vida. Este grupo etário teve um incremento de mais de 500% entre 1960 e 2019, e foi o que mais cresceu desde o início do século XXI (Fundação Francisco Manuel dos santos 2020). Importa ter presente que nessa população é maior a probabilidade de adquirir doenças que comprometem a sua independência e autonomia, vulgarmente acompanhadas de sofrimento físico, mental, social e emocional (Pereira, 2019).

Segundo Alarcão, (2002), como citado em Figueiredo & Oliveira (2011), a transição contextual do envelhecer integra três elementos fundamentais: o tempo, cuja dimensão relacional determina o estabelecimento e a reformulação de metas para o futuro; a regulação da autonomia-dependência e a relação intergeracional, que em recursividade com o nível de autonomia pode determinar a inversão da hierarquia relacional. Assim, o envelhecimento ocorre de forma diferente mediante ocorra na cidade ou em meio rural, se a pessoa envelhece sozinha ou acompanhada, de acordo com os recursos pessoais e socioeconómicos, beneficiando de distintas respostas de saúde e acessibilidade aos serviços, equipamentos, espaços públicos, com autonomia ou com algum grau de dependência (Moreira, 2020).

Em Portugal, na última década, verificou-se um aumento de 18,6% dos agregados familiares unipessoais, em que metade destes agregados (50,3%) são compostos por pessoas com 65 ou mais anos de idade (INE, 2021). Deste modo, importa ter presente os resultados de um estudo realizado pelo *National Academic of Sciences, Engeneering and Medicine*, em 2020, que revelou que é mais provável que os idosos que moram sozinhos sejam pobres, principalmente com o avançar da idade, e que tenham dificuldade em seguir os regimes de tratamentos prescritos. Este estudo verificou também que existiam sentimentos de solidão nessa população, sendo que 25,0% das pessoas estavam isoladas. Naqueles com problemas de saúde ou com défices sensoriais, os novos sintomas tendiam a piorar ou podiam mesmo passar despercebidos. Relativamente à nutrição, verificaram que algumas pessoas, por terem limitações físicas, não preparavam refeições completas e equilibradas, existindo um risco de desnutrição. De acordo com Almeida et al. (2020), estas pessoas tendem a ter dificuldade na realização das atividades de vida diária, em lidar com as limitações fisiológicas do corpo, e podem apresentar perda de memória e comprometimento das relações familiares. O facto de morar sozinho pode desencadear o aumento da sensação de solidão, levando, em alguns casos, a um quadro psicopatológico de depressão. Por vezes, a pessoa apresenta medo de abandono, de acidentes ou doenças inesperadas, bem como incerteza quanto ao futuro, nomeadamente em quem cuidará dela se surgir essa necessidade.

Face ao exposto, verifica-se que o fenómeno do envelhecimento implica profundas mudanças e desafios para os sistemas de saúde (Maia et al., 2020). Para tal, é fundamental que as pessoas idosas se mantenham com autonomia e independência funcional, evidenciando capacidade de assegurar a gestão das suas atividades de vida diárias, de lazer, de convívio social e trabalho, independentemente ou não da presença de comorbilidades. O envelhecimento envolve as dimensões individual, familiar e social e, apesar das alterações

da família que têm ocorrido ao longo do tempo, esta constitui o principal sistema de suporte do idoso. Pois são as relações familiares aquelas que os idosos vivem com mais intensidade, tendo implicações no seu bem-estar e respetiva qualidade de vida (Góis, 2017).

Uma vez que as famílias alvo de intervenção neste projeto são unipessoais, pode ser expectável que a falta de suporte familiar possa constituir um fator dificultador. Será, assim, fundamental recorrer à família extensa, rede social e comunidade. Deste modo, é essencial que os enfermeiros, em parceria com a pessoa idosa e a família extensa, apoiem na mobilização dos seus próprios recursos ou recorram a outros para gerir a sua situação de saúde e promover o autocuidado (José & Gomes, 2021). É necessário que o enfermeiro veja a pessoa idosa como responsável pelo seu próprio projeto de vida, que está em inter-relação constante com o seu projeto de existência no contexto da cultura e comunidade onde a pessoa se insere (Gomes et al., 2020). Isto requer que não se olhe somente para a pessoa idosa como um ser com necessidades, mas como alguém que tem um potencial de desenvolvimento e que precisa de ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde. Assim sendo, as teorias e modelos de cuidados gerontogeriátricos precisam de ter por base uma dimensão ética que permita a primazia da preocupação pela pessoa idosa no respeito pela sua autonomia e dignidade.

Neste âmbito, torna-se premente que a intervenção do EEECESF, além de ter o seu foco na família enquanto alvo de cuidados, deve intervir na pessoa idosa, tendo como paradigma o modelo de cuidados centrado na pessoa. Neste sentido, McCormack & McChance (2017) desenvolveram uma estrutura de modelo de cuidados centrados na pessoa, que tem por base quatro pré-requisitos: os atributos dos profissionais relativos à competência para tomar decisões e priorizar cuidados; o ambiente de cuidados, referente ao contexto dos cuidados prestados; o processo de cuidados centrado nas crenças e valores da pessoa, demonstrando compromisso, assegurando a tomada de decisão partilhada e a prestação de cuidados holísticos; e os resultados esperados que se referem à experiência de cuidado dos participantes, do envolvimento da pessoa nas decisões de saúde, a sensação de bem-estar e a existência de uma cultura organizacional saudável, em que colaboradores e líderes trabalham em parceria e estão atentos às transformações e inovações necessárias para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Perante uma abordagem interdisciplinar à pessoa idosa e família, entende-se que a contribuição explícita do enfermeiro pode ser dada pela utilização de um modelo conceptual que possibilite a operacionalização do processo de enfermagem na prática clínica,

possibilitando que este ajude a pessoa idosa e a família a usar os seus próprios recursos ou outros mobilizáveis para gerir as suas necessidades e projetos de vida, continuando a funcionar na comunidade (José & Gomes, 2021).

Importa implementar processos de cuidados de proximidade com as pessoas idosas, que tenham em consideração a promoção do envelhecimento ativo e a prevenção e controlo das grandes síndromes geriátricas onde se incluem as quedas; as alterações da funcionalidade; as alterações da nutrição; as alterações da eliminação (incontinência); a fragilidade; a insuficiência cognitiva; o *delirium*; a polimedicação; a dor; o isolamento e solidão, e a violência contra as pessoas idosas e a iatrogenia (Boltz et al., 2020).

2.4. As Quedas no Idoso

As quedas são consideradas uma síndrome geriátrica, com impacto negativo na funcionalidade da pessoa idosa em que, pela queda ou pelo medo de cair, a pessoa vê-se sujeita a um conjunto de limitações intervenções as quais vão restringir a sua autonomia e a independência para o autocuidado. A ocorrência de uma queda pode provocar várias complicações, nomeadamente a hospitalização, a perda de funcionalidade e mesmo a morte (Baixinho et al., 2020).

A OMS (2021), define queda como um acontecimento involuntário que conduz o corpo ao solo ou outra superfície. É difícil atribuir as quedas a um só fator de risco, uma vez que os fatores interagem de forma dinâmica. Esta identifica os principais fatores de risco agrupados em quatro dimensões (Figura 3): Fatores de risco biológicos; Fatores de risco comportamentais; Fatores de risco ambientais; e Fatores de risco socioeconómicos.

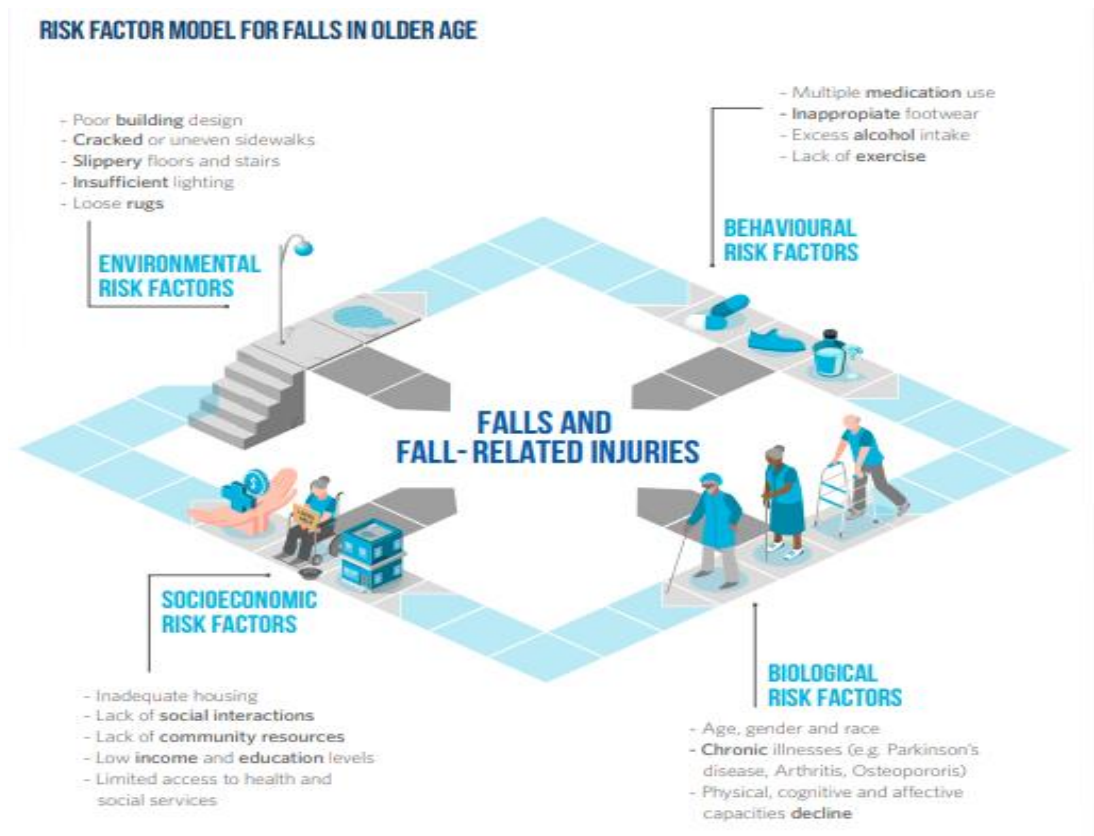


Fig. 3 - Modelo de fatores de risco para quedas em idoso
 Fonte: OMS (2021)

Nos fatores de risco biológicos estão contemplados as mudanças associadas ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e as comorbilidades como as doenças crônicas. Os fatores de risco comportamentais referem-se aos fatores potencialmente modificáveis como o uso de múltiplos medicamentos, o uso excessivo de álcool e os comportamentos sedentários, e que podem ser modificados através de intervenções estratégicas para apoiar a mudança comportamental. Os ambientais referem-se à interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca, incluindo piso escorregadio ou irregular, fraca iluminação e desarrumação, alguns aspectos complexos dos ambientes públicos (ex: degraus estreitos, tapetes soltos, entre outros). Os fatores socioeconômicos referem-se à influência das condições sociais e do status econômico dos indivíduos, bem como à capacidade em enfrentá-los (ex: baixa renda e escolaridade, fraca interação social).

Perante a possível presença de vários fatores que possam potenciar a perda de autonomia e independência da pessoa idosa, uns mais controláveis que outros, importam sempre apostar

em intervenções que promovam o envelhecimento ativo. Neste âmbito, a promoção da saúde assume uma importância vital, uma vez que esta prevê o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem a pessoa idosa para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais capacitadas para controlar a sua saúde e o ambiente que as rodeiam, de forma a poder tomar decisões conducentes à saúde. É fundamental capacitar as pessoas ao longo do ciclo de vida, a fazerem escolhas de vida saudável, preparando-as para as diferentes etapas que irão naturalmente ocorrer e para poderem enfrentar doenças crónicas e as incapacidades que possam surgir (Curopos, 2021). Assim, a educação sobre quedas e fatores específicos, como calçado, óculos, situações e comportamentos de alto risco são fundamentais. Embora o conhecimento e a educação por si só não previnam as quedas, é importante para melhorar a conscientização sobre os recursos, comportamentos e apoio disponíveis, e a natureza evitável das quedas (OMS; 2021). Tendo presente o supracitado, é urgente promover o aumento da literacia em saúde destas famílias, tornando-as mais ativas e capacitadas para a tomada de decisões esclarecidas, face às suas opções e projetos de saúde.

Literacia em saúde é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que cada pessoa possui em procurar, compreender e dar uso à informação obtida, para promover e manter uma boa saúde (OMS, 2018). Envolve o conhecimento, motivação e competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação disponível, de forma a formar juízos e tomar decisões no seu dia-a-dia sobre cuidados de saúde, com intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida durante todo o ciclo vital (DGS, 2019). A promoção da Literacia em Saúde, junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, assume-se como um desafio e um componente essencial da Saúde Pública. Em Portugal, estudos referem que 5 em cada 10 pessoas da população, têm níveis reduzidos de literacia em Saúde. A melhoria destes valores apresenta-se como uma prioridade estratégica que poderá ter impactos diretos na saúde, bem-estar e qualidade de vida da população (DGS, 2019). A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem, que permite capacitar o indivíduo de modo que possa continuar a participar ativamente na sociedade, que possibilite, alcançar os seus objetivos e incrementar os seus potenciais e conhecimento. O desenvolvimento da literacia, é uma condição necessária para o progresso pessoal e coletivo eficaz, que terá implicações no sistema de saúde por isso, quanto mais conhecimentos a pessoa conseguir, maior o seu contributo na sociedade (Santos, 2018).

A literacia em saúde é um meio que enaltece a pessoa enquanto gestor da sua própria saúde, é basilar para que as pessoas possam gerir com sucesso a sua própria saúde. E para isso é necessário, a aquisição de conhecimentos sobre saúde e cuidados de saúde, tal como, compreensão, interpretação e comunicação de informações de saúde, a pesquisa de cuidados ajustados e a tomada de decisões em saúde (Santos, 2018).

Efetivamente os níveis de literacia em saúde influenciam diretamente a qualidade de vida em geral, sobretudo na população idosa (Panagioti, 2018), enquadrando esta população num perfil de baixa literacia em saúde. Isto deve-se a alguns fatores, nomeadamente perda do cônjuge, isolamento social, pobreza e fraca interação social (Kim, 2011, como citado em Veiga & Almeida, 2020). Atendendo às especificidades das famílias unipessoais com pessoa idosa enunciadas anteriormente, é fundamental promover a literacia em saúde, com vista à manutenção da saúde das mesmas e capacitá-las a resolver os problemas que possam surgir.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O enfermeiro de família tem um papel fundamental nos cuidados de saúde primários, uma vez que é um dos eixos estruturantes e funcionais na garantia do acesso e na prestação de cuidados. No decorrer do estágio foram realizadas diversas atividades com vista à obtenção de competências específicas intrínsecas ao EEECESF: “Cuidar da família como unidade de cuidados; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O EEECESF desenvolve a prática sustentada na evidência científica, atendendo à capacitação da família na criação de metas e expectativas com vista à promoção da saúde. Este deve proporcionar ambiente seguro para a discussão de temas que possam ser constrangedores para a família, utilizar o pensamento crítico para entender a família e a sua dinâmica, de forma a conhecer os fatores que influenciam os cuidados à família e obter os resultados desejados. Além disso, intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, desenvolvendo com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar (Diário da República, 2018).

Assim, no presente capítulo, serão explanadas e analisadas as atividades concretizadas, tendo em conta a aquisição das competências comuns e específicas do EEECESF. Esta exposição será distribuída em dois subcapítulos: a prestação de cuidados às famílias como unidade de cuidados e liderança e a colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Atendendo a esta temática, e com o objetivo de elaborar um plano de cuidados em colaboração com a família, foram operacionalizados os seguintes objetivos:

1. Avaliar as famílias unipessoais com uma pessoa idosa, reconhecendo as suas necessidades e prioridades;

2. Identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades apresentadas;
3. Implementar as intervenções de enfermagem, adaptando as atividades e estratégias às especificidades de cada família;
4. Monitorizar os ganhos em saúde referentes à intervenção especializada.

Como já referido em capítulo anterior, inicialmente foi realizada uma análise de todas as famílias unipessoais com uma pessoa idosa, da lista de famílias da enfermeira orientadora cooperante, com recurso ao estudo do agregado familiar existente no aplicativo Sclínico-CSP.

Pela impossibilidade temporal de trabalhar com todas elas, no sentido de contribuir para melhores cuidados em saúde a estas famílias e simultaneamente desenvolver competências avançadas, compatíveis com o papel de EEECSF, foram delineados alguns critérios para a seleção da amostra, isto é, para a escolha das famílias que seriam alvo dos cuidados durante o período de estágio. Assim, foram escolhidos como critérios de inclusão: família unipessoal com uma pessoa idosa, estar inscrita na lista da enfermeira orientadora cooperante, residir na área de influência da USF; e como critérios de exclusão: o português não ser a sua língua materna, e a existência de alteração na cognição, uma vez que ambos podiam comprometer a compreensão de alguns instrumentos de recolha de dados, bem como algumas intervenções e estratégias a implementar.

Sabendo que estas famílias constituíam 52,3% das famílias unipessoais da amostra de conveniência recolhida das 60 famílias do ficheiro da enfermeira, procedeu-se à seleção aleatória das famílias com estas características que tinham recorrido à consulta de enfermagem durante o mês de setembro. Identificaram-se no aplicativo Sclínico-CSP 15 famílias unipessoais com uma pessoa idosa, no entanto, duas não tinham o português como língua materna. Além disso, quando contactadas telefonicamente, verificou-se que sete destas famílias afinal não eram unipessoais, uma vez que residiam com algum familiar, apesar de esta informação não se encontrar corretamente registada no Sclínico-CSP. Deste modo, a amostra final obtida foi de seis famílias. Este contacto foi realizado pela enfermeira de família por se constituir um elemento de proximidade, de modo a facilitar a adesão das mesmas. O seu intuito foi apresentar-me e informá-las sobre o objetivo, solicitar a participação das mesmas e fornecer informações sobre o agendamento da visita domiciliária. Foi, ainda, assegurada a total confidencialidade e todas as famílias aceitaram participar.

Com o intuito de proporcionar uma compreensão mais aprofundada das atividades desenvolvidas junto destas 6 famílias, primeiro serão apresentados e detalhados os recursos mais utilizados, concretamente os instrumentos de avaliação, as técnicas de intervenção ativa e as questões de intervenção sistémica implementadas nas consultas de enfermagem. Posteriormente será apresentada a descrição detalhada do processo de enfermagem às famílias.

3.1.1. Modelos e Recursos utilizados

Após a seleção das seis famílias, procedeu-se à recolha de dados no Sclínico-CSP relativamente aos antecedentes pessoais e familiares dos membros das famílias e cumprimento do plano de vacinação. Posteriormente, no domicílio, procedeu-se à recolha de dados, através de uma entrevista semi-estruturada focado na avaliação das áreas de atenção familiar relativamente às diferentes dimensões da matriz operativa MDAIF.

O MDAIF, enquanto referencial teórico da Enfermagem de Saúde Familiar foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este modelo engloba como fontes teóricas o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Calgary de Intervenção da família. O MDAIF é sustentado no pensamento sistémico, enquanto referencial epistemológico, integrando os conceitos que classificam os fenómenos centrais do sistema teórico: família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo et al., 2022). O MDAIF é simultaneamente um referencial teórico e operativo em enfermagem e relativamente à estrutura operativa do modelo, a avaliação familiar centra-se em áreas de atenção integradas em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Para efeitos de visualização da arquitetura estrutural do MDAIF, apresenta-se a Figura 4.

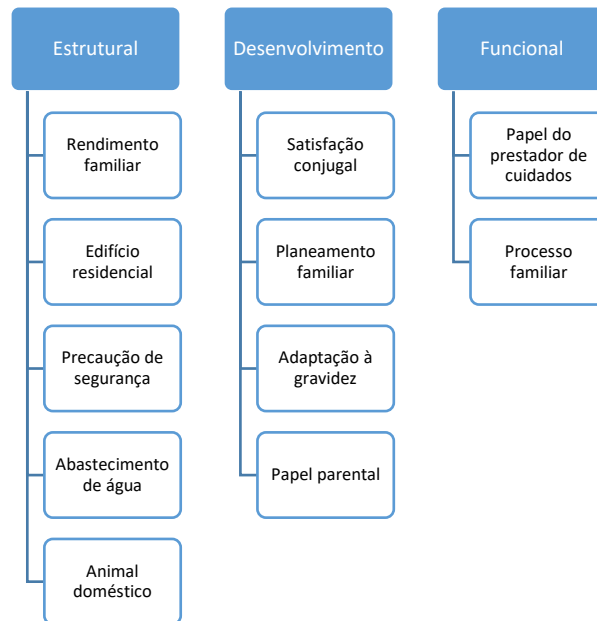


Figura 4 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação
(Fonte: Figueiredo, 2012, p. 104)

Deste modo, na dimensão estrutural foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento, precaução de segurança e ambiente biológico. Na dimensão de desenvolvimento foi avaliado o papel parental e na dimensão funcional, devido à composição específica das famílias, foi apenas avaliada a interação de papéis.

A realização das consultas alicerçada na entrevista permitiu criar uma relação positiva e entender as dificuldades e necessidades destas famílias, ajudando-as a verbalizar os seus problemas de saúde, bem como apoiá-las no reconhecimento de estratégias de mudança e/ou de adaptação.

A par com a avaliação familiar realizada com base na matriz operativa do MDAIF e os instrumentos intrínsecos à mesma (genograma, ecomapa, entre outros), também a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) foi utilizada, estando fundamentada, quer na Teoria Geral dos Sistemas, quer na Teoria da Comunicação (Zordan; Delatorre & Wieczorek, 2012). Segundo os mesmos autores, este instrumento é importantíssimo no acolhimento, na avaliação e na condução de todo o processo terapêutico. Na entrevista sistémica o técnico mantém-se equidistante de todos os elementos da família, evita estabelecer ligações privilegiadas com um dos membros e está disponível para prestar cuidados antecipatórios e

de continuidade, tendo a família como recurso privilegiado na descoberta das soluções mais adequadas a cada momento e para cada utente. Deverão ser ouvidas as expectativas da família face aos cuidados de saúde e poderão ser observadas as fronteiras entre os diferentes subsistemas familiares, as alianças, as crenças, os papéis, a comunicação e as regras familiares. A EFS apresenta como princípios a circularidade, a neutralidade e a hipotetização. A circularidade diz respeito à capacidade de conduzir a entrevista atendendo à retroação da família em resposta à informação pedida pelo profissional no que diz respeito a relações, diferenças e mudanças. A neutralidade permite ao técnico colher informações e intervir sem fazer juízos de valor. A hipotetização consiste na formulação de uma hipótese fundamentada na informação prévia de uma família, que pode constituir um ponto de partida para uma entrevista, bem como para orientar para a tomada de decisão.

A entrevista é realizada em quatro etapas: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização. Um bom acolhimento é fundamental, pois como refere Figueiredo (2012), os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação entre o enfermeiro e a família. Nesta etapa, é fundamental estabelecer um ambiente terapêutico e promover um relacionamento positivo, sendo que o objetivo nesta fase é o desenvolvimento de mútua aliança entre os membros da família e o enfermeiro, bem como reconhecer as forças e recursos da família (Wright & Leahey, 2012). Este ambiente é pautado pela explicitação dos objetivos e papel de cada interveniente, e de uma comunicação igualmente terapêutica onde técnicas de comunicação verbal e não verbal como a escuta, aceitação, parafraseamento, focalização, silêncio, sumarização, entre outras, permitem posteriormente que os cuidados sejam individualizados, centrados na pessoa. Na fase de avaliação é realizada, em conjunto com a família, a identificação do problema, as soluções experimentadas e a exploração de objetivos (Wright & Leahey, 2012). De salientar que os objetivos do profissional podem diferir dos da família/indivíduo, facto este que deve ser tido em consideração, podendo ser debatido. Porém, os objetivos finais devem ser estabelecidos pela família. Na fase da intervenção são definidas áreas para a mudança, nas quais as intervenções referem-se ao processo dinâmico no qual o sistema terapêutico enfermeiro-família aplicam as mudanças planeadas de acordo com os resultados esperados (Figueiredo, 2012). Essas mudanças devem ser propostas de modo colaborativo, não devendo ser uma exigência, mas um convite à mudança (Robinson, 1994). Já na etapa de finalização, é realizada a avaliação de resultados, sendo esta uma avaliação processual, alicerçada nos objetivos estabelecidos aquando da formulação dos diagnósticos.

A utilização das técnicas de intervenção ativa na avaliação e intervenção familiar durante a prestação de cuidados permitiram um conhecimento mais profundo relativamente às dinâmicas familiares, tendo em conta as suas narrativas. Desta forma, auxiliaram a intervenção na família, mas também a concretização de atividades diagnósticas.

Estas técnicas implicam um processo ativo de aprendizagem e crescimento, para todos os envolvidos, e desenvolve a capacidade de cada pessoa (re)aprender comportamentos e interações, através da vivência de novas experiências que sejam significativas e libertadoras. A experimentação de novos comportamentos, mais do que a compreensão do comportamento, é o potenciador da transformação e da mudança (Cardoso, 1996, como citado em Sequeira, 2020). Estas estão enquadradas nas terapias familiares e alguns exemplos são: a escultura, a metáfora, a conotação positiva, entre outras. Nestas abordagens, a escultura permite evidenciar a experiência subjetiva de cada um (emoções, crenças e histórias), mas também o bloqueio e perturbação das narrativas e padrões de funcionamento da família (promoção da oscilação temporal e desbloqueio do tempo estático e passado). Permite também experienciar formatos de interagir distintos, modificar papéis rígidos, desfazer rótulos, propor metáforas que evidenciam e fomentam processos relacionais e narrativos novos e valorizar linguagem não verbal. É ainda uma via para a conexão, comunicação e evolução da família e dos seus elementos (Sequeira, 2020).

Relativamente às metáforas, para Zordan; Delatorre e Wieczorek, (2012), estas são técnicas de intervenção que possibilitam evitar as estratégias de tipo relacional que o cliente ou a família podem opor à prescrição do terapeuta, revelar-lhes um padrão de interação, ou fazer com que os mesmos encontrem a solução do seu problema. Para Cardona & Osorio (2015) e Zuluaga et al., (2019), estas possibilitam, através do discurso, abordar situações que possam estar a causar desconforto nos membros da família, constituindo uma ferramenta essencial para fortalecer a relação entre o profissional e os membros. A aplicação desta técnica normalmente é concretizada com recurso à linguagem oral analógica, simbólica e figurativa podendo ser utilizada, igualmente, através de uma palavra, frase, memória, história ou poema e, de uma forma geral, ajuda na compreensão daquilo que os membros da família pretendem expressar, mas que muitas vezes se torna árduo manifestar de forma literal, orientando a uma interação fluida e assertiva entre os membros da família e entre estes e o profissional (Angus, 2018; Lichtenberg, 2009; Zuluaga et al., 2019).

O reenquadramento é uma técnica que ajuda a olhar para as situações de vida de num novo modo e mais positivo, transformando os problemas em possibilidades e os desafios em

oportunidades, aumentando assim, a autoestima e motivação de todos os envolvidos nos cuidados. Para Pereira (2009), esta técnica permite aos membros observar em si e no seio familiar, os atributos e competências da família, revelando-se um instrumento muito útil para reforçar as forças da família.

Para complementar a avaliação familiar referente à dimensão estrutural, utilizaram-se os seguintes instrumentos: Genograma, Ecomapa e Escala de Graffar.

O Genograma Familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família, tendo sido criado por Bowen, em 1991. Este deverá contemplar pelo menos três gerações seguidas e pode ser um instrumento utilizado quer para avaliação, quer para intervenção. Segundo Figueiredo et al. (2023), este expõe informação sobre o sistema familiar, representada graficamente, oferecendo uma rápida visualização sobre a sua composição e sobre alguns aspetos da sua complexidade em termos transgeracionais, como relações, problemas psicossociais ou de saúde, que tenham um padrão familiar. Deverá ser construído com a família, uma vez que permite que ela própria vá tendo a perceção de possíveis padrões intergeracionais em termos de patologias, comportamentos, entre outros.

O ecomapa é um instrumento criado em 1975 por Ann Hartman. De acordo com Agostinho (2007), este identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família. Também Figueiredo et al. (2023) referem que o mesmo analisa as ligações e relações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares. Deste modo, a utilização deste instrumento torna-se fundamental, uma vez que possibilita a compreensão das ligações das famílias do estudo com a família alargada, as redes de apoio, as estruturas sociais, de saúde, espirituais, entre outras.

A escala de Notação Social da Família de Graffar tem o nome do seu autor e foi desenvolvida em 1956. Posteriormente, foi adaptada para a população portuguesa em 1990 por Amaro e atualizada em 2001 (Anexo I). Para Figueiredo et al. (2023), esta permite prever as condições de risco, alterações a nível de comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial. Para a mesma autora, a identificação da classe social permite a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de stresse familiares que podem estar relacionados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e de contexto residencial. Este instrumento baseia-se num conjunto de cinco critérios, considerando o elemento do agregado familiar com o maior vencimento, profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar,

conforto do alojamento e aspeto do local onde habita. Em cada critério são consideradas cinco opções, sendo que cada uma é avaliada de um a cinco pontos, em que o total de pontuação obtida nos cinco critérios relaciona-se com o escalão que a família ocupa na sociedade (classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25).

Na explanação teórica apresentada no capítulo anterior, que suporta os principais focos de atenção a ter nesta população e tipo de família, a literatura foi consensual em identificar as quedas como um foco relevante, a nível individual, uma vez que são um fenómeno recorrente nesta população. Assim, foram utilizados alguns instrumentos que permitem avaliar o membro da família, que neste caso se trata de uma pessoa idosa, quanto aos fatores de risco, nomeadamente os fatores intrínsecos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos, referenciados pela OMS (2021).

Um dos instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) é o Índice de Barthel. Este é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Deste modo, foi utilizada a versão recomendada pela norma da DGS e parametrizada no Sclinico-versão CSP. A pontuação da escala varia de 0- 100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as ABVD, e o valor máximo de 100 equivale a independência total para as mesmas ABVD avaliadas. Para os mesmos autores, a sua fácil aplicação e interpretação, o baixo custo, a possibilidade de ser repetida periodicamente (dado que possibilita monitorizações longitudinais) e o facto de ser de rápida utilização, são algumas das características que fazem deste instrumento um dos mais utilizados na clínica e na investigação.

Para avaliar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foi utilizada a escala de Lawton & Brody (1969), mais concretamente, a versão de Sequeira (2007). Para este autor, este instrumento tem a capacidade de efetuar uma avaliação global e parcelar do idoso, de acordo com cada grupo de atividades: cuidados pessoais (autocuidado); cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação; e relações sociais. Neste instrumento, uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global.

O compromisso do equilíbrio e da marcha são fatores de risco de queda amplamente sustentados pela literatura. O equilíbrio, segundo o ICN (2023), contempla a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se, podendo ser avaliado com recurso a alguns instrumentos. Para a DGS (2019), o teste *Timed Up and Go* (TUG) de Podsiadlo (1991) é um teste simples, que demora pouco tempo na sua aplicação. Para tal, a pessoa senta-se numa cadeira com braços, e após indicação do profissional, levanta-se e caminha até uma marca que dista 3 metros e volta novamente para a cadeira, sentando-se. Segundo a OE (2016), tem como objetivos avaliar a mobilidade, o equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e avalia o risco de quedas em idosos. Segundo a National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guidelines (2004, cit. OE, 2016), para o TUG, um resultado em que o tempo despendido para fazer este exercício é igual ou inferior a 10' (segundos) indica bom desempenho para adultos saudáveis e baixo risco de queda, entre 10,1' a 20' indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das ABVD, embora apresentem algum risco de queda. Um tempo entre 21 e 29' é sinónimo de risco de queda moderado e superior a 30' representa um alto risco de queda. Uma vez que a classificação do TUG determina a probabilidade do risco de queda, e não nos dá informação sobre o equilíbrio da pessoa, foi necessário aplicar um instrumento que avaliasse o equilíbrio. Assim, foi utilizada a escala de Tinetti, que classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados (Silva et al., 2007). É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha e encontra-se parametrizada no Sclínico-CSP. A utilização destes instrumentos de avaliação é fundamental, uma vez que permitem detetar precocemente alterações, de forma a melhor orientar a intervenção do enfermeiro que poderá trabalhar com a pessoa aspetos que potenciarão a sua saúde, com conseqüente diminuição desse risco.

Segundo Graham e Force (2016) citados na norma 8/2019 da DGS, a idade avançada é um fator de risco importante para a maioria do compromisso da acuidade visual. Consideram que o método habitual para o rastreio do compromisso da acuidade visual é o teste de *Snellen*. O Programa Nacional para a Saúde da Visão aponta para a realização de exame oftalmológico oportunístico a todas as pessoas com elevado risco de desenvolvimento de patologia oftalmológica (com base na história clínica, história familiar e idade, mesmo na ausência de sintomas). O teste de *Snellen* apesar de não substituir o exame oftalmológico,

consiste numa forma simples e prática de identificar possíveis alterações na condição visual das pessoas, podendo ser efetuado sem recurso a aparelhos sofisticados.

Com o avançar da idade ocorre uma diminuição dos mecanismos de ingestão (mastigação/deglutição), digestão, absorção, metabolismo e excreção de substâncias, que se reflete em necessidades nutricionais particulares, tal como referido no Guia de Apoio ao idoso (GAI), do Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF, de 2023. Segundo o mesmo documento, existe um risco acrescido de desnutrição nesta fase, tornando-se fundamental rastrear alguns sinais de alerta. Esses sinais podem ser: perda de peso não intencional, diminuição da ingestão alimentar, perda de apetite ou desinteresse pela alimentação, dificuldade de mastigação, ou com dificuldades em ir às compras e/ou cozinhar. De acordo com a Associação Portuguesa dos nutricionistas (APN), em 2013, existem algumas limitações que podem comprometer a ingestão alimentar, como problemas na mastigação (alteração das gengivas e dentes, próteses dentárias não ajustadas); problemas na deglutição (produção insuficiente de saliva e conseqüente secura da boca, candidíase oral); perda ou diminuição de capacidades sensoriais (alterações do olfato e paladar); algumas patologias (anorexia, doenças oncológicas); alterações gastrointestinais (obstipação, flatulência) e medicamentos (possíveis interações medicamentosas, ou medicamentos que interfiram com a absorção, metabolismo e excreção de diversos nutrientes). Assim, foram colhidos dados no sentido de identificar fatores de risco de desnutrição e identificar situações de desnutrição.

Outra problemática existente é a incontinência urinária (IU) que, segundo Hayden et al. (2010) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Segundo os mesmos autores, trata-se de uma situação frequente na população em geral, atingindo cerca de 19% das mulheres e 10% dos homens com mais de 60 anos e a sua incidência aumenta com o avançar da idade mediante as modificações funcionais e estruturais no sistema urinário. Essa prevalência tem vindo a aumentar, como demonstrou Kessler (2018), apontando para 26,9% entre as mulheres e 10,3% entre os homens. Existem vários fatores que contribuem para a associação de IU com quedas nos idosos, sendo eles: a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, que contribui para o desequilíbrio corporal; o aumento da frequência da diurese que, associado a fatores ambientais inadequados (ex: iluminação insuficiente, tapetes, obstáculos na passagem) e ao declínio do sistema músculo esquelético no envelhecimento, podem favorecer a ocorrência de quedas, bem como uma conseqüente institucionalização. Dessa forma, esses fatores prejudicam a independência e aceleram o declínio funcional e cognitivo, fazendo com que a IU constitua um fator de risco para quedas em idosos. O profissional de saúde desempenha um papel fundamental no reconhecimento

precoce da IU, pelo que, segundo o GAI (2023), poderão ser aplicadas duas questões de rastreio para a sua identificação: “No último ano já alguma vez perdeu urina ou ficou molhado(a)?; Se sim, alguma vez perdeu urina em pelo menos 6 dias separados?”.

Com o envelhecimento, pode ocorrer enfraquecimento do esfíncter anal, pois existe degeneração do esfíncter anal interno, que pode causar redução progressiva das pressões de repouso. Também pode ocorrer redução da complacência retal, da sensibilidade anal e atrofia muscular do assoalho pélvico, acarretando redução das pressões de contração. A incontínência para fezes sólidas sugere fraqueza de esfíncter mais severa do que para fezes líquidas (Habr- Gama, 2007, como citado em Barroso et al., 2018).

A incontínência fecal em idosos pode estar associada ainda aos comprometimentos cognitivos e físicos, que podem dificultar o acesso e a localização da casa de banho, causar desinibição social e incapacidade de evacuar sozinho. A história clínica é geralmente focada nos sinais e sintomas que caracterizam o funcionamento intestinal, tais como: frequência e duração das perdas e das evacuações, consistência das fezes, presença de urgência, diarreia, flatulência, obstipação e uso de proteção (Barbosa et al., 2007).

Também o uso de medicamentos em idosos foi alvo de atenção, uma vez que, segundo Lutz et al. (2017) existe um potencial para interações medicamentosas e reações adversas que podem ter algumas repercussões graves. O aumento do consumo de medicamentos surge devido a alguns fatores: aumento da idade, aumento do número de doenças e o maior acesso a serviços de saúde. Um estudo realizado por Eiras et al. em 2016, no Porto, constatou que existe uma prevalência de polimedicação nos idosos de 59,2%, sendo esta superior no sexo feminino (62%) relativamente ao sexo masculino (54,5%). A polimedicação é classificada pelo consumo de cinco ou mais medicamentos simultaneamente (Masnoon et al., 2017). Esta pode ter algumas consequências, nomeadamente quedas. De acordo com Lusardi et al. (2017), as quedas são responsáveis por limitações nas atividades físicas, no declínio da capacidade funcional, no medo de novas quedas, na redução da mobilidade, na perda da autonomia e na independência para execução das atividades da vida diária. Existem alguns medicamentos que são, habitualmente, utilizados pelos idosos, que acarretam alguns riscos, sendo classificados como medicamentos potencialmente inapropriados, pelas seguintes razões: (I) têm potencial de causar efeitos colaterais maiores que seus benefícios clínicos; (II) quando há opções mais seguras e eficazes para substituí-los; (III) quando o medicamento é utilizado com uma frequência/duração maior que o tempo recomendado; (IV) risco de interação com outros medicamentos, doenças ou condições clínicas nocivas; (V) duplicação

de princípios ativos dentro da mesma classe farmacológica (American Geriatrics Society, 2019). Assim, é fundamental reconhecer os efeitos secundários mais frequentes causados por esses medicamentos, nomeadamente a hipotensão ortostática, sedação, hipoglicemia, efeitos que podem aumentar o risco de queda. Deste modo, tal como refere Torres et al. (2022), a polimedicação exige um aumento nos cuidados aos idosos, sejam eles prestados pelos familiares, pelos profissionais ou pelos próprios idosos, justificados pela complexidade dos esquemas medicamentosos, falta de percepção dos idosos, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual existente nos mesmos.

Outro aspeto alvo de atenção foi o sono, dado que o processo de envelhecimento provoca alterações na quantidade e na qualidade do mesmo e afetam mais da metade dos idosos que vivem em casa e 70% dos idosos institucionalizados (Sposito et al., 2016). Este foco de atenção é relevante, pois as alterações e as características do sono têm um impacto significativo para a ocorrência de quedas nos idosos, contribuindo para o aumento da sua frequência (Ozen & Demir, 2020). São vários os fatores que contribuem para os problemas do sono e Moreno et al. (2018) destacam o género, as doenças articulares, nictúria e incontinência urinária. Outro aspeto a ter em conta é a sonolência diurna excessiva pois, Lima (2015) e Stolt et al. (2020) constataram que esta pode aumentar o risco de quedas. No que diz respeito à avaliação do sono, deverá ser questionado o utente relativamente aos hábitos de sono que deve incluir perguntas como: hora habitual de dormir, quanto tempo demora a adormecer, número de despertares noturnos, horário típico de acordar e sair da cama de manhã, se ressoa e se tem sonolência diurna, se houve alteração do padrão do sono (GAI, 2023).

No que diz respeito aos fatores ambientais das quedas, nomeadamente os mais prevalentes no domicílio, uma vez que a avaliação das ameaças ambientais é um processo complexo, houve necessidade de utilizar um instrumento orientador para avaliar de forma mais rigorosa. Deste modo, recorreu-se ao *Home Falls and Accidents Screening Tool* (HOME FAST), criado por Mackenzie em 2017. Embora este instrumento não tenha sido utilizado na sua totalidade, por não ter obtido resposta da autora para a sua utilização (Anexo II), serviu de guia orientador para a colheita de dados. O HOME FAST é um instrumento constituído por 25 itens que permitem avaliar fatores de segurança, de funções e de mobilidade nas residências dos idosos e foi desenvolvido considerando os principais fatores de riscos para quedas dentro do domicílio (Filho et al., 2020). Ainda segundo os mesmos autores, o número de riscos domiciliários e de lesões relacionadas às quedas pode ser diminuído com avaliações e intervenções no ambiente, além de orientações para os idosos sobre os riscos presentes

nas suas próprias casas. Na análise destes 25 itens são avaliadas se as passagens se encontram livres de cabos, fios ou outros obstáculos; os pavimentos são antiderrapantes; os tapetes se encontram devidamente fixos no chão; a pessoa pode ligar facilmente a luz, junto à sua cama, entre outros.

Tendo em conta todos os aspetos acima explanados, em todas as consultas com as famílias, mantive sempre presente a preocupação em respeitar os deveres previstos na Ética Profissional e nos Regulamentos do Exercício da Profissão, bem como a importância de criar uma relação terapêutica. Segundo Gaio et al. (2023), esta consiste numa relação em que o profissional tem como finalidade provocar mudança na forma de estar do outro, neste caso o cliente, relativamente à sua saúde, para ajudar a ultrapassar as situações de crise, relacionadas com o seu processo de saúde/doença. De acordo com os mesmos autores, a relação terapêutica entre enfermeiro, cliente e a família permite que, ao interagirem com a família os enfermeiros se tornem agentes de mudança efetivos, suscitando a importância de uma determinada prática para toda a família e desenvolvendo, ao mesmo tempo, as suas habilidades, na busca de um papel de liderança nos cuidados de saúde.

3.1.2. Descrição da prestação de cuidados

As consultas de enfermagem centraram-se na promoção de atitudes e comportamentos, na educação para a saúde, treino e supervisão de competências, disponibilização de informação, e orientação para serviços de apoio formais e informais. A avaliação e intervenção junto às famílias teve, ainda, em consideração as forças e vulnerabilidades das famílias.

A definição de força é abrangente, pois inclui tanto as características internas da pessoa ou unidade (família, comunidade), como os recursos externos de que dispõe; são qualidades, aptidões, competências, capacidades e habilidades distintas que coexistem com as fraquezas, podendo ser de natureza biológica, psicológica e sociais (Gottlieb, 2016). Estas são capacidades que permitem com que uma pessoa ultrapasse os desafios diários, lide com incertezas e contribuem para a capacidade de recuperação da mesma, de retomar e refazer-se de todo o tipo de agressões (doença, trauma, deficiência) e superar as adversidades. Desta forma, permitem às pessoas e famílias viverem plenamente nos seus ambientes, estarem presentes nas suas relações e interações, e envolverem-se em todos os aspetos da sua vida.

Para (Wright & Leahey, 2012), ao elogiar os recursos, competências e as forças da família, as enfermeiras oferecem aos membros da família uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que têm de si próprias, as famílias, muitas vezes, se tornam aptas a ver de modo diferente o seu problema de saúde e, por essa razão, procuram soluções mais eficazes para reduzir qualquer sofrimento potencial ou real.

As vulnerabilidades são particularidades que indicam problemas ou fraquezas que necessitam de intervenção. Um estudo de Hespanha et. al. (2005, cit. em Silva, 2013) realizado com 150 famílias identificou algumas categorias de problemas: a educação, atribuído aos seus baixos níveis educacionais; o desemprego, devido à sua influência na gestão financeira e estabilidade familiar; as condições da habitação; as relações familiares, relativas aos conflitos no agregado ou família alargada; relações sociais, por causa do conflito entre vizinhos e amigos e/ou solidão.

Tendo em atenção os aspetos acima enunciados, de seguida são apresentados no quadro 1 os principais aspetos que caracterizam as famílias, para permitir uma melhor compreensão das mesmas. As famílias estão apresentadas por um número de forma a assegurar o anonimato, omitindo ou alterando, ao longo da descrição dos cuidados, os dados pessoais que a pudessem identificar.

Quadro 1 – Características das famílias

Família	Identificação	Classe social	Forças	Vulnerabilidades
1	D. M, 80 anos Reformada, viúva	Média baixa	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, animal doméstico não negligenciado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, papel recreativo eficaz, visão e audição não alteradas, gestão do regime terapêutico eficaz, equilíbrio corporal preservado, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sem isolamento, sem tristeza, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde)	Conhecimento não demonstrado sobre risco de queda; precaução de segurança não demonstrada
2	Sr. E, 87 anos Reformado, viúvo	Média	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, visão e audição não alteradas, gestão do regime terapêutico eficaz, equilíbrio corporal preservado, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde, IPSS, restaurante)	Papel recreativo ineficaz; tristeza, solidão; risco de queda; conhecimento não demonstrado sobre risco de queda; precaução de segurança não demonstrada
3	D. M, 89 anos, reformada, viúva	Média baixa	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, papel recreativo eficaz, visão e audição não alteradas, gestão do regime terapêutico eficaz, equilíbrio corporal preservado, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sem isolamento, sem tristeza, crença religiosa percebida como protetora, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde, religião)	Conhecimento não demonstrado sobre risco de queda; precaução de segurança não demonstrada
4	Sr. J. 70 anos, reformado, divorciado	Média	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, papel recreativo eficaz, visão e audição não alteradas, gestão do regime terapêutico eficaz, equilíbrio corporal preservado, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sem isolamento, sem tristeza, frequência regular de exercício físico, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde, ginásio, clube de futebol)	Conhecimento não demonstrado sobre risco de queda; precaução de segurança não demonstrada
5	Sr. A, 69 anos, reformado, divorciado	Média baixa	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro, abastecimento de água adequado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, papel recreativo eficaz, visão e audição não alteradas, gestão do regime terapêutico eficaz, equilíbrio corporal preservado, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde)	Papel recreativo ineficaz; tristeza; risco de queda; edifício residencial negligenciado, conhecimento não demonstrado sobre risco de queda, precaução de segurança não demonstrada.
6	D. A, 84 anos, reformada, viúva	Média baixa	Independente nas AVDs, rendimento familiar suficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, papel parental adequado, papel de provedor eficaz, papel de gestão financeira eficaz, , audição não alterada, gestão do regime terapêutico eficaz, continência urinária e intestinal, ingestão nutricional preservada, sono preservado, sistemas mais amplos (família alargada, serviços de saúde, instituição de voluntários)	Papel recreativo ineficaz; tristeza, solidão; risco de queda, visão alterada, conhecimento não demonstrado sobre risco de queda; precaução de segurança não demonstrada

A descrição da prestação de cuidados às famílias consiste em descrever de forma rigorosa o processo de enfermagem para cada uma das famílias, de acordo com as necessidades das mesmas, atendendo às suas forças. Apenas três de seis famílias que foram alvo de cuidados de enfermagem são apresentadas no desenvolvimento do relatório devido à limitação de páginas, sendo estas selecionadas por terem proporcionado uma melhor oportunidade na aquisição de competências. As restantes famílias são apresentadas, de forma resumida, no anexo II.

Família 2

A família 2 é constituída pelo sr E, de 87 anos, que exerceu funções como empregado de mesa num restaurante durante alguns anos, mas depois trabalhou como empregado num hotel, até se ter reformado, em 2000. É viúvo há 5 anos, tendo a esposa falecido com cancro no estômago. Tem como antecedentes pessoais diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e cancro da próstata e encontra-se medicado para estas patologias. É ele quem faz a gestão do seu regime medicamentoso de forma eficaz, preparando semanalmente os medicamentos para uma caixa própria, por sugestão do filho e refere ter sido uma boa opção. Demonstrou conhecimento sobre as indicações dos medicamentos, bem como dos seus efeitos secundários.

Trata-se de um senhor que vive sozinho, independente no seu autocuidado e nas suas AVDs, exceto para a higiene da casa e das roupas, pois apesar de habitualmente ajudar a esposa nessas tarefas, reconhece não as conseguir fazer eficazmente. Para a concretização das mesmas, contratou uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Em termos de atividades recreativas, refere não ter vontade de fazer nada, acabando por ocupar o seu dia-a-dia a ver televisão.

Tendo em conta os conceitos presentes na Escala de Notação Social da Família, pertence a uma classe social média, tendo obtido uma pontuação de 16. A origem do rendimento familiar advém da sua reforma e da pensão de viuvez da sua esposa, reside numa habitação de grau 3 num local de residência de zona intermédia, tendo concluído o 6º ano de escolaridade e exercido uma profissão de grau 3.

No que diz respeito à família extensa, o Sr. E tem contacto telefónico e pessoal com o filho, duas vezes por semana, às segundas e quintas, dias em que o mesmo vai ao supermercado fazer as compras necessárias para o pai, como combinaram. O Sr. E identifica-o como aquele que lhe proporciona apoio emocional e ajuda material e de serviço. Também esta última função da rede social é assegurada pelo restaurante existente no rés do chão da habitação,

uma vez que o Sr. E habitualmente vai buscar as “refeições quentes sempre que me apetece ou não me apetece estar a cozinhar só para mim”. Desta forma, enaltece a relação próxima que tem com os proprietários do restaurante que, mesmo nos dias em que não consome nada, tocam à sua campainha só para saber se ele está bem ou precisa de alguma coisa. Estas relações encontram-se ilustradas na figura 5:

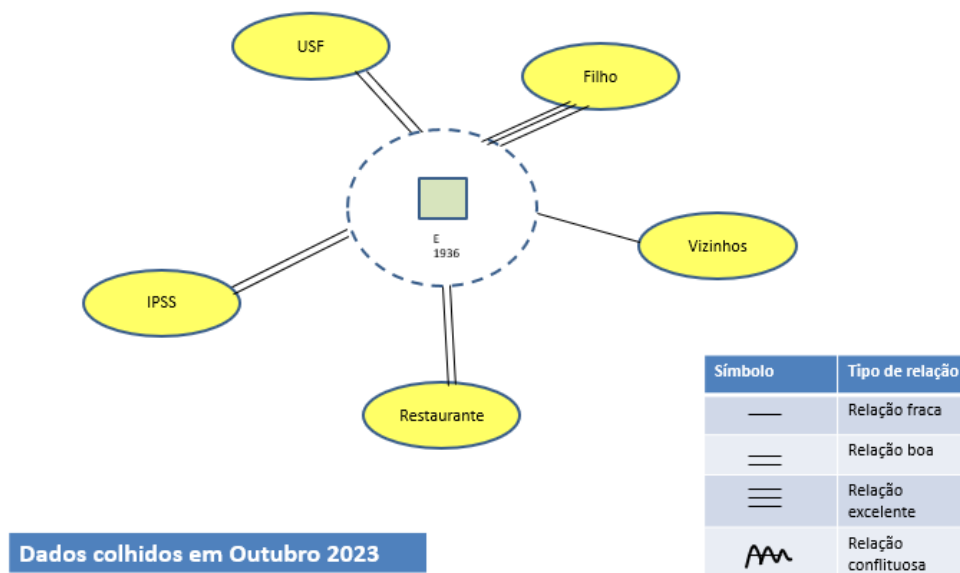


Figura 5: Ecomapa da família 2

Com o propósito de obter dados relativamente à composição familiar foram colocadas questões lineares ao membro da família, tendo obtido o genograma representado na figura 6.

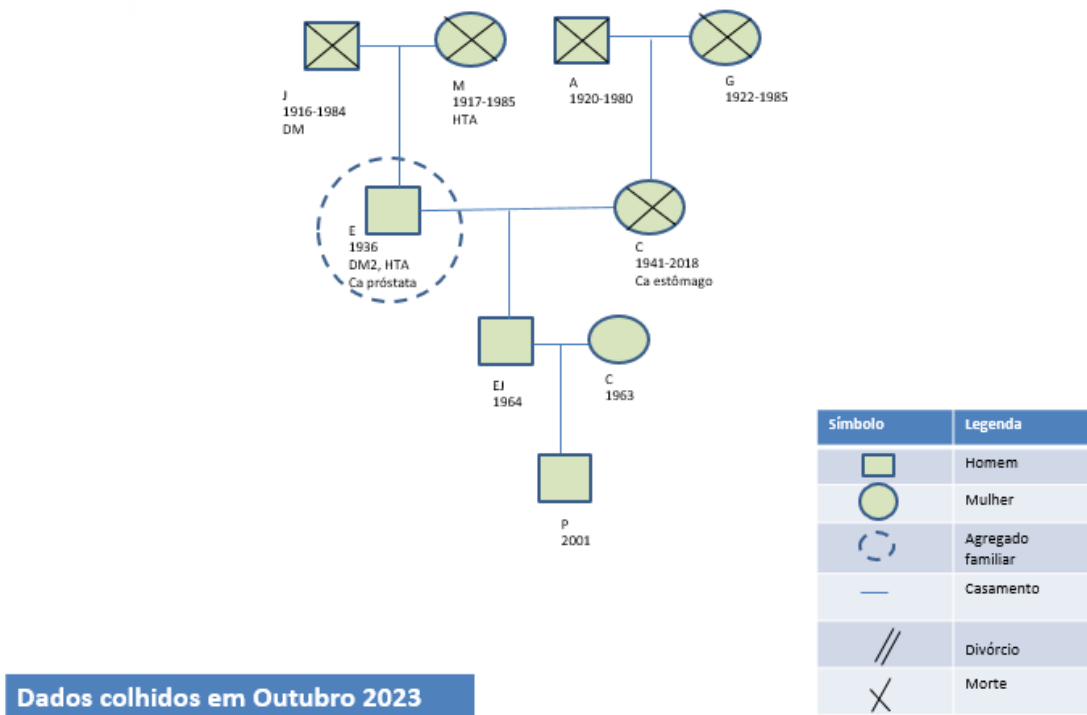


Figura 6 - Genograma da família 2

O sr. E refere sentir-se só e ter vários momentos de tristeza e falta de esperança durante o dia por ter imensas saudades da esposa, apesar de gostar de morar sozinho. Diz que não lhe custa cozinhar ou tratar da manutenção diária da casa, porque já era hábito seu ajudar a esposa, mas a ausência da sua companhia. De facto, segundo Perseguinto (2017) a possibilidade de poder morar sozinho traz a sensação de liberdade para a pessoa idosa e seus familiares, uma vez que garante a conservação do seu espaço físico, com suas lembranças e vínculos com a comunidade, mas também do seu espaço social e reconhecimento como parte integrante da sociedade. No entanto, podem existir sentimentos de vulnerabilidade, medo, desamparo, perda de controlo de si mesmo, esperança, desembaraço, autodeterminação e autorreflexão podem ser atribuídos à solidão. De acordo com Nicholson (2021), estes sentimentos podem estar relacionados com um défice na rede de apoio social, diminuição da participação nessas redes ou nas relações sociais, sentimentos de rejeição ou estado de privação.

No que concerne à avaliação e intervenção sistémica realizada no decorrer das consultas com esta família, esta encontra-se sintetizada no quadro seguinte.

Quadro 2: Avaliação e intervenção sistêmica realizada com a família 2

Foco	Precaução de segurança
Dados diagnósticos	Que requerem intervenção 26/10/2023: Existência de fios dispersos no corredor que dificultavam a passagem; um tapete de cada lado da cama, ambos sem rede antiderrapante Cozinha: existência de um tapete na cozinha sem rede antiderrapante Sala: existência de um tapete de grandes dimensões sem rede antiderrapante
	Que não requerem intervenção 26/10/2023: existência de uma barra de apoio já colocada no wc, poliban com tapete antiderrapante, sanita adaptada à altura do utente
Diagnóstico	Precaução de segurança não demonstrada
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança
Ações que concretizam as intervenções	Juntar todos os fios soltos e fixá-los junto ao rodapé para não interferir com a passagem; Colocar rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários
Resultados	O membro da família reconheceu os obstáculos que impedem a livre circulação dentro de casa e colocou, junto com o filho, rede antiderrapante em todos os tapetes da casa e fixou os fios junto ao rodapé

Durante as diversas consultas recorreu-se à utilização de diferentes técnicas transversais que foram fundamentais para a recolha de informação, bem como à fixação de critérios de diagnóstico que permitiram a seleção de recursos na família.

Desta forma, identificou-se o diagnóstico precaução de segurança não demonstrada, pois a família desconhecia os perigos existentes na sua habitação, nomeadamente os fios que tinha dispersos pelo corredor e os tapetes sem rede antiderrapante. Após a intervenção realizada foi possível obter ganhos em saúde, uma vez que o diagnóstico mudou de status, traduzindo-se numa habitação mais segura.

No que concerne a avaliação e intervenção sistêmica individual realizada ao membro da família, esta encontra-se ilustrada no quadro 3.

Quadro 3: Avaliação e intervenção sistêmica realizada com o membro da família 2

Foco	Queda
Dados diagnósticos	Refere ter tido uma queda em casa há cerca de uma semana. Levantou-se de manhã, tropeçou no tapete junto à cama e bateu com a cabeça na mesa de cabeceira. Recorreu ao serviço de urgência onde foi suturado. Utilizava calçado em casa sem apoio até ao tornozelo Refere não acender a luz de noite quando vai ao wc (“não sinto necessidade, já conheço os cantos à casa...”) Teste TUG: 15 segundos, que sugere -----risco de queda
Diagnóstico	Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda Risco de queda
Intervenções	Ensinar sobre prevenção de queda Ensinar como levantar após uma queda Instruir sobre exercícios de Otago Treinar exercícios de Otago [de forma supervisionada por mim – 1h] Incentivar o utente a treinar exercícios de Otago duas vezes por semana durante 30 minutos
Ações que concretizam as intervenções	Revisitar com o utente o histórico de quedas e suas circunstâncias Identificar, com o utente, fatores ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão) e comportamentais como tipo de calçado e iluminação Identificar com o utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa Incentivar a utilização de calçado seguro
Resultados	O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de queda e apresentava calçado adequado
Foco	Papel recreativo
Dados diagnósticos	Ocupa os seus dias a ver televisão, não se sente satisfeito com estas atividades, mas também não tem vontade de fazer nada
Diagnóstico	Papel recreativo ineficaz
Intervenções	Estimular a pessoa a participar de atividades que aumentem o bem-estar Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC) Planear atividades de lazer
Ações que concretizam as intervenções	Encorajar atividades sociais e comunitárias Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou na atividade workshop decoração de bolachas de Natal e aceitou integrar o projeto “trajetórias” da UCC
Foco	Tristeza
Dados diagnósticos	“Tenho muitas saudades da minha esposa”, “sinto-me muitas vezes sozinho e perco a esperança...”
Diagnósticos	Tristeza
Intervenções	Estimular a pessoa a participar de atividades que aumentem o bem-estar Disponibilizar suporte emocional Incentivar a comunicação de emoções Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)
Ações que concretizam as intervenções	Segurar a mão do paciente para oferecer apoio emocional Escutar com empatia Aceitar a realidade do paciente Estabelecer uma relação de confiança
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou no workshop proposto sobre decoração de bolachas de Natal O membro da família aceitou integrar o projeto trajetórias da UCC
Foco	Solidão
Dados diagnósticos	“Sinto falta de conviver com as pessoas (...), falo às vezes com o meu filho... e falo todos os dias com os donos do restaurante... mas não é a mesma coisa...”, “gosto muito de viver sozinho, do meu espaço, mas tem momentos que não me sinto bem assim e gostava de distrair-me com alguém...”
Diagnóstico	Solidão

Intervenções	Encorajar interação social Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)
Ações que concretizam as intervenções	Envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização Identificar os motivos para isolamento Promover participação do idoso em atividades de lazer/recreação
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou na atividade workshop decoração de bolachas de Natal e aceitou integrar o projeto "trajetórias" da UCC
Resumo	
Diagnósticos que alteraram o status (foram resolvidos)	Precaução de segurança não demonstrada (29/11/2023) Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda (29/11/2023)
Diagnósticos que não alteraram de status (não foram resolvidos)	Solidão Tristeza Papel recreativo ineficaz Risco de queda

Com objetivo de compreender melhor a tristeza verbalizada pelo membro da família, foram colocadas algumas questões:

“Sente-se triste com frequência?”; “Em que momentos? “Como é para si morar sozinho?”; “Como gosta de passar os seus dias?”; “Sente que a sua vida está vazia?”; “Gosta de sair ou conviver com amigos ou outros conhecidos?”

O Sr. E reconheceu ter diariamente vários momentos de tristeza e sentir-se sozinho, pois sente muito a falta da sua esposa. No entanto, não se mostrava recetivo à interação social, referindo que gosta de morar sozinho, do seu espaço e dos seus momentos a sós, apesar dos vários momentos de tristeza durante o dia. Referia que não conhecia atividades fora de casa que pudesse gostar e fazer com outras pessoas, mas também não queria que lhe invadissem o seu espaço.

Este aspeto é relatado por Nicholson (2021), em que refere que, embora seja relevante o indivíduo manter uma vida social, com várias relações, é também importante o tempo dedicado à solidão, uma vez que é neste momento que se procura o descanso ou a oportunidade contemplativa do próprio espaço. A solidão é identificada por Larson (1990) como a condição objetiva de estar só, determinado pela separação comunicativa dos outros, ou seja, o afastamento da participação imediata nas atividades sociais, como falar, compartilhar, amar, julgar e ser julgado. Isto permite abrigar um vasto conjunto de pensamentos e sentimentos, envolvendo atividades que se centram em si mesmo.

Deste modo, com o objetivo de realçar a importância da interação social, sem interferir com o espaço do utente, foi desenvolvida uma intervenção com recurso a metáfora. A metáfora é um elemento importante na organização da conversa terapêutica sobre as vivências do

cliente, no surgimento de uma nova narrativa mais libertadora, e na geração de um contexto que possibilite mudanças a partir de novos significados construídos (Paschoal & Grandesso, 2014).

Desta forma, com o intuito de encorajar a interação social, foi contada ao sr E a fábula da convivência. Nesta, é contada a história de uma época em que um frio nunca visto assolou a Terra por completo. Muitos animais morreram de frio, as flores também não resistiram. No entanto, apareceu uma manada de porcos-espinhos que, decididos a se protegerem, decidiram unir-se. Juntaram-se uns aos outros, tentando-se aquecer para sobreviver. À medida que se juntavam, trocavam energias e ficavam mais fortes, respeitando os limites de cada um, para não serem feridos pelos espinhos uns dos outros. Mantinham a distância suficiente para tornar o próprio corpo mais quente e assim venceram o inverno. Com a utilização desta técnica, o Sr. E entendeu que não precisa de abdicar do seu espaço para melhorar a sua interação social e sentir menos tristeza. Foi-lhe referida a existência de alguns projetos da UCC, tendo o mesmo sido referenciado e concordado em integrar um deles.

O EEECESF tem um papel fundamental e, deste modo, deve conhecer as redes de apoio formal e informal para garantir a continuidade de cuidados aos utentes e família. De acordo com Mendes et al., 2017, a continuidade de cuidados permite uma maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas; melhoria da relação entre utentes e prestadores de cuidados; redução do uso indevido dos serviços de saúde e uma eventual redução dos custos.

Segundo os mesmos autores, o enfermeiro constitui um recurso fundamental para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.

Neste trabalho, a continuidade de cuidados foi possível graças à orientação do membro da família para a UCC, permitindo deste modo, a otimização da resposta ao mesmo, com um recurso já existente. O projeto em questão destina-se a pessoas com mais de 65 anos, funcionando uma vez por semana nas instalações na referida UCC. No entanto, para facilitar o acesso deste projeto a este e a outros utentes que dele possam beneficiar, foi contactada a equipa da USF no sentido de disponibilizar uma sala, uma vez por semana, para que este se possa concretizar. A equipa da UCC disponibilizou-se igualmente a deslocar-se à USF para o fazer.

Durante as consultas realizadas com o membro desta família, um dos focos de atenção presente foi a queda, pelo que, após aplicado o TUG, verificou-se que existia um alto risco de

queda. Deste modo, fazendo cumprir a norma 8/2019 da DGS, foi realizada avaliação clínica multifatorial complementar que atendeu aos fatores de risco de queda como, história de quedas, compromisso cognitivo, medo de cair, compromisso na eliminação, comorbilidades e fármacos que potenciem o risco de queda, desequilíbrio postural e compromisso da visão. Foi realizada também educação para a saúde, como indicado na referida norma e implementado um plano de cuidados individualizado dirigido aos fatores de risco identificados e às indicações resultantes da avaliação multifatorial e as precauções básicas.

Família 5

A família 5 é constituída pelo sr A, de 69 anos, divorciado, reformado, ex-operador de indústria química. Trata-se de um senhor independente no seu autocuidado e nas suas ABVDs que vive sozinho, ocupando os seus dias a assistir televisão. Tem como antecedentes pessoais: DPOC, neoplasia do pulmão diagnosticada há dois anos, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e pielonefrite. Deixou de fumar há 3 anos, no entanto, foi fumador de 1 maço e meio de cigarros por dia, desde os 12 anos de idade.

Tendo em conta os conceitos presentes na Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), pertence a uma classe social média baixa, com a escolaridade de 11º ano e uma profissão de grau 3. A origem do rendimento familiar advém da sua reforma e tem uma habitação de grau 3, cujo local de residência é um bairro social. É ele quem faz a gestão do seu regime medicamentoso de forma eficaz, optando por preparar os medicamentos diariamente para uma caixa.

No que diz respeito à família extensa, o Sr. A tem contacto pessoal com todos os filhos, exceto com o N. Refere que este nunca aceitou a separação dos pais e desde aí apenas se falam por telefone de vez em quando. Tem uma maior proximidade da filha P, que o visita semanalmente e contacta diariamente por telefone. Refere, ainda, alguma proximidade com uma vizinha que é amiga da filha e ajudam-se mutuamente quando ambos necessitam. Não tem contacto pessoal com amigos, pois só costumam falar por telefone em épocas festivas.

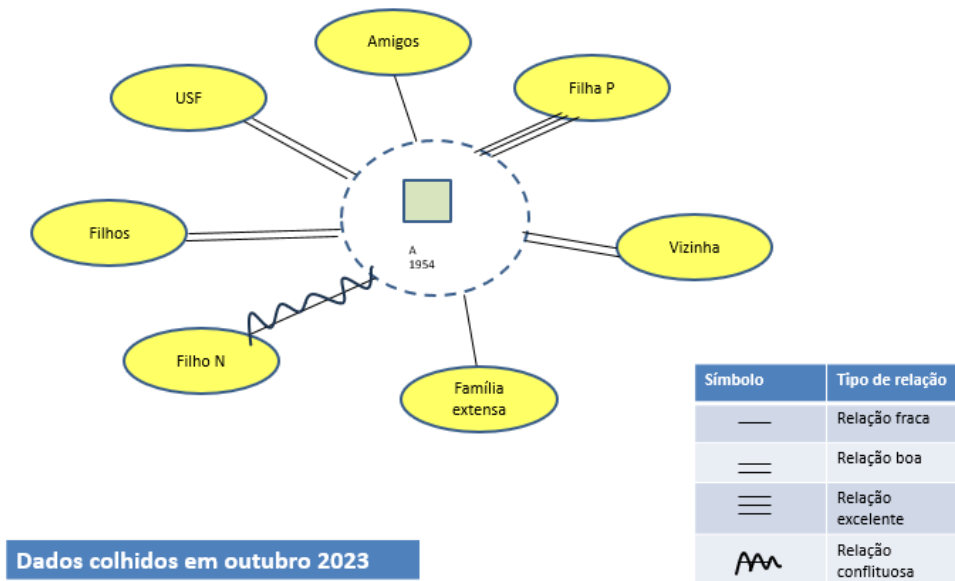


Figura 7: Ecomapa da família 5

De facto, a evidência científica mostra que com o envelhecimento, a relação entre pais idosos e filhos adultos torna-se mais intensa e ao mesmo tempo desafiadora. Durante o ciclo de vida familiar, ocorrem eventos, tais como: casamento e divórcio de filhos, nascimento de netos, os quais impulsionam o aumento da frequência de contatos entre pais e filhos, o que favorece uma proximidade emocional e o fortalecimento de vínculos intergeracionais (Hogerbrugge, & Silverstein, 2014, como citado em Bentes et al., 2021). Também as relações existentes entre pais e filhos ao longo da vida desempenham um papel fundamental na influência do comportamento de cuidar dos filhos adultos, direta e indiretamente (Lin, & Wu, 2019, como citado em Bentes et al., 2021). Nesta perspetiva, importa ter em atenção que os valores partilhados entre os pais e filhos são construídos por todas as etapas da vida, constituindo uma relação de longa data, que pode também acarretar desentendimentos (Bentes et al., 2021). Estes fatores podem ajudar a entender o facto de o Sr. A sentir mais proximidade da filha P em relação aos restantes.

Com o propósito de obter dados relativamente à composição familiar foram colocadas questões lineares ao membro da família, tendo obtido o genograma representado na figura seguinte:

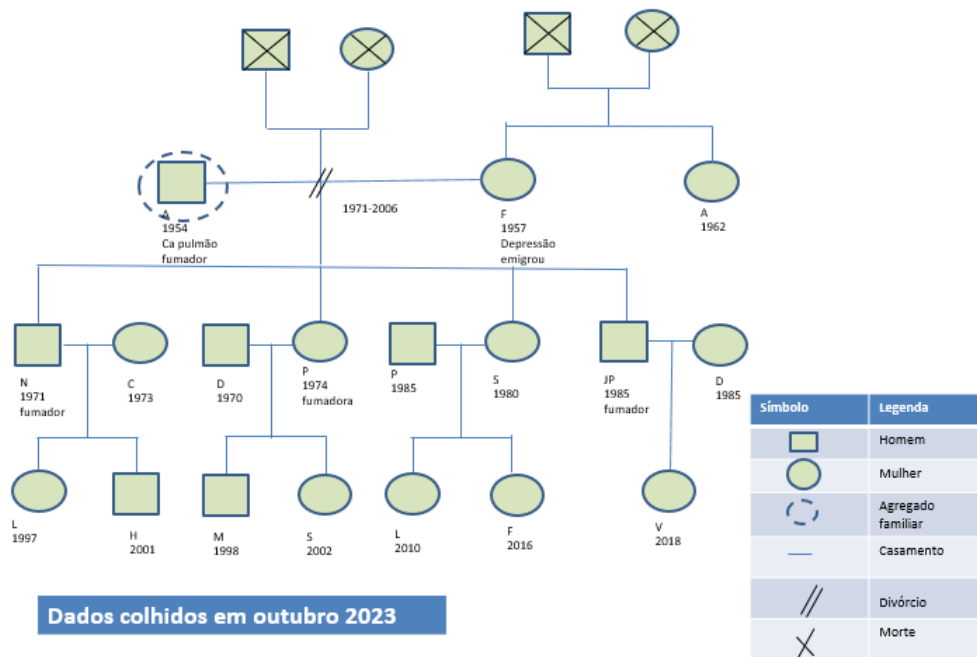


Figura 8: Genograma da família 5

No que concerne à avaliação e intervenção sistémica efetuada no decorrer das consultas com esta família, esta encontra-se sintetizada na tabela seguinte:

Quadro 4: Avaliação e intervenção sistémica realizada com a família 5

Foco	Precaução de segurança
Dados diagnósticos	Que requerem intervenção 06/11/2023: Existência de fios dispersos no corredor que dificultavam a passagem; um tapete de cada lado da cama, ambos sem rede antiderrapante Cozinha: existência de um tapete na cozinha sem rede antiderrapante
	Que não requerem intervenção 06/11/2023: poliban com tapete antiderrapante, sanita adaptada à altura do utente
Diagnóstico	Precaução de segurança não demonstrada
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança
Ações que concretizam as intervenções	Juntar todos os fios soltos e fixá-los junto ao rodapé para não interferir com a passagem; Colocar rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários.
Resultados	O membro da família reconheceu os obstáculos que impedem a livre circulação dentro de casa e colocou rede antiderrapante em todos os tapetes da casa e fixou os fios junto ao rodapé
Foco	Edifício residencial
Dados diagnósticos	6/11/2023: Higiene da casa insuficiente, uma vez que havia algum lixo no chão, muito pó nos móveis e migalhas de comida espalhadas na mesa de jantar, onde foi realizada a consulta, wc: lavatório, sanita e duche com alguma sujidade
Diagnóstico	Edifício residencial negligenciado
Intervenções	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional Promover governo da casa Instruir a família sobre o governo da casa Motivar a família para o governo da casa
Ações que concretizam as intervenções	Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, hipotéticas e reflexivas
Resultados	O Sr A e a filha encontraram uma estratégia e mantém o edifício residencial não negligenciado

Durante as diversas consultas recorreu-se à utilização de diferentes técnicas transversais que foram fundamentais para a recolha de informação, bem como à fixação de critérios de diagnóstico que permitiram a seleção de recursos na família.

Assim, identificou-se o diagnóstico precaução de segurança não demonstrada, pois a família desconhecia os perigos existentes na sua habitação, nomeadamente os fios que tinha dispersos pelo corredor e os tapetes sem rede antiderrapante. Após a intervenção realizada foi possível obter ganhos em saúde, uma vez que o diagnóstico mudou de status, traduzindo-se numa habitação mais segura.

No que concerne a avaliação e intervenção sistémica individual realizada ao membro da família, esta encontra-se ilustrada no quadro 5.

Quadro 5: Avaliação e intervenção sistémica realizada com o membro da família 5

Foco	Queda
Dados diagnósticos	Refere não ter tido uma queda há pelo menos 3 meses. Utilizava calçado em casa sem apoio até ao tornozelo Refere não acender a luz de noite quando vai ao wc (“é tão perto...”) Toma diariamente 15 medicamentos por dia (polimedição) Teste TUG: 10 segundos
Diagnóstico	Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda Risco de queda
Intervenções	Ensinar sobre prevenção de queda
Ações que concretizam as intervenções	Revisar com a utente o histórico de quedas e o motivo Identificar com o utente características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão) e comportamentais como tipo de calçado, iluminação e riscos da polimedição Solicitar revisão terapêutica ao médico de família por o Sr. A ter prescrições de vários prestadores de saúde Identificar com o utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa Incentivar a utilização de calçado seguro
Resultados	O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de queda e apresentava calçado adequado
Foco	Papel recreativo
Dados diagnósticos	Ocupa os seus dias a ver televisão, faz 15 minutos de exercício por dia, em bicicleta estática. não se sente satisfeito com estas atividades, mas também não tem vontade de fazer nada
Diagnóstico	Papel recreativo ineficaz
Intervenções	Estimular a pessoa a participar de atividades que aumentem o bem-estar Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC) Planear atividades de lazer
Ações que concretizam as intervenções	Encorajar atividades sociais e comunitárias Promover relações com pessoas com interesses e metas comuns
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou na atividade workshop decoração de bolachas de Natal e aceitou integrar o projeto “trajetórias” da UCC
Foco	Tristeza
Dados diagnósticos	“Tenho muitas saudades de conviver com as pessoas”, “depois do divórcio com a minha mulher e ela ter emigrado, sinto-me muitas vezes triste, apesar de ter a minha filha cá quase todos os dias ...”
Diagnósticos	Tristeza
Intervenções	Estimular a pessoa a participar de atividades que aumentem o bem-estar Disponibilizar suporte emocional

	Incentivar a comunicação de emoções Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)
Ações que concretizam as intervenções	Segurar a mão do paciente para oferecer apoio emocional Escutar com empatia Aceitar a realidade do paciente Estabelecer uma relação de confiança
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou no workshop proposto sobre decoração de bolachas de Natal O membro da família aceitou integrar o projeto trajetórias da UCC
Resumo	
Diagnósticos que alteraram o status	Precaução de segurança não demonstrada (5/12/2023) Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda (5/12/2023) Edifício residencial negligenciado (5/12/2023)
Diagnósticos que não alteraram de status	Tristeza Papel recreativo ineficaz Risco de queda

Durante a primeira consulta ao Sr. A no domicílio foi possível verificar que a higiene da habitação era insuficiente, tal como mencionado na tabela. A habitação e meio ambiente têm profundo impacto na saúde humana, uma vez que, segundo (Pasternak, 2016), estima-se que os seus habitantes passem 80% a 90% do dia dentro de algum edifício, na maioria desse tempo em casa. segundo a mesma autora, o papel da habitação para a saúde é ainda realçado porque são precisamente os mais vulneráveis (doentes, idosos, crianças, inválidos) que lá passam a maior parte do seu tempo. Desta forma, é essencial manter uma boa higiene da casa, uma vez que esta permite eliminar poeiras, bactérias e outros microrganismos que podem ser prejudiciais à saúde.

Quando questionado o Sr. A, verificou-se que este não possuía conhecimento sobre o governo da casa nem dos riscos de deficiente higiene habitacional, pelo que foi identificado o diagnóstico de edifício residencial negligenciado. Deste modo, com recurso à EFS foram abordadas algumas questões fundamentais que tinham como finalidade dotar o sr A de conhecimentos sobre os riscos de higiene deficiente. Assim, foram colocadas algumas questões lineares, reflexivas e hipotéticas, bem como transmitidas algumas informações sobre a importância da higienização da habitação: “Quem costuma tratar da higiene da casa?”; “Com que frequência o costuma fazer?”; “Sente-se capaz de realizar todas as tarefas relacionadas com a higiene da casa?”; “Se em algum momento não o conseguir fazer, que estratégia acha que poderá utilizar?”; “Tem alguém que lhe possa ajudar nestas tarefas?”; “Que consequências podem ter, para si, uma incorreta higiene da casa?”; “Em que medida é importante para si a higiene da casa?”

O Sr. A referiu que era ele quem realizava a limpeza da casa, sempre que podia ou considerava necessário, pois não tinha nenhum dia estabelecido para o efeito nem nenhum

critério para o fazer. Quando questionado sobre a capacidade que sentia para o fazer, reconheceu que não tinha e mostrou-se preocupado quando percebeu que a incorreta higienização da habitação poderia influenciar o seu estado de saúde.

Relativamente à melhor estratégia para tratar deste assunto, referiu que o melhor seria mesmo contratar alguém e que tinha disponibilidade financeira para o fazer. Disse que não seria capaz de encontrar alguém sozinho, pelo que agendamos uma consulta seguinte com a filha P para acertarmos todos os detalhes.

Na consulta seguinte, já na presença da filha, foi possível resolver este problema. O Sr A reconheceu que não queria sobrecarregar a filha com essa tarefa e referiu à mesma que apenas precisava de ajuda para encontrar uma pessoa para realizar a limpeza da casa, uma vez que ele despendia dos meios económicos necessários para pagar este serviço.

De facto, preservar a qualidade de vida na terceira idade é uma inquietação de pais e filhos e está profundamente relacionada com a independência, a mobilidade, a liberdade e o conforto. Em 2016, um estudo no Brasil verificou que 49% dos idosos tem medo de sobrecarregar a família, como aconteceu com o Sr. A. Também Stuijbergen, et al. (2010), como citado em Bentes et al. 2021) referem que os idosos acreditam que o fato de não sobrecarregar e nem se tornar um fardo possibilita a conservação da autonomia, assim como a valoriza o apoio filial voluntário.

No entanto, na família, existe um princípio de reciprocidade ao longo das gerações, em que os filhos adultos são conscientemente motivados por um senso explícito de obrigação de retribuir por transferências passadas, ou se os pais fizeram investimentos estratégicos em seus filhos com a expectativa de apoio à velhice (Silverstein, et al., 2002, como citado em Bentes et al., 2021).

A família é caracterizada pelos aspetos fundamentais de afeto, compromisso, presença, e auxílio à sobrevivência (segurança, alimentação e manutenção do lar), além do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social e os sentimentos de sentir-se cuidado, amado e aceito, o que pode justificar a diferenciação de familiares e família pelos idosos. (Perseguino et al. 2017). Desta forma, é criado um mecanismo de seleção que determina qual filho prestará assistência em caso de necessidade; ou seja, aqueles que receberam anteriormente mais cuidados na vida tendem a assumir as responsabilidades de cuidar de um pai frágil.

Por todos os fatores acima mencionados, verifica-se que, em caso de necessidade, será a filha P a assumir os cuidados ao pai. O Sr. A referiu já ter tido essa conversa com a filha, em

que esta se disponibilizou para deixar de trabalhar e prestar-lhe os cuidados necessários, se algum dia se vier a justificar. No entanto, o Sr. A confessa que não lhe quer dar trabalho e que para já só precisa de ajuda para a higiene da casa, mas não quer sobrecarregar já a filha, pois dispõe de capacidade financeira para resolver essa questão, sem limitar a mesma.

Por tudo isto, é fundamental avaliar os papéis desenvolvidos entre pais idosos e filhos adultos, ao longo da vida, uma vez que são interdependentes e complexos e precisamos conhecê-los para tornar a nossa intervenção mais eficaz. Neste sentido, o EEESCESF é um elo essencial, uma vez que tem a possibilidade de acompanhar a família ao longo do ciclo vital e pode capacitar a família a lidar com as dificuldades que vão surgindo, nomeadamente a dar a conhecer à mesma os recursos existentes na comunidade e encaminhar para os mesmos.

Família 6

A família 6 é constituída pela D. A, de 84 anos, viúva há 7 anos e reformada, tendo sido modista. Trata-se de uma senhora independente no seu autocuidado e nas suas ABVDs que vive sozinha, ocupando os seus dias a assistir televisão. Em termos de atividades recreativas menciona o gosto pela costura, mas, embora ainda tenha a sua máquina de costura, perdeu o entusiasmo em utilizá-la. Tem como antecedentes pessoais a diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial, encontrando-se medicada para as mesmas patologias. É ela quem prepara os medicamentos semanalmente, para uma caixa, por sentir que é mais fácil para ela. Possui conhecimento sobre as indicações de cada fármaco, bem como os possíveis efeitos secundários, e os mesmos encontram-se armazenados corretamente.

No que diz respeito à família extensa, a D. A tem contacto telefónico algumas vezes por semana com a irmã e uma vez por mês com o sobrinho e cunhado. Tem contacto telefónico diário com uma amiga, que é também a sua cabeleireira, referindo-se a esta como a pessoa que lhe proporciona apoio emocional. Mantém contacto presencial semanal com uma instituição de jovens voluntários que refere terem para si função de companhia social e de ajuda material e de serviço, quando precisa de adquirir algum item que seja mais longe do que habitualmente percorre para as suas restantes necessidades.

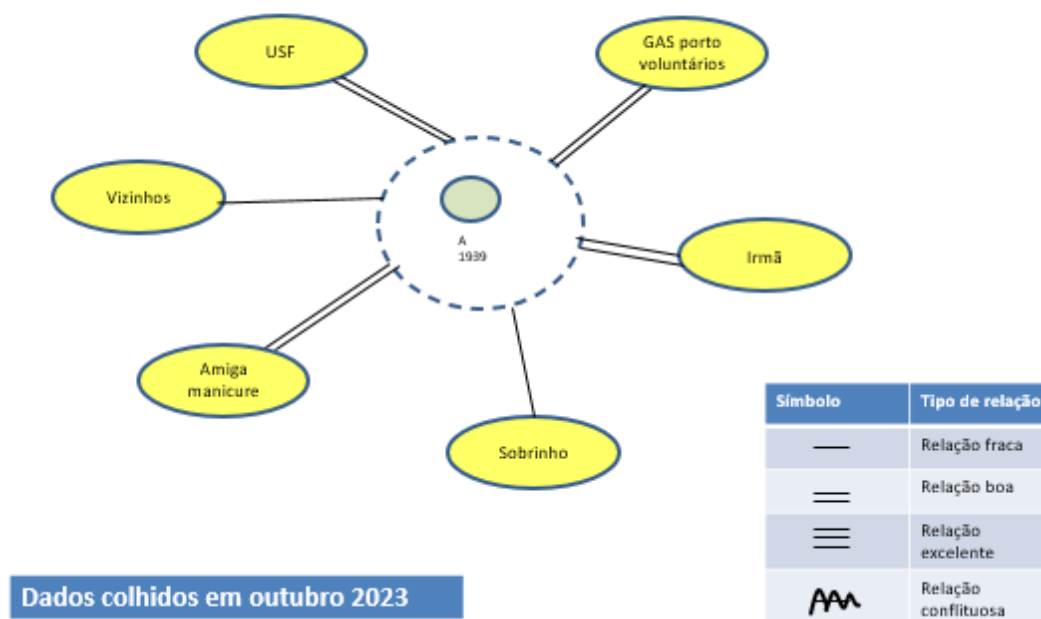


Figura 9: Ecomapa da família 6

Tendo em conta os conceitos presentes na Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), pertence a uma classe social média baixa (pontuação de 19), tendo concluído o 6º ano e uma profissão de grau 4. A origem do rendimento familiar advém da sua reforma e tem uma habitação de grau 4 num local de residência de zona intermédia.

Depois de ficar viúva, esta utente saiu de uma casa grande que tinha num bom local e preferiu arrendar um T0, onde atualmente reside. Esta mudança de habitação que ela fez constituiu uma transição situacional, habitualmente presente nos idosos. Como referido anteriormente, uma transição é, uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, segundo Meleis (2010). Esta implica um período de descontinuidade, em que é experimentado pela pessoa, uma rutura de equilíbrio e consistência, que obrigam a mudanças pessoais, que podem ou não ser efetivas. A transição para a reforma pode ser simples, quando ocorre de forma independente, ou complexa, se ocorrerem, simultaneamente, outras mudanças que possam influenciar a natureza da resposta à transição, tais como: a aposentação simultânea do cônjuge, a mudança de casa, a morte de um ente querido e o diagnóstico de uma doença crónica (Meleis, et al., 2015). Neste período ocorre um processo de adaptação, alterações de papéis e mudanças no contexto familiar. Foi precisamente o que aconteceu com a D. A, que ficou viúva em 2017 e, como também já não tinha filhos devido ao falecimento de ambos, decidiu mudar-se um ano depois, para uma casa mais pequena para adaptar-se à nova condição de vida, reduzindo

deste modo, os gastos com a casa e a sua higienização, mas também para ter maior proximidade com a sua Unidade de Saúde, em caso de necessidade. Esta mudança já ocorreu há quase seis anos, por isso é possível verificar a minimização dos efeitos do stresse que estas situações habitualmente acarretam nos idosos, verificando-se uma reorganização já conseguida pela utente.

De acordo com Cardoso (2011), a forma como as pessoas interagem com os artefactos têm relação com o processo de reconstituição do passado, pois a memória faz com que vivamos no presente experiências, valores e medos. Também Rosa (2019) refere que a casa para o idoso pode ser elencada como um espaço carregado de significados que, com o passar do tempo, se torna um meio de expressão daquilo que ele já foi um dia, da sua história e do que ele é hoje, é um espaço que mantém a sua essência, valores e rotina, como se fosse uma “moldura de uma vida”. Por todos estes fatores enunciados, justifica-se a dificuldade que a D. A. A. confidenciou ter sentido durante algum tempo, porque sentia falta de alguns móveis e objetos que carregavam muitas memórias da sua vida.

Com o propósito de obter dados relativamente à composição familiar foram colocadas questões lineares ao membro da família, tendo obtido o genograma representado na figura seguinte:

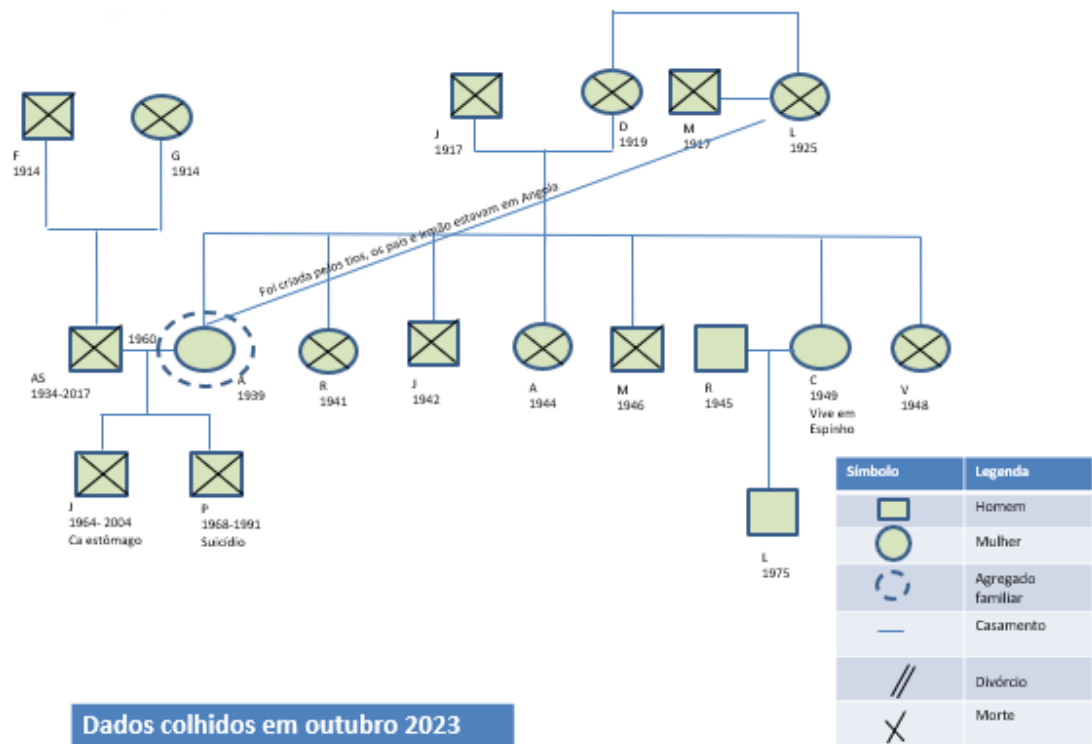


Figura 10: Genograma da família 6

No que concerne à avaliação e intervenção sistémica efetuada no decorrer das consultas com esta família, esta encontra-se sintetizada na tabela seguinte:

Quadro 6: Avaliação e intervenção sistémica realizada com a família 6

Foco	Precaução de segurança
Dados diagnósticos	<p>Que requerem intervenção 17/10/2023: a D. A reside num T0, em que: a passagem pelas diferentes áreas da casa estava dificultada por fios soltos; existia um tapete de cada lado da cama, um tapete junto a uma “camlha” onde tem a televisão, todos sem rede antiderrapante</p> <p>Zona da cozinha: existência de tapete comprido na cozinha sem rede antiderrapante e banquinho no meio do espaço A D. A não alcança facilmente os objetos que utiliza diariamente (“já faço assim há tanto tempo que não me atrapalha... às vezes subo um banquinho”)</p> <p>Que não requerem intervenção 17/10/2023: existia uma barra de apoio já colocada no wc pela equipa de voluntários que a visita, <i>poliban</i> com tapete antiderrapante</p>
Diagnóstico	Precaução de segurança não demonstrada
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança
Atividades que concretizam as intervenções	<p>Junção de todos os fios soltos e fixação junto ao rodapé para não interferir com a passagem;</p> <p>Colocação rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários;</p> <p>Arrumação dos utensílios de cozinha conforme a previsão da necessidade diária da sua utilização;</p> <p>Remoção do banquinho que estava colocado no meio da cozinha para subir ao armário e seu reposicionamento junto à porta da entrada para facilitar a colocação e remoção do calçado.</p>
Resultados	<p>O membro da família reconheceu os obstáculos que impedem a livre circulação dentro de casa e removeu os adornos e móveis existentes para local que não dificulte a passagem</p> <p>O membro da família reposicionou o banquinho no local identificado e arrumou os utensílios de cozinha conforme a previsão da necessidade diária da sua utilização, com a ajuda da enfermeira;</p>

Durante as diversas consultas recorreu-se à utilização de diferentes técnicas transversais que foram fundamentais para a recolha de informação, bem como à fixação de critérios de diagnóstico que permitiram a seleção de recursos na família.

Assim, identificou-se o diagnóstico precaução de segurança não demonstrada, pois a família desconhecia os perigos existentes na sua habitação, nomeadamente os fios que tinha dispersos pelo corredor e os tapetes sem rede antiderrapante. Após a intervenção realizada foi possível obter ganhos em saúde, uma vez que o diagnóstico mudou de status, traduzindo-se numa habitação mais segura.

No que concerne a avaliação e intervenção sistémica individual realizada ao membro da família 6, esta encontra-se ilustrada no quadro 7.

Quadro 7: Avaliação e intervenção sistêmica realizada com o membro da família 6

Foco	Queda
Dados diagnósticos	<p>Refere ter tido uma queda na rua, há cerca de 3 meses. Lembra-se de ter tropeçado num passeio e acabou por recorrer ao serviço de urgência, pois bateu com a cabeça no chão, tendo precisado de ser suturada.</p> <p>Utilizava calçado em casa sem apoio até ao tornozelo</p> <p>Refere não acender a luz de noite quando vai ao wc (“é tão perto da cama e já conheço o percurso”)</p> <p>Teste TUG: 40 segundos – avaliação funcional obrigatória</p>
Diagnóstico	<p>Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda</p> <p>Risco de queda</p>
Intervenções	<p>Ensinar sobre prevenção de queda</p> <p>Instruir o utente a treinar exercícios de Otago de forma supervisionada – 1h</p> <p>Treinar com o utente exercícios de Otago de forma supervisionada</p> <p>Incentivar o utente a treinar exercícios de Otago duas vezes por semana durante 30 minutos</p>
Ações que concretizam as intervenções	<p>Revisar com a utente o histórico de quedas e o motivo</p> <p>Identificar com a utente características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão)</p> <p>Identificar com a utente os fatores comportamentais capazes de aumentar o potencial de quedas (tipo de calçado, necessidade de recorrer à iluminação sempre que se deslocar em casa)</p> <p>Identificar com a utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda (visão alterada, equilíbrio comprometido)</p> <p>Incentivar a utilização de luz de presença que havia sido fornecida pelos voluntários à mais de um ano</p> <p>Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa</p> <p>Incentivar a utilização de calçado seguro</p> <p>Ensinar sobre importância de ter as superfícies do chão livres de objetos</p> <p>Orientar o indivíduo sobre a frequência, a duração e a intensidade desejadas para o programa de exercícios de Otago</p> <p>Monitorizar a adesão do indivíduo ao programa de exercício de Otago</p> <p>Oferecer <i>feedback</i> positivo para os esforços individuais</p>
Resultados	<p>O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de queda e apresentava rede antiderrapante nos tapetes e calçado adequado</p> <p>O membro da família realizou os exercícios de Otago propostos</p>
Foco	Papel recreativo
Dados diagnósticos	<p>Ocupa os seus dias a ver televisão e a falar ao telefone com a sua amiga de longa data que é também a sua cabeleireira. Não se sente satisfeita com estas atividades, apesar de não saber que outras gostaria de fazer</p> <p>“Gostava de fazer costura...agora não faço nada...não sinto ânimo para fazer costura nem nada diferente”</p>
Diagnóstico	Papel recreativo ineficaz
Intervenções	<p>Estimular a participar de atividades que aumentem o bem-estar</p> <p>Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)</p> <p>Planear atividades de lazer</p>
Ações que concretizam as intervenções	<p>Encorajar atividades sociais e comunitárias</p> <p>Estimula relações com pessoas com interesses e metas comuns</p>
Resultados	<p>O membro da família reconheceu a importância da interação social</p> <p>O membro da família participou na atividade workshop decoração de bolachas de Natal e aceitou integrar o projeto “trajetórias” da UCC</p>
Foco	Tristeza
Dados diagnósticos	<p>“Tenho alguns momentos de tristeza todos os dias...às vezes acabo mesmo por chorar”, “sinto-me desanimada (...) às vezes sinto que já não sirvo para nada”</p> <p>“Não tenho vontade nenhuma de sair de casa para fazer coisas novas...”</p> <p>“Apesar de ter uma grande amiga com quem falo todos os dias, sinto-me desamparada...”</p> <p>Apresentava labilidade emocional: no momento em que dizia que se sentia triste e desanimada, quando se falou da relação com os voluntários que a visitam desatou a rir, muito feliz</p>
Diagnósticos	Tristeza

Intervenções	Estimular o idoso a participar de atividades que aumentem o bem-estar Disponibilizar suporte emocional Incentivar a comunicação de emoções Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)
Ações que concretizam as intervenções	Segurar a mão do paciente para oferecer apoio emocional Escutar com empatia Aceitar a realidade do paciente Estabelecer uma relação de confiança
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou no workshop proposto sobre decoração de bolachas de Natal O membro da família aceitou integrar o projeto “trajetórias” da UCC
Foco	Solidão
Dados diagnósticos	“Sinto falta de conviver com as pessoas (...), falo por telefone com a minha amiga todos os dias, mas não é a mesma coisa...” “Tenho saudades de estar com a minha irmã, mas ela mora longe e não consegue vir cá, eu também não consigo ir lá” “Tenho uma vez por semana os voluntários (...) gosto muito, mas não é a mesma coisa...”; “sinto-me vazia...” “Vou sair de casa para onde? Só saio para fazer as compras ou ir a consultas? (...) vou fazer o quê? Com quem? (...) Já cheguei a ir a um convívio com os voluntários, mas é só uma vez por ano...” Identificar os motivos para isolamento
Diagnóstico	Solidão
Intervenções	Encorajar interação social Orientar para um grupo de suporte (projeto trajetórias da UCC)
Ações que concretizam as intervenções	Envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização Promover participação do idoso em atividades de lazer/recreação
Resultados	O membro da família reconheceu a importância da interação social O membro da família participou na atividade workshop decoração de bolachas de Natal e aceitou integrar o projeto “trajetórias” da UCC
Foco	Visão
Dados diagnósticos	Alteração bilateral da visão
Diagnóstico	Visão alterada
Intervenções	Orientar para médico de família
Ações que concretizam as intervenções	Informar o médico de família que encaminhou a utente para consulta de especialidade
Resultados	Após orientação para o médico de família, o hospital de referência agendou consulta de oftalmologia para a utente
Foco	Equilíbrio
Dados diagnósticos	Comprometimento do equilíbrio, de acordo com a escala de Tinetti que consta do Sclinico-CSP
Diagnóstico	Equilíbrio comprometido
Intervenções	Instruir o utente a treinar exercícios de Otago de forma supervisionada por mim – 1h Incentivar o utente a treinar exercícios de Otago duas vezes por semana durante 30 minutos
Ações que concretizam as intervenções	Orientar o indivíduo sobre a frequência, a duração e a intensidade desejadas para o programa de exercícios de Otago Treinar com o utente exercícios de Otago de forma supervisionada Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercício de Otago Oferecer <i>feedback</i> positivo para os esforços individuais
Resultados	O membro da família realizou os exercícios de Otago propostos
Resumo	
Diagnósticos que alteraram o status	Precaução de segurança não demonstrada (7/11/2023) Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de queda (7/11/2023)
Diagnósticos que não alteraram de status	Solidão; Tristeza; Papel recreativo não eficaz Risco de queda Visão alterada

Durante as várias consultas realizadas a esta família, foram usadas diferentes técnicas transversais, que permitiram colher informação, estabelecer critérios de diagnóstico que orientaram a procura conjunta de soluções na família. Deste modo, foram colocadas algumas questões lineares e reflexivas, como exemplificado de seguida: “Como ocupa o seu dia-a-dia?”; “O que gosta mais de fazer?”; “O que lhe daria prazer fazer?”; “Sente-se satisfeita com a forma como ocupa o seu dia-a-dia?”; “Como era a sua vida antes de morar sozinha?”; “Quais as coisas de que mais se orgulha até hoje?”; “O que acha que precisaria de mudar para se sentir mais satisfeita com a vida?”.

Durante a colheita de dados realizada à D. A, foi possível verificar que esta passa grande parte do seu tempo em casa, não tendo vontade para sair ou fazer qualquer atividade. Este achado é relatado por Caradec (2016), que refere que, ao envelhecer, o indivíduo vai modificando a sua rotina e tende a passar grande parte do seu dia no ambiente doméstico, principalmente com a reforma. Isto acontece porque, tal como refere Tomás et al., (2016), o processo de envelhecimento é repleto de alterações que resultam em momentos de stresse, associado à perda de papéis, como por exemplo, a reforma, à emancipação dos filhos, à morte dos cônjuges, entre outros, que contribuem para a limitação das redes sociais dos idosos, tornando-os mais vulneráveis à solidão e ao isolamento.

A D. A sente falta de estar com pessoas, mas por outro lado, não quer sair de casa por motivos que não sejam para aquisição de bens ou serviços. Apenas fala por telefone com a amiga mais frequentemente e com a família extensa de forma mais espaçada, revelando não estar satisfeita com estas circunstâncias de vida. Estes são alguns dos fatores que Tomás et al., (2019), apontaram como os que mais influenciam os sentimentos de solidão, nomeadamente: viver sozinho, pouco contacto com familiares e/ou amigos, baixa satisfação com as circunstâncias da vida, baixa qualidade nas relações sociais e ser viúvo ou divorciado. Estas perdas sociais contribuem para que a pessoa idosa se torne mais vulnerável à solidão.

Desta forma, foi pertinente encorajar a interação social e orientar para um grupo de suporte pois, como referem Costa et al. (2015), os comportamentos adotados para uma pessoa manter-se ativa, através das atividades de lazer e da participação em atividades da comunidade, traduzem-se numa estratégia que proporciona maior autoestima nos idosos, evita a ociosidade, tem efeito protetor na perda da capacidade funcional, colabora para a manutenção ou a criação de relações de amizade e oferece possíveis fontes e/ou trocas de apoio. Também Mehrabi & Béland (2021) reforçam que quando os idosos se envolvem

ativamente em atividades sociais, poderão atenuar o impacto: das limitações das atividades de vida diárias, dos sintomas depressivos e do declínio cognitivo, diminuindo a probabilidade de se tornarem socialmente isolados. Assim, após a explicação da finalidade do projeto da UCC à D.A e do reconhecimento dos benefícios pela mesma, esta concordou em integrar o mesmo. Foi então contactada a colega responsável pelo projeto da UCC que a integrou no projeto que teria início nos próximos 30 dias.

Dado que a D. A manifestou tristeza e solidão, atribuindo ao facto de ter perdido ambos os filhos e o marido, bem como a melancolia por nunca ter tido netos, foi utilizada a técnica de conotação positiva. Com a utilização desta técnica pretendeu-se dar resposta ao problema da tristeza da D. A por não ter tido a experiência de ser avó, facto que ela verbalizou sentir falta. Esta técnica é uma ferramenta que ajuda a olhar para a situação de vida de uma forma positiva, transformando os problemas em possibilidades, os desafios em oportunidades e os contratempos em lições valiosas.

Segundo Relvas (1996), consiste em apresentar um problema de noutra perspetiva, alterando o significado do problema, com o propósito de uma nova ação, tendo em conta a nova perspetiva e que permite a harmonização das relações familiares. Assim, foi analisado com a D. A as questões relativas à sua tristeza para perceber quais as áreas que poderia melhorar. Em seguida, apresentam-se alguns exemplos das questões realizadas: “Se pudesse fazer algo de diferente relativamente à forma como ocupa o seu dia-a-dia, o que faria de diferente?” “Tendo em conta que me referiu que os voluntários que vêm cá todas as semanas são jovens e gostam muito de a ouvir e dos seus conselhos, consideraria essa relação próxima de uma de avó/neto?” “Sente-se realizada ao partilhar esses momentos de convívio e de transmissão de saberes/conselhos com eles?”.

Com esta intervenção, a D. A reconheceu que, apesar de não poder alterar o que aconteceu na sua vida, pode valorizar o que o presente lhe trouxe. Esta experiência fê-la repensar as suas experiências, permitindo a transição de uma perspetiva negativa para uma visão mais positiva e esperançosa. Assim, é importante salientar que, enquanto enfermeiros, temos um contacto privilegiado com o utente e famílias, onde devemos realizar uma avaliação individualizada, identificando as necessidades da pessoa e desenvolver um plano de cuidados eficaz. Como refere Perseguino et al. (2017), o profissional de saúde pode atuar na proposta de intervenções e criação de estratégias conjuntas de melhoria da qualidade de vida da família, onde ela também perceba a aplicação de suas próprias soluções para o enfrentamento dos problemas dentro dos significados de sua realidade social.

Para a colocação de rede antiderrapante nos tapetes existentes na habitação, bem como a fixação dos fios ao rodapé, foi solicitada a colaboração dos voluntários que, numa das visitas realizadas à D. A, se prontificaram a fazer. Este facto salienta a importância da articulação do enfermeiro, quer com as redes de apoio formal, quer com as redes de apoio informal. Desta forma é possível trabalhar com um objetivo comum, que é o bem-estar do cliente.

Durante as consultas realizadas com o membro desta família, um dos focos de atenção presente foi a queda, pelo que, após aplicado o TUG, verificou-se que existia um alto risco de queda. Deste modo, fazendo cumprir a norma 8/2019 da DGS, foi realizada avaliação clínica multifatorial complementar que atendeu aos fatores de risco de queda como, história de quedas, compromisso cognitivo, medo de cair, compromisso na eliminação, comorbidades e fármacos que potenciem o risco de queda, desequilíbrio postural e compromisso da visão. Foi realizada também educação para a saúde, como indicado na referida norma e implementado um plano de cuidados individualizado dirigido aos fatores de risco identificados e às indicações resultantes da avaliação multifatorial e as precauções básicas.

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

A prestação de cuidados de enfermagem reveste-se de grande exigência, pelo que é fundamental a importância do reconhecimento de competência científica, técnica e humana. Desta forma, o enfermeiro especialista deve desenvolver e demonstrar a competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção, com mobilização e articulação dos recursos necessários e disponíveis para prestar os cuidados às famílias (Regulamento nº 428/2018). Assim, deve garantir uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais, mas também, criar e suportar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção, recorrendo às tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar e sistemas de informação e tecnologias disponíveis, para melhorar os resultados de saúde familiar. Tendo presente a relevância desta competência, procurou-se identificar as necessidades e/ou as oportunidades existentes na USF.

Durante o período de integração na USF e na colheita de dados para a caracterização das famílias da lista da enfermeira orientadora cooperante, verificou-se a ausência de documentação no programa de saúde da família no aplicativo SClínico-CSP sobre a avaliação e intervenção das famílias. Desta forma, para complementar esta avaliação, no período de 11 de dezembro de 2023 a 5 de janeiro de 2024 foi realizada uma pesquisa relativa à documentação das listas das quatro enfermeiras da Unidade e confirmou-se a ausência desta documentação.

Para Ribeiro (2019), a documentação de enfermagem é constituída por documentos ricos de informação essenciais para assegurar a continuidade de cuidados, capazes de promover a comunicação entre os profissionais de saúde, objetivando melhores cuidados e ganhos em saúde. Além disso, de acordo com Dutra et al. (2016), serve para apoiar legalmente o trabalho do profissional, como instrumento de auditoria para validar a prática profissional, também como fonte de pesquisa científica, auxiliando na pesquisa e no ensino; na gestão de recursos humanos, físicos e materiais, auditorias de custo e reembolso em seguros de saúde como apontam.

Desta forma, podemos verificar que a documentação completa e precisa contribui quer para a melhoria da tomada de decisão em enfermagem, quer para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. É fundamental para dar visibilidade à enfermagem, através da avaliação, monitorização e planeamento da sua ação, mas também promove uma cultura pautada na análise dos dados colhidos, processados e disponibilizados através dos registos de enfermagem, suportando a tomada de decisão e continuidade dos cuidados.

Atendendo à relevância e necessidade de documentação no processo de conceção de cuidados no exercício profissional de enfermagem, na organização e no bem-estar das famílias, foi considerado fundamental desenvolver formação em serviço. A formação profissional é fundamental em todas as organizações, pois consiste num processo de interiorização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, capaz de gerar mudanças de comportamento e atitudes dos trabalhadores, com desejável reflexo no seu desempenho e no das organizações onde exercem funções (Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, 2016)). Desta forma, a formação em serviço deve visar o aprimoramento do conhecimento e as competências dos profissionais de enfermagem, a nível individual e coletivo, de acordo com as necessidades identificadas.

A concretização de uma formação em serviço deve apoiar-se num plano previamente definido, respeitando as diversas etapas. Assim sendo, inicia-se pela identificação e análise

das necessidades de formação, para garantir que a mesma responda às necessidades da instituição e dos seus profissionais. O segundo passo é a elaboração de um plano, definindo a população-alvo, os objetivos, os métodos de avaliação, os custos e os recursos necessários. Seguidamente será a implementação da formação, que deverá ser flexível e adaptada às prioridades e circunstâncias. No final, deverá ser feita uma avaliação para assegurar a qualidade do plano de formação ao longo de todo o processo (Le Boterf, 1991, como citado em Relvas 2018)

O Modelo Multinível de Kirkpatrick, desenvolvido por Donald Kirkpatrick em 1959, é sobejamente reconhecido como uma estrutura eficaz para avaliar a eficácia dos programas de formação (Kirkpatrick, 1998, como citado em Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, 2016). É composto por quatro fases, em que cada uma tem como finalidade medir diferentes aspetos da formação. Na primeira fase, denominada de reação, é avaliada a satisfação dos participantes, enquanto que na segunda fase, a de aprendizagem, é medido o nível de conhecimento e habilidades adquiridas pelos formandos e pode ser avaliada através de testes, avaliações práticas e pode ser aplicado antes e depois da formação. Na terceira fase, a de comportamento, consiste em avaliar os comportamentos dos participantes em contexto de trabalho e identificar se a alteração de comportamento que existiu permitiu alcançar os objetivos esperados com a formação. Na última fase, resultados, é avaliado o impacto da formação nos resultados organizacionais. Assim, é necessária a medição através de indicadores de desempenho, produtividade, qualidade do trabalho e outros fatores importantes que espelhem o impacto da organização como um todo. No entanto, esta fase exige tempo para obter e analisar os resultados, pois, “para que a transferência seja efetiva, é necessário que as competências ou os comportamentos apreendidos sejam generalizados ao contexto de trabalho e mantidos durante um período de tempo após a formação” (Velada, 2007, como citado em Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, 2016). A recolha de informação de avaliação de impacto incidirá sobre expectativas e sobre as aprendizagens convertidas em resultados. Esta circunstância implica que a avaliação após a conclusão da formação possa ser realizada num intervalo de tempo posterior e que se pode situar, por exemplo, entre 3 a 6 meses.

Após a identificação da lacuna relacionada com a documentação dos cuidados de enfermagem relacionados com a família, realizou-se um diagnóstico das necessidades formativas, através de uma consulta no Sclinico-CSP a 20 processos clínicos, de forma aleatória, para analisar quais os programas de saúde habitualmente identificados pelas enfermeiras em famílias unipessoais com pessoa idosa, bem como os focos de atenção

identificados. Foi elaborado também um questionário para conhecer as principais necessidades dos profissionais relativamente ao programa de saúde da família (anexo IV). Os dados recolhidos nesta consulta do Sclinico-CSP relativamente aos programas de saúde mais frequentemente identificados encontram-se espelhados no gráfico 1.

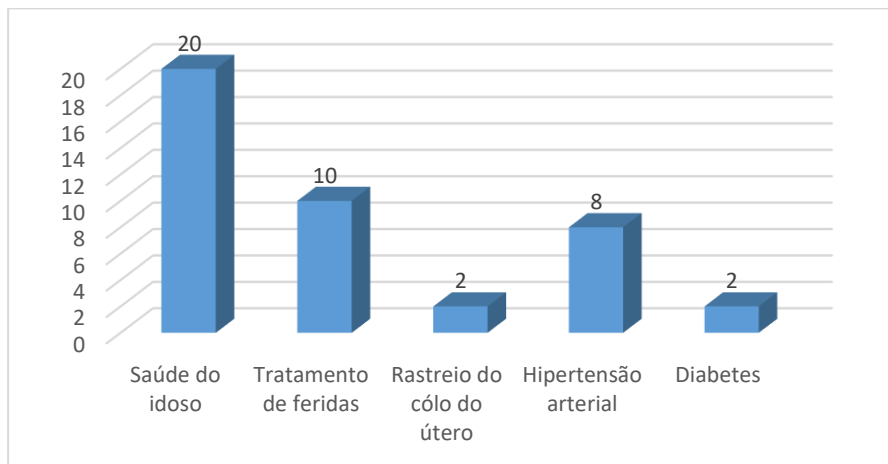


Gráfico 1: Principais programas de saúde identificados pelos enfermeiros em famílias unipessoais com pessoa idosa

Com a análise deste gráfico, verificamos que em nenhum dos processos analisados se encontrava identificado o programa de saúde da família. Apesar de as enfermeiras reconhecerem a importância de envolver a família nos cuidados prestados e efetivamente o fazerem na sua prática diária, este dado veio realçar a importância da documentação na prática diária dos profissionais. No questionário realizado às mesmas, verificou-se que todas costumam colher dados relativos ao tipo de família, nas suas consultas e apenas uma delas não colhe dados relativos ao genograma. Relativamente aos restantes aspetos da dimensão estrutural da família (família extensa, Graffar, edifício residencial, abastecimento, ambiente biológico e ecomapa) nenhuma delas admitiu efetuar colheita de dados sobre os mesmos. Relativamente à documentação, apenas uma enfermeira referiu registar essa informação no aplicativo informático. Analogamente aos motivos que as levam a não registar essa informação, foram apontados a “falta de tempo”, o “estar pouco alerta para essa questão”, o “não entrar no âmbito da consulta” e o “esquecimento”. Quando questionadas relativamente à necessidade de formação sobre esta temática, todas as profissionais responderam afirmativamente à mesma (Anexo V).

No que concerne os principais focos de atenção identificados nestes processos, estes podem ser analisados com recurso ao gráfico 2.

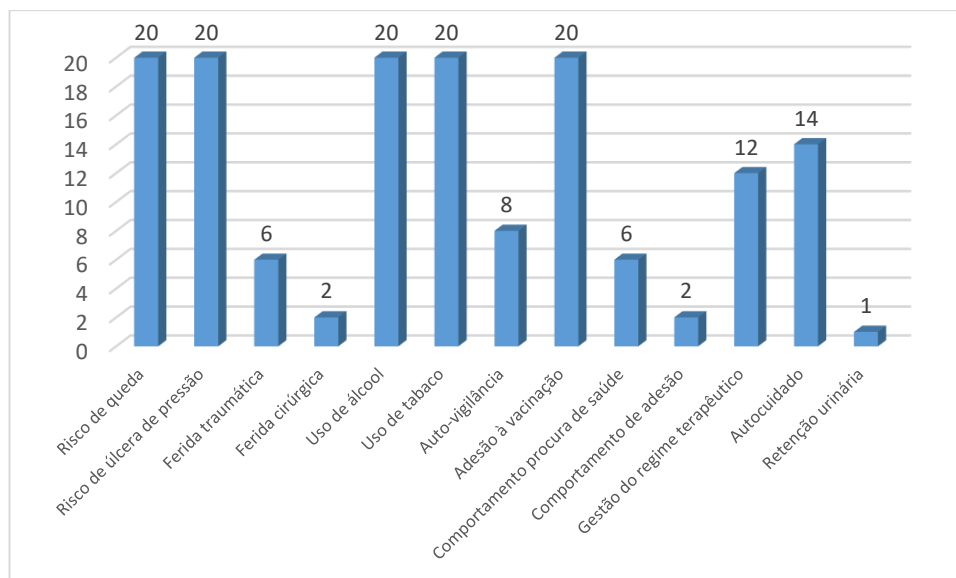


Gráfico 2: Principais focos de atenção identificados nos processos

Verificou-se a preocupação de todas as enfermeiras relativamente ao risco de queda, ao risco de úlcera de pressão, ao uso de tabaco e álcool e à adesão à vacinação. Estes focos de atenção constituem áreas prioritárias do ACEs, estando alguns contratualizados como indicadores para a Unidade, enquanto outros constam da Avaliação do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) merecendo, desta forma, atenção acrescida de todos os profissionais.

Atendendo aos resultados obtidos nesta análise dos processos, às competências específicas enquanto aluna do mestrado e ao interesse da formação das enfermeiras na área de saúde familiar, foram planeadas e realizadas duas sessões de formação direcionadas para a equipa de enfermagem, subordinadas aos temas: “1. Famílias unipessoais com uma pessoa idosa: que desafios aos enfermeiros?” e “2. Registos de enfermagem no Sclinico-CSP - desafio para o enfermeiro”. Estas sessões de formação foram devidamente planeadas tendo em conta as temáticas a abordar e os objetivos propostos.

Estes planos foram entregues ao elemento de enfermagem que compõe o conselho técnico da USF para análise, tendo posteriormente consentido a sua implementação.

Os respetivos planos das sessões encontram-se ilustrados no Anexo VI

Os conteúdos abordados na sessão de formação “Famílias unipessoais com uma pessoa idosa: que desafios aos enfermeiros?” foram os seguintes: cuidados de saúde primários; definição de família e sua importância como foco de cuidados e MDAIF. Esta sessão de formação pretendeu sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização do MDAIF como

modelo orientador para a avaliação e intervenção familiar, bem como sensibilizar para o registo de famílias unipessoais com pessoa idosa (Anexo VII).

Na segunda sessão de formação intitulada “Registos de enfermagem no Sclinico-CSP - desafio para o enfermeiro”, foram explanados os conteúdos seguintes: avaliação familiar e registos de enfermagem no Sclinico-CSP alicerçado no referencial teórico do MDAIF; família unipessoal com pessoa idosa (envelhecimento, principais dificuldades das pessoas idosas que moram sozinhas); risco de queda (fatores ambientais, comportamentais, biológicos e socioeconómicos) e a importância dos registos de enfermagem (Anexo VIII). Esta sessão de formação pretendeu otimizar na equipa de enfermagem competências para prestar cuidados às famílias unipessoais com pessoa idosa.

Foram realizadas ambas as formações no mesmo dia, tendo um intervalo de 20 minutos entre as suas sessões. No final de ambas, foram realizados momentos de avaliação, nomeadamente a avaliação da perceção sobre a formação realizada, a avaliação de conhecimentos e competências adquiridas e a avaliação sobre a mudança da prática dos enfermeiros.

Em relação à perceção dos participantes sobre a formação realizada, no final da sessão foi aplicado aos participantes, nomeadamente todas as enfermeiras, um questionário de avaliação de ação de formação (Anexo IX) com o objetivo de avaliar os conteúdos programáticos e métodos, a capacidade e competência da formadora, a organização da ação de formação e uma avaliação global da mesma numa escala de Likert, com pontuação de um a cinco. Como resultado, todos os participantes classificaram com cinco em todos os itens, mostrando-se muito satisfeitos relativamente à pertinência e clareza dos temas abordados, bem como o tempo dedicado aos mesmos. Um dos participantes deixou como comentário adicional que a formação nº1 teve “um conteúdo muito oportuno”. A avaliação dos conhecimentos adquiridos foi realizada através de um questionário composto por três questões (Anexo X) que pretendeu avaliar o grau de capacitação de documentação clínica no Sclinico-CSP sentido pelos profissionais após as formações, atendendo a uma escala de Likert com pontuação de 1 a 10. Desta forma, 75% das participantes sentiram-se totalmente motivadas (10) para a abordagem às diversas áreas da família, da mesma forma que estas sentiram que os seus conhecimentos aumentaram muito (10) após as sessões e sentiram-se extremamente capacitadas para o fazer (10); 25% das participantes classificou com 9 todas estas questões.

Atendendo aos conceitos acima explanados sobre a avaliação da formação, não foi possível apresentar indicadores de resultado uma vez que seria necessário tempo para os avaliar, nomeadamente através de uma análise dos registos das enfermeiras a médio/longo prazo e o tempo de estágio não o permitiu. No entanto, foi realizada uma análise a 10 processos duas semanas após estas sessões e verificou-se uma melhoria significativa ao nível dos registos do programa de saúde da família, tipo de família, ciclo vital e suporte social, como se pode verificar pelo quadro 8. Ainda que nesta fase não possam ser avaliados os indicadores de resultado, uma vez que são muito minuciosos e implicam tempo na sua recolha, como referido anteriormente, foram delineados alguns indicadores que seriam aplicados para medir o êxito das formações (anexo XI).

Quadro 8: Análise realizada a 10 processos para identificar melhorias na documentação de enfermagem

Item	Percentagem
Programa de saúde da família	70
Registo do ciclo vital da família	70
Tipo de família	70
Registo de habitação	60
Registo de Graffar	60
Registo de suporte social	60

Embora não tenham sido avaliados os indicadores de resultado acima referidos, estes serviram de base para discussão entre a equipa, pois identificaram a necessidade de documentar corretamente os cuidados prestados por motivos distintos. Por um lado, sentiram que realmente a documentação é necessária para dar visibilidade e valorização à profissão, e por outro, por trabalhar numa USF modelo B, a documentação terá de ser bem feita para efeitos de cumprimento de indicadores.

Relativamente à “falta de tempo”, que foi um dos motivos identificados pelas enfermeiras para não documentarem toda a sua prestação de cuidados no Sclinico-CSP, não o consegui resolver diretamente, uma vez que depende de vários fatores, nomeadamente a gestão do tempo de cada profissional e da unidade. Porém, com as sessões de formações realizadas ajudei a otimizar a gestão do tempo para registar, uma vez que a documentação está mais explícita, implicando menor tempo para a sua concretização.

No entanto, no que concerne à especialidade de enfermagem de saúde familiar, quase não existem indicadores definidos capazes de mensurar os ganhos em saúde direcionados à unidade família, mas sim direcionados à saúde dos seus membros enquanto elementos.

Desta forma, seria importante existir a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar para a saúde da população, sendo fundamental para integrar programas de melhoria contínua e avaliação de ganhos em saúde.

O desenvolvimento do processo formativo em serviço contribuiu para o desenvolvimento de competências pessoais na área de especialização em ECESF, mais concretamente na gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. A promoção de formação em serviço permitiu aperfeiçoar as competências através da criação e sustentação de uma visão partilhada com os enfermeiros sobre ESF e sobre a documentação da avaliação da família, respeitando e contribuindo para a cultura organizacional.

Além da atividade da formação em serviço realizada no estágio profissional, existiu participação em eventos científicos para desenvolver a competência de promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF, nomeadamente com a realização de uma comunicação oral intitulada “Cuidado à Família que integra um Familiar Dependente no Autocuidado no Contexto da DPOC” no 3º Fórum Internacional do Autocuidado, realizado nos dias 23 e 24 de novembro de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (anexo XII), e outros eventos científicos enunciados de seguida:

- ✓ Participação no NursID Spring School 2023, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (anexo XII);
- ✓ Participação no webinar “desafios na diversidade da literacia digital na prestação de cuidados de saúde seguros” e “Comunicação eficaz nas transições de cuidados” nos dias 26 de Setembro de 2023 e 10 de outubro de 2023 (anexo XII);
- ✓ Participação no webinar “Hidratação no idoso”, organizado pelo grupo Trofa Saúde no dia 16 de Outubro de 2023 (anexo XII);
- ✓ Participação no webinar “O idoso: quedas e problemas na alimentação, organizado pelo grupo Trofa Saúde no dia 26 de Outubro de 2023 (anexo XII);
- ✓ Participação em aula aberta em formato Webinar “Desafios à Responsabilidade profissional do enfermeiro na atualidade – 2023”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no dia 6 de novembro de 2023 (anexo XII);
- ✓ Participação no webinar “Psicogenealogia: como a família influencia o nosso comportamento, organizado pelo grupo Trofa Saúde no dia 8 de Novembro de 2023 (anexo XII).

- ✓ Participação no webinar “abordagem sistémica à família”, organizado pela Escola Superior de saúde do Norte, no dia 15 de janeiro de 2024 (anexo XII);

Na prestação de cuidados às famílias que foram alvo de intervenção, foi necessário articular com os diversos profissionais de saúde de forma a otimizar os cuidados às mesmas. Como referido no capítulo da prestação dos cuidados às famílias, foi necessário recorrer à referência para a UCC, mais concretamente com a equipa de saúde mental para dar continuidade a algumas intervenções implementadas a algumas famílias. Esta articulação insere-se na competência “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Regulamento n.º 428/2018).

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com o presente capítulo pretendeu-se efetuar uma exposição e análise crítico-reflexiva da ligação entre as experiências obtidas durante as UCs Estágio de Natureza profissional com Relatório – Módulo I e II e as competências adquiridas como resultado dessas vivências, tendo em conta o perfil de competências específicas do EEECESF, descrito no Regulamento nº 428/2018 e o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, exposto no Regulamento nº 140/2019.

Os cuidados de saúde, especialmente os de Enfermagem, têm uma relevância e exigências técnicas/científicas cada vez mais crescentes, obrigando a uma diferenciação e especialização dos profissionais para prestarem cuidados de excelência. Deste modo, importa conhecer o conceito de competência que, segundo Leonello et al., (2018), se reporta ao conjunto estruturado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver e saber ser) para resolver uma situação. Para a sua aquisição, é indispensável construir e reconhecer tais saberes a partir das ações da prática profissional.

A prática de enfermagem é caracterizada pela complexidade de cuidados e deverá estar em consonância com as necessidades da população que, sendo dinâmicas, irão sofrer alterações ao longo do tempo. Assim, de acordo com Cantante et al. (2020), a organização dos cuidados de enfermagem foca-se na eficiência e eficácia dos cuidados prestados, sendo essencial a presença de um quadro de referências e um sistema de qualidade para o exercício profissional, bem como de registos que incorporem a sistematização da informação implícita no processo de enfermagem. É ainda basilar uma dotação segura de cuidado e metodologias de trabalho, uma política de formação contínua e uma avaliação da satisfação dos enfermeiros em função da qualidade do exercício profissional.

Neste sentido, torna-se pertinente salientar a importância da especialização em enfermagem, uma vez que tem como finalidade o aprofundamento de conhecimentos numa determinada área, dotando o enfermeiro de competências específicas e avançadas, essenciais ao exercício da profissão. A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além da confirmação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, extensíveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

As competências comuns são aquelas 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. Estas competências envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Este regulamento clarifica os diferentes conceitos de competências, bem como os diferentes domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: (A) Responsabilidade, profissional, ética e legal (os quais estão presentes nas suas intervenções); (B) Melhoria contínua da qualidade (ao nível da governação clínica uma vez que estimula e promove estratégias institucionais); (C) Gestão dos cuidados (cria e estabelece redes e parcerias na equipe de Enfermagem e multiprofissional); (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (capacidade de evolução de autoconhecimento, assertividade nas relações terapêuticas e multiprofissionais em todos os contextos).

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A), é importante reconhecer que esta tem por base um conjunto de conhecimentos na área ético-deontológica, na avaliação contínua das melhores práticas e preferências do cliente (OE, 2019). É um pilar fundamental em todas as práticas para estabelecer uma relação humana sustentada no respeito pela dignidade humana e pelos direitos universais. Desta forma, a avaliação e intervenção de enfermagem foi realizada atendendo ao conhecimento e experiência, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, suportadas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), circulares normativas e Código Deontológico do Enfermeiro. Também o manual de procedimentos e regulamento interno da USF, enquanto documentos estruturantes da mesma, constituíram documentos essenciais durante este estágio nesta Unidade. Durante o mesmo foi assegurado o respeito e garantida a confidencialidade, bem como obtido o consentimento verbal da família para poder participar.

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade (B) foram desenvolvidas duas ações de formação destinadas à equipa de enfermagem da USF. A primeira pretendeu sensibilizar a equipa para a utilização do MDAIF, como modelo orientador para a avaliação e intervenção familiar e a segunda pretendeu sensibilizar para os fatores concorrentes para a

queda, agindo sobre as forças e recursos da família. A escolha destas temáticas resultou de uma identificação prévia das necessidades formativas da equipa, que evidenciou dificuldades dos enfermeiros na realização nos registos de enfermagem no aplicativo informático SClínico-CSP, bem como na vontade em obter maiores conhecimentos sobre os fatores que influenciam o risco de queda nos idosos. Procedeu-se posteriormente à avaliação do impacto destas sessões que se traduziu por um aumento da documentação de focos de atenção identificados pelos enfermeiros. Estas etapas foram cruciais e produziram mudanças na prática clínica dos enfermeiros desta USF. Desta forma houve uma melhoria nos conhecimentos e habilidades, promovendo a melhoria contínua da qualidade. Além disso, estas sessões impulsionaram na mobilização de conhecimentos e habilidades, participando ativamente na melhoria contínua da USF e permitiram igualmente o aperfeiçoamento das competências enquanto formadora no contexto de trabalho.

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados (C) prestados às famílias unipessoais com pessoa idosa, foi otimizado o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Neste sentido, foi reconhecido o limite do papel e das competências profissionais quando os cuidados ou as necessidades dos indivíduos e das famílias requereram outro nível de perícia, conduzindo a processos de referenciação para outros profissionais e/ou equipas de saúde do ACeS, assegurando a segurança e qualidade. Esta referenciação foi necessária nas famílias 2, 5 e 6, em que os membros da família foram encaminhados para o projeto “trajetórias” da UCC para dar continuidade aos cuidados desenvolvidos relativamente ao diagnóstico de solidão.

Em relação ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) procurou-se manter uma boa relação terapêutica na equipa multidisciplinar, assente numa comunicação eficaz existente entre a equipa médica, de enfermagem e secretariado clínico, facilitando o processo de aquisição de competências. Participei ativamente e sempre que solicitada nas reuniões da equipa multidisciplinar, sentindo que esta relação me permitia sentir como elemento integrante na equipa.

Foram também desenvolvidas atividades que permitiram desenvolver as competências específicas do EEECESF que, segundo o Regulamento n.º 428/2018, são:

- ✓ Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- ✓ Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Assim sendo, e tal como preconizado para a primeira competência, a família foi perspectivada como unidade de cuidados, apostando na sua capacitação enquanto família como um todo, mas também nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital, ajudando, neste caso o idoso, a mobilizar as suas forças a adaptar-se às suas transições. Relativamente aos cuidados de enfermagem tendo como foco de atenção o membro da família foram reconhecidas necessidades de cuidados, identificados diagnósticos (equilíbrio comprometido, risco de queda, conhecimento não demonstrado sobre risco de queda, visão alterada, entre outros); planeadas e implementadas intervenções e avaliados os resultados atingidos.

Durante todo o estágio foi possível avaliar e intervir nas famílias de forma sistémica, encarada como uma rede intrincada de conexões, emoções e padrões comportamentais, tendo presente que cada um tem um papel preponderante na manutenção do todo e onde, mutuamente, os valores e dinâmicas existentes entre eles influenciam a vida de cada um. Desta forma, foi fundamental manter uma postura neutra em todas as famílias, bem como o compromisso interno pessoal, mantido ao longo de todo o meu contacto com as famílias, de exercer uma constante autoavaliação e autorreflexão da prática exercida para alcançar a eficácia das interações com as famílias.

Com o propósito de promover a saúde familiar, estabeleceu-se empatia com os diversos membros da família, de forma a respeitar o seu padrão de funcionamento familiar face à etapa do ciclo vital e capacitando-os no reconhecimento das suas forças e recursos, das suas necessidades e procura de soluções.

Desta forma, a avaliação e intervenção familiar foi realizada tendo como foco as famílias, sendo uma unidade de cuidados, reconhecendo o seu contexto individual, familiar, social e económico, de modo a responder às necessidades de forma eficaz. Assim, recorrendo à melhor evidência científica e ao raciocínio crítico, desde a recolha de dados e atividade diagnóstica foi possível formular diagnósticos, planejar as intervenções, implementá-las e avaliá-las, cumprindo todas as etapas do processo de enfermagem. Foram também implementadas algumas atividades para concretizar algumas intervenções com o recurso a técnicas de intervenção ativas: metáfora e reenquadramento. A escolha destas técnicas teve em consideração as particularidades de cada família, os diagnósticos e as necessidades de intervenção identificados. Estas técnicas exigiram maior preparação da minha parte, nomeadamente para facilitar uma melhor compreensão dos membros da família a transpor

para a sua realidade as técnicas utilizadas, mas foram fundamentais para o sucesso de algumas intervenções, traduzindo-se em mudanças no funcionamento familiar.

Existiu sempre a preocupação de manter um bom acolhimento, onde as famílias se sentissem confortáveis para partilhar as suas preocupações e sentimentos, sem receio de vergonhas ou julgamentos. Também foi assegurada a confidencialidade, segurança e dignidade dos membros das famílias, enaltecendo o processo de cada um e os progressos da família como um todo, reforçando a importância das forças e recursos existentes na família.

A entrevista familiar sistémica foi um instrumento crucial no processo de enfermagem, mais concretamente na atividade diagnóstica e na intervenção, uma vez que o recurso às diferentes questões estratégicas, lineares e reflexivas permitiu uma abordagem de forma aprofundada dos problemas das famílias e direcionou para novas atitudes. Durante a concretização deste estágio, a minha principal dificuldade foi na utilização de questões circulares, uma vez que esta foi realizada maioritariamente apenas com um membro da família, uma vez que se tratava de famílias unipessoais. No entanto, numa das famílias foi necessário recorrer a uma filha tendo sido possível aplicar este tipo de questões.

Também a matriz operativa do MDAIF foi utilizada por facilitar o aperfeiçoamento das competências para uma abordagem personalizada à família, centrada na adaptação e nos processos de transição, como referem Esteves et al., em 2018. Desta forma, este modelo ajudou a dar resposta às necessidades identificadas da família, através do reconhecimento e mobilização dos recursos familiares.

De uma forma global, a utilização dos instrumentos de avaliação familiar, a EFS e as técnicas transversais contribuíram para a perceção da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. A implementação de algumas intervenções de enfermagem traduziu-se na etapa mais exigente, uma vez que exigiu maior perícia em algumas atividades que concretizavam as intervenções, nomeadamente nas técnicas de intervenção ativas, como na metáfora. Este recurso, utilizado na família 2, depende da interpretação que o membro da família deu ao conto lhe foi descrito, para depois identificar os pontos comuns com a sua história, atribuindo-lhe um significado, para ajudá-lo na solução do seu problema. Assim, foi preciso assegurar que o membro da família identificou corretamente o seu ponto comum com o conto, encontrando a solução para a sua dificuldade.

Observando os diagnósticos mais prevalentes nestas seis famílias, constatou-se que a “precaução de segurança não demonstrada” e o “risco de queda” esteve presente em todas elas, enquanto a “solidão” esteve presente em metade das famílias.

Apesar da intervenção realizada no âmbito de risco de queda este diagnóstico manteve-se em três das seis famílias, pois não foi possível eliminar alguns fatores de risco existentes. Perante a ocorrência de uma queda nem sempre é possível atribuir a um determinado fator de risco, uma vez que estes, geralmente, interagem dinamicamente e estão sujeitos a grande mutação (OMS, 2021). Uma série de fatores demográficos, físicos, psicológicos médicos, socioeconómicos, ambientais, comportamentais e outros fatores de risco afetam o risco de queda, embora a idade avançada e o histórico anterior de quedas sejam talvez os principais preditores de quedas futuras em pessoas idosas (OMS, 2021).

Desta forma, com a minha intervenção foi possível modificar alguns fatores comportamentais, nomeadamente no que diz respeito ao uso de calçado e roupas apropriado. No que concerne à medicação utilizada pelos membros das famílias, apesar de existir polimedicação e todos eles apresentarem uma gestão do regime medicamentoso eficaz, este fator mantém-se como risco.

Relativamente aos fatores socioeconómicos, foi possível verificar uma ligeira melhoria ao nível das interações sociais, já que as famílias 2, 5 e 6 participaram no workshop desenvolvido e ingressaram o projeto da UCC. Mantiveram-se como forças o rendimento suficiente das famílias e o fácil acesso a serviços de saúde.

No que diz respeito aos fatores biológicos, a idade e as doenças crónicas não são passíveis de modificar, no entanto, as forças destas famílias consistiam na manutenção das capacidades cognitivas e em uma autogestão eficaz do regime terapêutico.

No que concerne os fatores ambientais, a iluminação da habitação, a utilização correta de tapetes, a circulação da casa livre de obstáculos foi possível modificar com a intervenção realizada.

A monitorização e avaliação dos resultados obtidos após a concretização dos cuidados às famílias possibilitou a avaliação dos ganhos em saúde de forma objetiva e permitindo reconhecer se o impacto das intervenções de enfermagem foi eficaz relativamente às suas necessidades.

Relativamente aos resultados obtidos pelas famílias traduzidos por mudanças no juízo do diagnóstico: “Precaução de segurança demonstrada”, observa-se que as ações desenvolvidas possibilitaram que todas as famílias com este problema adquirissem e utilizassem estratégias e comportamentos que contribuíram para a melhoria da segurança da residência e facilitassem o seu quotidiano.

No que concerne o diagnóstico “solidão” identificado no membro de algumas famílias, foram realizadas algumas intervenções, no entanto, como este apresenta vários fatores de risco, não é possível a alteração do seu status num curto espaço de tempo. Os principais fatores de risco para a solidão são: os contactos pouco frequentes com amigos e família, uma rede social reduzida, viver sozinhos, a insatisfação com as condições de vida, o divórcio e a viuvez (Cacioppo, 2014, como citado em Rodrigues, 2018). Assim, existiu a consideração da mobilização de outros recursos para a promoção da saúde à família, mais concretamente outros profissionais de saúde, tendo as famílias sido orientadas para um projeto da UCC para dar continuidade à intervenção iniciada. Esta orientação teve em consideração o consentimento e a reflexão com a família sobre os benefícios desses recursos para o seu bem-estar. Esta articulação estabelecida compreende a UC “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”, onde foi promovida a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, referenciada a família para outros profissionais de saúde, assegurando a continuidade de cuidados. A UCC revelou ser a estratégia mais próxima e eficaz atendendo à evidência científica e aos recursos disponíveis na comunidade. Pois, segundo Pinazo, 2020, as diferentes estratégias de solidão podem agrupar-se em quatro tipos, tendo em conta os seus objetivos: as que aumentam as competências sociais, as que pretendem fortalecer o apoio social, as que fomentam os momentos de interação social e as que fornecem treino sociocognitivo. De acordo com as revisões sistemáticas analisadas pela mesma, as intervenções mais eficazes na solidão nos idosos são as de grupo com atividades de apoio e educativas destinadas a grupos específicos, apoiadas nos recursos comunitários existentes, tal como a existente na UCC que os membros da família integraram.

No que diz respeito à segunda competência: “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, além da unidade de competência (UC) acima mencionada foi desenvolvida a segunda UC “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº 428/2018). A concretização desta UC foi possível através da realização das formações em serviço e da participação em eventos de congresso. As sessões de formação realizadas pretenderam fomentar e incentivar a documentação dos cuidados de enfermagem no Programa de Saúde da Família, contribuindo assim para a promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais”. A inexistência de registos ou a sua não uniformização dificultam a monitorização dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos, que se podem traduzir em menor segurança, menor qualidade e eficácia dos cuidados de

enfermagem prestados às famílias. Desta forma, com o incentivo da implementação dos registos de enfermagem pretendeu-se aperfeiçoar a transmissão de informação na equipa, para uma eficaz continuidade dos cuidados, mas também capacitar e incentivar a equipa para que os seus cuidados prestados se reflitam na documentação realizada. Desta forma, foram utilizados sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar”. Com a avaliação dos resultados obtidos resultantes do processo formativo e do acompanhamento dos enfermeiros na documentação dos cuidados, conseguiu-se uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, enquanto área especializada. Também a utilização dos sistemas de informação, nomeadamente o Clínico- CSP para documentar os cuidados prestados às famílias, contribuiu para a utilização das as tecnologias de informação e comunicação com vista a promoção e a visibilidade do conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

5. CONCLUSÃO

A concretização do presente relatório pretendeu apresentar a exposição de um percurso formativo relativamente à prestação de cuidados às famílias unipessoais com pessoa idosa e às atividades realizadas que possibilitaram o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar. Incluiu também as atividades centradas nas competências comuns, concretamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Este percurso foi alicerçado no estudo e na apropriação de referenciais teóricos que revelaram ser norteadores da prestação de cuidados à família e seus membros para intervir de forma eficaz ao nível dos diversos níveis de prevenção. Deste modo, com a utilização do MDAIF foi possível concretizar uma abordagem sistémica, dinâmica e flexível às famílias. A avaliação dos critérios de diagnósticos, a identificação dos mesmos e as intervenções sugeridas por este referencial teórico conduziram à utilização de técnicas transversais e específicas relativamente às atividades que concretizaram as intervenções, tendo fomentado o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais e relacionais. Também a teoria das transições foi recrutada, atendendo à abordagem sistémica à família, para fundamentar, interpretar e intervir na mesma de acordo com a natureza, as condições da transição e padrões de resposta vivenciados.

A prestação de cuidados ao idoso que mora sozinho em contexto de saúde familiar é complexa e desafiante, na medida em que o ambiente da pessoa idosa e da família deve ser corretamente avaliado e prestados cuidados antecipatórios, assentes na melhor evidência científica. Também a continuidade de cuidados é fundamental, sendo necessário ter em atenção que, muitas vezes os idosos recorrem a diversos prestadores de cuidados. Assim, é imprescindível a articulação de cuidados e a correta documentação dos cuidados prestados para assegurar esta continuidade.

Os resultados das intervenções implementadas devem ser passíveis de avaliação para uma monitorização dos ganhos em saúde e valorização do nosso trabalho. Todos estes aspetos são fundamentais e devem ser cuidadosamente planeados pois o número de idosos a residirem sozinhos tem vindo a aumentar, sendo essencial reconhecer as potencialidades das famílias e da sociedade. Desta forma, é imperioso despertar os profissionais de saúde para

esta área de forma mais integrativa mais biopsicossocial, suportado na teoria familiar sistémica.

É essencial por parte dos enfermeiros uma alteração de paradigma no cuidar, orientando-os para uma atitude mais focada na interação entre a família, o idoso e o enfermeiro, com uma participação ativa de todos, com o objetivo de gerir com sucesso as necessidades de saúde das famílias que integram idosos, valorizando as suas forças.

Desta forma, é imprescindível a investigação relativa aos processos de adaptação das famílias unipessoais com pessoa idosa, nomeadamente os fatores relacionados com a qualidade de vida e as variáveis que influenciam o funcionamento familiar. Esta avaliação seria importante para identificar as forças e oportunidades do ambiente externo e interno permitindo o desenvolvimento estratégico necessário para a mudança de comportamentos dos enfermeiros e aumentar os ganhos em saúde das famílias. Neste sentido, ao melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias, elementos fundamentais da sociedade, ao capacitá-las para os desafios inerentes ao ciclo vital, estaríamos a preparar igualmente a sociedade, como forma de obter um futuro mais saudável e justo.

Nestas seis famílias foi transversal o diagnóstico “precaução de segurança não demonstrada”, o que reflete a necessidade de preparar as famílias para ter uma casa segura, de modo a evitar as quedas. A nível individual, o membro da família de metade das famílias apresentou solidão. A prevalência de solidão em Portugal atingiu um valor de 14,9% nas pessoas com mais de 60 anos de idade e aumenta com o avançar da mesma (Rodrigues, 2018). Habitualmente está relacionada com as perdas sucessivas que ocorrem no envelhecimento, como a reforma, saída dos filhos de casa e com políticas de envelhecimento ativo e valorização da pessoa idosa. Numa das famílias verificou-se que existência de perda dos dois filhos, o que constituiu um fator agravante das perdas, e em todas elas confirmou-se a inexistência de preparação da reforma e manutenção do envelhecimento ativo. Em Portugal, as políticas de envelhecimento ativo diferem de região para região, sendo pouco personalizadas e a oferta limitada, ou até com custo elevado (Rodrigues, 2018). De facto, a maioria das famílias desconhecia os recursos existentes na comunidade, sendo necessário sensibilizar os enfermeiros a ter um papel mais eficaz na preparação para o envelhecimento ativo da população. De igual forma, é necessário motivar os enfermeiros e dotá-los de competências para que seja possível demonstrar e analisar através de indicadores, as necessidades de cuidados das famílias bem como os resultados das intervenções de enfermagem. Para que esta mudança aconteça, é fundamental existir uma correta

documentação dos cuidados de enfermagem prestados. No entanto, existem diversos fatores que interferem no exercício profissional dos enfermeiros, fazendo com que essa documentação não tenha a prioridade necessária. Na USF onde decorreu o estágio foi identificada a falta de tempo como fator primordial para a não concretização de uma documentação eficaz de todos os cuidados prestados. De facto, nos últimos anos verificou-se um acréscimo de tarefas de âmbito mais organizativo, como a realização de atas, pedidos e receção de material, entre outros, que ocupam grande parte do tempo dos enfermeiros. Com as sessões de formação realizadas na USF não foi resolvida a questão do tempo relativamente à documentação, no entanto, foram dadas estratégias às profissionais para a concretizar de forma mais rápida e eficaz.

Atendendo aos fatos explanados, foram atingidos os objetivos inicialmente designados, considerando ter desenvolvido competências comuns e específicas enquanto EEECESF no cuidar das famílias unipessoais com pessoa idosa. Apesar das dificuldades encontradas, nomeadamente na gestão do táxi para domicílios, uma vez que era partilhado com outra unidade, obrigando a uma exigente gestão do tempo. Esta concretização foi possível graças ao excelente acolhimento proporcionado por todos os profissionais da USF onde decorreu o estágio, onde sempre me foi permitido participar e expor a minha perspetiva. Também o acolhimento por parte das famílias constituiu uma força importante, pois receberam-me prontamente nas suas casas e partilharam as suas forças e angústias comigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Nº, 23, pp.27-30. https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/5281891/mod_resource/content/1/RPCG_Ecomapa.pdf
- Almeida, P. K. P., Sena, M. R. C., Junior, J. M. P., Dantas, J. L. L., Trigueiro, J. C., Nascimento, E. G. C. (2020). Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. *Ver. Bras. de Geriatr. Gerontol.*(23), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200225>
- Almeida, M et al. (2021). Competências em enfermagem gerontogeriatrica: uma exigência para a qualidade do cuidado. Série monográfica educação e investigação em saúde, Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/escola superior de enfermagem de Coimbra (ESEnC)
- Amaral, M. (2017). *Viver sozinho depois dos 80: perfil de saúde e atitudes face à vida sensíveis a cuidados de enfermagem*. [Tese de mestrado, Instituto de ciências da saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/29899>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, nº 25, pp 59-66. <https://run.unl.pt/handle/10362/95522>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Alimentação no Ciclo de Vida - Alimentação na pessoa idosa, Coleção E-books APN, nº 31. 2013. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_1doso.pdf (E-book)
- Azevedo, P. A. C., & Modesto, C. M. S. (2016). A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde em Debate*, 40(110), 183-194. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611014>
- Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., Henriques, M. A. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-10. [Doi.org/10.18471/rbe.v34.34861](https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861).
- Barbosa, J. et al. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Geriat. Geronto*, nº 10, 383-388. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.100310>
- Bentes, A. et al. (2021). Papéis desempenhados por pais idosos e filhos na velhice: revisão integrativa de literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 321-337 DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i3p321-337>

Boltz, M., Capezuti, E. A., Zwicker, D., Fulmer, T. (2020). *Evidence- Based Geriatric Nursing protocols for Best Practice*. Springer Publishing Company. [Doi.org/10.1891/9780826188267](https://doi.org/10.1891/9780826188267).

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica portuguesa. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

Calles, A. C., Vieira, S. C. A. L., Granja, K. S. B., & Exel, A. L. (2015). Força muscular associada ao processo de envelhecimento. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-Unit-Alagoas*, 3(1), 93-102;

Cantante, A. et al. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciênc. saúde coletiva* 25,261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Caradec, V. (2016). "Da terceira Idade à idade avançada: a conquista da velhice", em Goldenberg, M. (2016). *Velho é lindo*. 11-39. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Cardona, I. L. G, Osório, Y. L. S. (2015). Uso de la metáfora en la terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25757w/S2_R4.pdf

Cirigola HF, Lope, CFR, Guimaraes DP, Martini GMN, Miranda EMF, Suga CM, Takata, C. Indicadores em saúde. *Estudantes para Melhores Evidências*. Cochrane. <https://eme.cochrane.org/indicadores-em-saude-medidas-de-freuencia/>

Coelho, V. (2019). *O fenómeno do sono na pessoa idosa: consulta de enfermagem para centros de dia*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31639/1/O%20fen%C3%B3meno%20do%20sono%20na%20pessoa%20idosa_consulta%20de%20enfermagem%20para%20centros%20de%20dia.pdf

Costa, F. et al. (2015). Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Texto Contexto Enferm*, nº 24, 818-825. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002730014>

Cuopos, L: (2021). *Quedas em idosos – conhecer para prevenir*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de castelo Branco]. Repositório do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5512>

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, a9, 139-156. Doi: 10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140

- Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas. (2016). Formação profissional na administração pública: avaliação do impacto da formação na administração pública. Instituto Nacional de Administração. <https://www.ina.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde - Portugal 2019-2021. In D.-G. da Saúde (Ed.), Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- DGS (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*, norma nº 8/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Dutra, H. S., Mendes, S. E., Carneiro, S. M., Costa, F. M., Barbosa, R. C., Ribeiro, L. C. (2016)- Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Federal Fluminense University, 2016, 15, 351 – 360
- Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI, Castell MV, Queipo R, Otero A. (2016). Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados [Consumption of drugs in over 65 in Porto (Portugal) and risk of potentially inappropriate medication prescribing]. *Aten Primaria*. 2016; 48(2):110-20. Spanish
- Esteves, I., Bica, I., Cunha, M., Aparício, G., Ferreira, M., Martins, M. H. (2018). A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. *Revista de Enfermagem de saúde mental*, 6, 9-16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0207>
- Figueiredo, M. H. J. S., Martins, M. M. F. P. S., Oliveira, P. et al. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista temática Kairos Gerontologia*, nº14, 11-22. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Madeira, A. C. S. C. M., Reis, A. M. S. S. C., Santos, M. I. M. P., Santiago, M. C., Ferreira, M. M. H. P., Dias, H. M. P. S. (2022). Aprendizagem do cuidar a família na comunidade: usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar. *Revista de Enfermagem referência*, série VI, nº 1. 1-8. DOI: 10.12707/RV21073
- Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P., Subtil, C. (2023) A enfermagem de saúde familiar in. *Enfermagem de Saúde Familiar*. Editora Lidel. Figueiredo, M. H., Nené, M., Sequeira, C.
- Figueiredo, M. H., Vitor, C., Ferreira, M. M. (2023). Ambiente familiar. In *Enfermagem de Saúde Familiar*. Editora Lidel. Figueiredo, M. H., Nené, M., Sequeira, C.

Figueiredo, M. H., Silva, M. M., Kraus, T. (2023). Ciclo vital da família. In Enfermagem de Saúde Familiar. Editora Lidel. Figueiredo, M. H., Nené, M., Sequeira, C.

Figueiredo, M. H., Rego, R., Vitor, C. (2023). Instrumentos de avaliação familiar. In Enfermagem de Saúde Familiar. Editora Lidel. Figueiredo, M. H., Nené, M., Sequeira, C.

Filho et al. (2020). Versão brasileira do Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): tradução, adaptação transcultural, validação e confiabilidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 23, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190180>

Fundação Francisco Manuel Santos (FFMS) (2019). População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Fundação Francisco Manuel Santos. (FFMS) (2020 a), 26 de janeiro). Indicadores de envelhecimento. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Fruett, A. (2015). *Longeviver, o inconsciente no declínio da vida*. Premiums.

Gaio et al. (2023). A relação terapêutica de enfermeiro e cliente ou família nos cuidados de enfermagem num serviço de cirurgia, hospital nacional Guido Valadares Dili, Timor-Leste. <https://ajmccr.com/index.php/pub/article/view/113>

Góis, D. (2017). *Projeto de Intervenção Pintar sorrisos: Vivências subjetivas na arte de cuidar idosos no seio familiar: O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação.

Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M. P., Gomes, B. A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. In Gerontechnology, 213–218. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_21

Hanson, S. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação (2a ed.). Lusociência

International Council of Nurses. (2023). International Classification for Nursing Practice – Browser, 2019 release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnpbrowser>.

INE (2023). *O que nos dizem os censos – sobre as estruturas familiares*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=593066534&DESTAQUESmodo=2

- INE (2017). [Projeções de população residente 2015-2080.](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y)
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Saúde dr Ricardo Jorge, INSA (2015). Infográficos INSA – Obesidade infantil e nos adultos. <https://www.insa.min-saude.pt/infograficos-insa-%E2%94%80-obesidade-infantil-e-nos-adultos/>
- Instituto Nacional de Saúde dr Ricardo Jorge, INSA (2015). Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal – resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015), 7, 34-38.
- Instituto Nacional de Saúde dr Ricardo Jorge, INSA (2015). Infográfico INSA – Hipertensão. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-hipertensao/>
- José, H.; Gomes, I. (2021). Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriatrico, capítulo IV, in M.L.F. Almeida, J.A. Tavares & J.S.S. Ferreira (Coord). (2021) *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica, Uma Exigência Para a Qualidade do Cuidado. Série monográfica educação e investigação em Saúde.* (pp 95- 113). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). CA Family health care nursing: Theory, practice, and research (6th ed.). David Plus.
- Leonello, V. M., Vieira, M. P. M., Duarte, T. C. R. (2017). Competências para a ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de enfermagem*, nº71, 1136-1142. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0390>
- LUSARDI, Michele et al. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 40, 1-36, 2017. DOI: 10.1519/JPT. 0000000000000099
- LUTZ, Bárbara Heather et al. Potentially inappropriate medications among older adults in Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 1-12, 2017. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051006556.
- Maia, L., Colares, T., Moraes, E., Costa, S., Caldeira, A. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de saúde Pública*, nº 54, <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2nd.). *John Wiley & Sons*.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. Vol.23 (1), 12-28.
https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. *New York: Springer publishing company*

Mehrabi, F., & Béland, F. (2021). Frailty as a moderator of the relationship between social isolation and health outcomes in community-dwelling older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–18.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041675>

Mendes, F., Pereira, J., Gemito, L., Miranda, F., Gilson, T. (2022). Distúrbios do sono e quedas em idosos. No livro: aspetos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano (141-153)

Mendes, F. R. P., Gemito, M. L., Caldeira, E. C., Serra, I. C., Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciênc. saúde colet.* 841- 853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

Ministério da saúde. (2023). Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República n.º 125, série I de 7 de novembro, páginas 4-20.

Ministério da saúde. (2018). Decreto-Lei nº 135/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135, série I de 16 de julho, páginas 19359-19370

Ministério da saúde. (2014). Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República n.º 118, série I de 5 de agosto, páginas 4069-4071.

Ministério da saúde. (2007). Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto. Diário da República n.º 161/2007, série I de 22 de agosto, páginas 5587-5596

Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/publicacoes/livros>

MORENO, C. R. C., Santos, J. L. F., Lebrão, M. L., Ulhoa, M. A., Duarte, Y. A. O. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 21, 2, 2018.

OMS (2023). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

- OMS (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/978924002191-4>
- Organização Mundial de saúde - OMS. (2018). Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- ONU (2019). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Ordem dos enfermeiros (2016). Enfermagem de reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 – II Série
- OZEN, B.; DEMIR, G. (2020) A. Determinant for Falls and Risk Factors in the Elderly: Daytime Sleepiness. *International Journal of Caring Sciences*, v. 13,1, 732-737, https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/81_ozen_original_13_1.pdf
- PAPALÉO NETO, Matheus. Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, 3-13.
- Pascoal, M., & de Souza, V. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de Enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536-553. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1408>
- Pasternak, S. (2016). Habitação e Saúde. *Estudos avançados*, 30 (86). <https://www.scielo.br/j/ea/a/CHFXfxZBNt7kyDWRtSfXQFF/?format=pdf&lang=pt>
- Penetro, F. (2017). As representações sociais sobre o processo de envelhecimento de idosos beneficiários do serviço de apoio domiciliário e de idosos residentes em estrutura residenciais. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório do Instituto Superior de serviço Social do porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/19150>
- Pereira, M. (2019). A interação social do idoso de 80 ou mais anos – uma revisão integrativa. [Tese de mestrado] <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/22397/2/Mayt%C3%AA%20Anelone%20Pereira.pdf>
- Pereira, R. (2009). La devolución en terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*. 8, 1–19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830260>

Perseguino, M. G., Horta, A. L. M., Ribeiro, C. A. (2017). A família frente a realidade do idoso morar sozinho. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 251-257. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>

Pinazo, S. (2020). O desafio da solidão nas pessoas idosas. Capítulo 7. Fundação “La Caixa”

Pinto, M. et al. (2021). Versão portuguesa da europa da escala de fragilidade clínica: estudo de tradução, adaptação cultural e validação. *Acta médica portuguesa*, 34, 749-760. <https://doi.org/10.20344/amp.14543>

Pocinho, R., Belo, P., Silva, C., Pardos, E. N., Munoz, J. F. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição. *Revista Lusófona de educação* 25, 11-25. doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle37.01

Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Relvas, A. P., Major, S. (1996). Avaliação Familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação, volume II. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Relvas, A. (2000). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Edições Afrontamento.

Relvas, S. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>

Ribeiro, M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Sinais vitais*, 129, 29-41. <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>

Rocha, A., Silva, A., Araújo, C., Peneda, L., Felícia, P., Gonçalves S., Quesado, A., Ferreira, A. (2020). Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em saúde*, 31, 79-89. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.72>

Rodrigues, C. M. N. C., Amaral, A. F. S., Tavares, J. P. A. (2023). A pessoa dependente, o cuidador familiar e os recursos utilizados: estudo com famílias clássicas. *Revista de enfermagem de referência*, 2, 1-7. DOI: 10.12707/RVI22071

- Rodrigues, R. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34, 1-5. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., Dias, C. Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta médica Portuguesa*, 32, 30-37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., Doas, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional em Saúde com Exame físico. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 32, 30-37.
- Santos, M. S. R. (2018). *A Importância da Literacia em Doença Mental do Idoso para a Sobrecarga do Familiar cuidador*. [Tese de mestrado, Repositório da Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23419/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Psiqui%C3%A1trica%20-%20Madalena%20Sofia%20Rodrigues%20dos%20Santos%20-%20A%20import%C3%A2ncia%20da%20literacia%20em%20doen%C3%A7a%20mental%20do%20idoso....pdf>
- Santos, E. J. (2019). *Da Avaliação Familiar Ao Processo De Enfermagem À Família – Construção De Um Programa De Desenvolvimento De Competências* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório IC-Online, Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.
- Sequeira, J. (2020). A escultura familiar: aplicações terapêuticas nas terapias sistémicas. *Nova Perspectiva Sistémica*, 29,(68),19-30. DOI:<https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A., Almeida, G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., Mello, M. T. (2007). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 14 (2), 88- 93. [Consult. 10-7-2009]. <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.
- Silva, J. (2013). *Famílias multidesafiadas em contextos de pobreza: vulnerabilidades e forças familiares refletindo acerca da intervenção*. [Tese de mestrado, Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia] Repositório da Universidade de Lisboa https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9850/1/ulfpie044764_tm.pdf
- Sposito, G., Neri, A. L., Yassusa, M. S.(2016). Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 19, (1), 7-20.

STOLT, L. R. O. G., Kolish, D. V., Cardoso, M. R. A., Tanaka, C., Vasconcelos, E. F. S., Pereira, E. C., Dellu, M. C., Pereira, W. M. P., Aldrighi, J. M., Schmidt, B. (2020). Accidental falls in middle-aged women. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 54, 141.

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., Tomás-Aguirre, F (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of Community Psychology*, 47(5), 1225–1234. <https://doi.org/10.1002/jcop.22184>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

Zordan, E. P., Delatorre, R., Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos, modelos e técnicas de intervenção. *Revista perspectiva*, 136, 133-142. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf

Zuluaga, M., Mesa, S., Valência, J. & Bustamante, A. (2019). A metáfora na terapia familiar: fundamentos para a intervenção. *Jornal da Faculdade de Serviço Social*, 35 (35), 80-105.

ANEXOS

ANEXO I

(Escala de Notação Social da família – Graffar adaptado, de Amaro, 2001)

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courmer, Septembre, 1956, Vol. VI - nº 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

ANEXO II

(Pedido de autorização para utilização da HOME FAST)

instrument - authorization request ▾



Nisa Silveira <nisasilveira@gmail.com>

09:55 (há 0 minuto) ☆ ↶ ⋮

para Lynette.Mackenzie ▾

Dearest

Team Mackenzie, L., Higginbotham, N., Byles, Julie

I am Nisa Silveira, a Master's student in Nursing at ESEP School in Porto, Portugal. During my master's degree, I am developing a project related to the risk of falls in elderly people who live alone. With the present work, I intend to identify the risk of falling through the Home Falls and Accidents Screening Tool Assessment Instrument.

Therefore, I am hereby required to use the Home FAST Instrument developed by your team.

Thank you in advance for your attention and Kindness.

Best regards

Nisa Silveira

ANEXO III

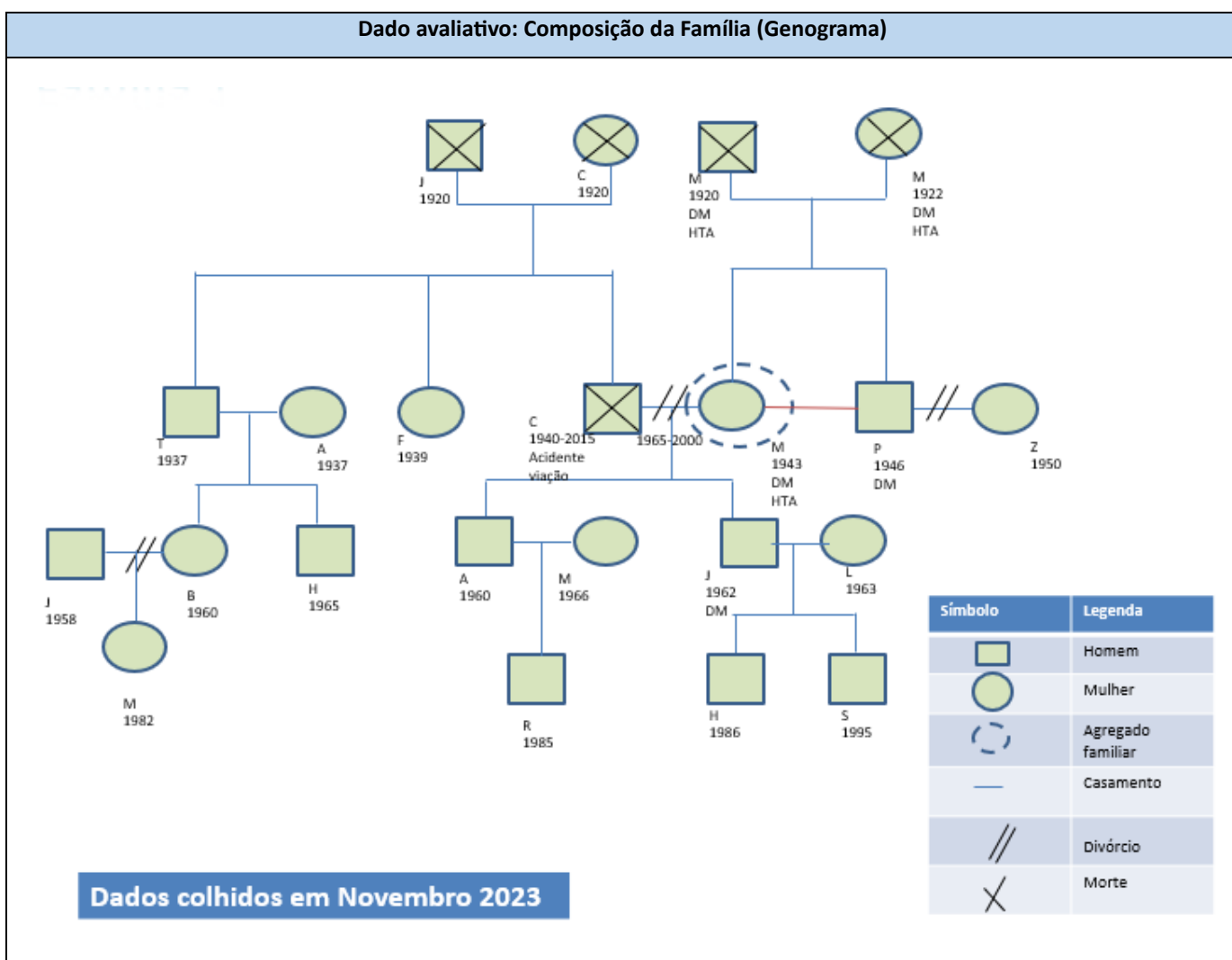
(Plano de cuidados das famílias não abordadas no relatório)

Família 1

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

Estrutural	Desenvolvimento	Funcional
Rendimento familiar	Satisfação conjugal	Papel prestador de cuidados
Edifício residencial	Planeamento familiar	Processo familiar
Precaução de segurança	Adaptação à gravidez	
Abastecimento de água	Papel parental	
Animal doméstico		

A- DIMENSÃO ESTRUTURAL



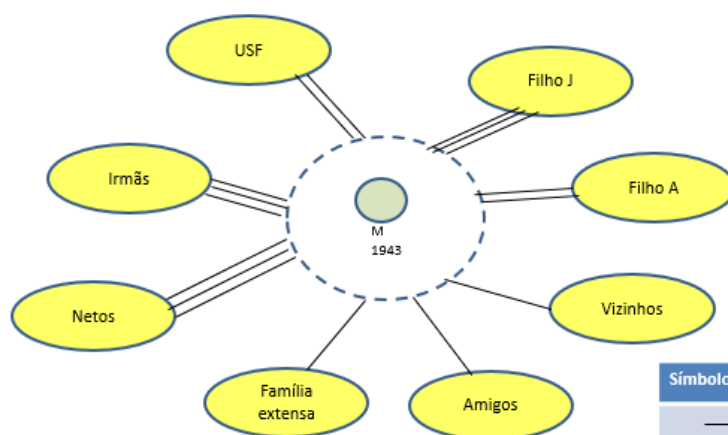
Dado avaliativo: Tipo de Família

Família unipessoal

Dado avaliativo: Família Extensa

Tipo	Nome(s) A, J
Pessoal	X
Telefónico	X
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	A
Quinzenal	
Mensal	J
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	A, J
Apoio emocional	A
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	A
Ajuda material e de serviço	A

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



Símbolo	Tipo de relação
—	Relação fraca
==	Relação boa
===	Relação excelente
Am	Relação conflituosa

Dados colhidos em Novembro 2023

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↓ 9	4 ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↓ 13	8 ↓ 10	4 ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↓ 17	11 ↓ 13	7 ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↓ 21	14 ↓ 16	10 ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↓ 25	17 ↓ 20	13 ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
<p>Atividade Diagnóstica</p> <p>Avaliar Rendimento Familiar</p>	<p>- Origem do rendimento familiar: reforma; graffar IV –classe social média baixa</p> <p>- Conhecimento e capacidade Demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares</p> <p>A utente que o seu rendimento familiar é suficiente para fazer face a todas as despesas, como sejam de habitação, alimentação, medicação e outras despesas. Refere, ainda, ter um mealheiro onde deposita todos os meses o excedente de dinheiro para algum imprevisto</p>

	possa surgir ou atividade extra de lazer. Refere nunca ter precisado de recorrer a ninguém por falta de dinheiro para poder adquirir algum bem ou serviço de que tenha necessitado.
CrITÉrios diagnÓsticos	Graffar grau IV Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares Conhecimento demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
DiagnÓstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade DiagnÓstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação: 4 - andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível - Higiene da Habitação Presente
CrITÉrios diagnÓsticos	<u>Edifício residencial Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 Conhecimento sobre riscos de edifício residencial demonstrado. <u>Edifício residencial não negligenciado</u> Se Higiene da Habitação presente Conhecimento sobre governo da casa demonstrado Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional demonstrado
DiagnÓstico	Edifício residencial Seguro Edifício residencial Não Negligenciado

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade DiagnÓstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Existência Barreiras arquitetónicas: escadas para acesso à habitação, embora seja um R/C tem cerca de 7 degraus até à porta da habitação - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência de Aquecimento: elétrico, colocado na divisão pretendida. Tem conhecimento sobre a utilização do equipamento. - Ausência de Abastecimento de gás - Presença de tapetes sem rede anti-derrapante em todas as divisões da casa
CrITÉrios diagnÓsticos	<u>Prevenção de Segurança demonstrada,</u>

	<p>Conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas</p> <p>Conhecimento demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento</p>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada
Intervenções Sugeridas <u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	<p>Ensinar sobre precaução de segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários
Resultados	O membro da família rede antiderrapante em todos os tapetes da casa.

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de <u>abastecimento de água</u> : rede pública
Critérios diagnósticos	Abastecimento de água adequado: Existência de abastecimento de água pela rede pública Sistema de tratamento de resíduos pela rede pública
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<p><i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i></p> <p>- Existência de <u>Animal doméstico: cão (Teko)</u></p> <p>- Existência de Vacinação: o animal doméstico encontra-se com o plano de vacinação cumprido.</p> <p>- Existência de Desparasitação: o cão apresenta a desparasitação de acordo com o estipulado.</p>

	<p>- <u>Outros dados:</u></p> <p><i>O cão encontra-se limpo e habitualmente dorme num canto da sala. O espaço circundante encontra-se devidamente higienizado.</i></p>
Critérios diagnósticos	- A D.M apresenta conhecimento sobre a higiene e desparasitação do seu do seu animal de estimação.
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	Ambos os filhos da utente já saíram de casa da mesma. Mantém as relações com a família de origem	Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental
	Fundamentação	

	<p><i>Existem três tarefas principais a realizar pela família nesta fase. São elas: facilitar a saída dos filhos de casa, redefinindo, conseqüentemente, a vida do casal; reavaliar e renegociar a relação de casal, considerando a vida profissional e a individualidade de cada um dos membros; aprender a lidar com o envelhecimento, articulando entre a dependência e a independência de gerações diferentes, a dos seus pais e a dos seus filhos, respetivamente. Este fenómeno é denominado na literatura de inversão da hierarquia geracional.</i></p>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>Como correu a saída dos seus filhos de casa quando constituíram eles próprios a sua família? Que estratégias utilizaram?</i></p> <p><i>Que aspetos lembra que lhe tenham marcado?</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>A D. M conta que quando foi o primeiro filho a sair de casa custou menos, porque ainda tinha o outro em casa.</i></p> <p><i>Quando saiu o segundo, foi “aquela sensação de vazio”... O que vamos fazer agora? Na altura, ainda casada, tentaram apoiar-se um no outro, mas a relação entre os dois já estava tão desgastada que se separaram, entretanto.</i></p> <p><i>A D. M não voltou a refazer a sua vida e sente-me muito bem sozinha.</i></p>
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>Tem algum tipo de contacto com a família das suas noras?</i></p> <p><i>Costuma ter momentos de convívio com as suas noras, netos e outros familiares?</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>A Srª M refere falar algumas vezes por mês com as noras e netos, sendo que tem um convívio mais próximo com o neto H.</i></p>
	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	

Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	
	Atividade diagnóstica <i>Têm algum contacto com a família das suas noras?</i> <i>Sente-se satisfeita com a relação que mantêm?</i>	Resultados <i>Habitualmente nas festas de aniversário ou outros convívios familiares, tem contacto com a família das noras, que descreve como sendo uma boa relação.</i> <i>Sente-se satisfeita com a mesma.</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
	Atividade diagnóstica <i>Como descreveria a sua relação com as suas noras? Porquê?</i> <i>Sente-se satisfeita com a relação que mantêm?</i>	Resultados <i>A D. M diz que teve muita sorte com as noras. Não “me meto na vida dos meus filhos e noras, nem eles na minha”. Sinto que posso contar com elas se precisar, como se fosse com os meus filhos.</i>
	Fundamentação	
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado/ Comportamentos de adesão demonstrado / Consenso do papel sim / conflito do papel não /Saturação do papel não

Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
4. Quem desempenha Papel Recreativo? D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
5. Quem desempenha Papel de Parente? D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>Quem contribui para o rendimento das necessidades da família?</i>	Resultados <i>A D. M recebe a sua própria reforma.</i>

<u>Papel</u>		
<u>provedor</u>	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.2- Papel gestão financeira eficaz	
Diagnóstica	Atividade diagnóstica	Resultados
do item	Quem faz a gestão dos rendimentos da família?	A D. M refere que até ao momento sente-se capaz de gerir os rendimentos da família. Ainda não precisou de ajuda e diz que no momento em que sentir essa necessidade, irá falar com o filho mais novo, de quem sente mais proximidade e disponibilidade.
<u>Papel gestão financeira</u>	Necessita de ajuda para o fazer?	
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz	
Diagnóstica	Atividade diagnóstica	Resultados
do item	<i>Quem realiza as tarefas domésticas?</i>	<i>A D. M refere que é ela quem realiza estas tarefas. Para já, consegue fazê-las sem dificuldade, uma vez que é a única a sujar, o que se torna mais fácil. Já conversou com o filho mais novo que tratará de contratar alguém quando esta não se sentir capaz de realizar estas tarefas.</i>
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Necessita de ajuda para as realizar?	
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz	
Diagnóstica	Atividade diagnóstica	Resultados
do item	<i>Como costuma ocupar os seus dias?</i>	Durante a semana distrai-se muito a fazer “malhas”, mas aproveita sempre que pode dar uma caminhada a pé com duas vizinhas.
<u>Papel Recreativo</u>	<i>Costuma planear algum convívio com alguém?</i>	
	<i>Tem por hábito sair para conviver com algum amigo (a), vizinho ou outro?</i>	
	<i>Quais são os seus hobbies? Que atividades gosta de fazer?</i>	
	Fundamentação	
	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	Costuma estar presente em algum momento durante a semana com algum familiar?	A D. M mencionou que habitualmente ao fim de semana costuma almoçar no filho mais novo. Com o outro filho, o contacto preferencial é o telefónico, uma vez que reside mais longe e tem menos disponibilidade.
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis eficaz se: Interação de Papéis Familiares não conflitual se:	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional: <ul style="list-style-type: none"> • Interação de Papéis eficaz e não conflitual
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar funcional

Avaliação e intervenção sistémica realizada com o membro da família

Focos/áreas de atenção estimadas de acordo com a literatura

Foco	Autocuidado	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
	Aplicação da escala de Barthel	A D. M encontra-se totalmente independente, tendo obtido 100 pontos nesta escala.

Foco	Queda	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
		<p>A utente utiliza calçado inadequado em casa</p> <p>A utente teve uma queda há 3 meses fora de casa, em que refere ter tropeçado num passeio</p> <p>Refere não ter medo de cair</p> <p>Utilizava calçado inadequado em casa</p> <p>TUG 10 segundos</p> <p>Utente não acendia a luz para se deslocar de noite ao WC</p>

Diagnóstico:	Conhecimento Não demonstrado sobre Risco de queda
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	<p>Ensinar sobre prevenção de queda</p> <p>Ensinar sobre o tipo de calçado:</p> <p>Revisitar com o utente o histórico de quedas e o motivo</p> <p>Identificar, com o utente, fatores ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão) e comportamentais como tipo de calçado e iluminação</p> <p>Identificar com o utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda</p> <p>Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa</p> <p>Incentivar a utilização de calçado seguro</p> <p>Ensinar sobre possibilidade de cair pelo facto de os animais domésticos, por vezes, circularem muito próximos às pernas das pessoas, fazendo-os cair</p>
Resultados	O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de queda e apresentava calçado adequado

Foco	Gestão do regime medicamentoso	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
	<p>1- Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso</p> <p>2- Avaliar capacidade para</p>	<p>A D. M. apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conhecimento sobre o regime medicamentoso • capacidade para gerir o regime medicamentoso

	gerir o regime medicamentoso
Diagnóstico	<u>Gestão do regime medicamentoso demonstrada</u>

Foco	Visão
Critérios diagnósticos	Visão alterada se <ul style="list-style-type: none"> • Alteração no teste de <i>Snellen</i>
Diagnóstico:	Sem visão comprometida

Foco	Audição	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Questionar se sente que ouve mal? Se costuma colocar o som da tv ou outros dispositivos alto? Se alguma vez alguém, em conversa, lhe disse que lhe parecia que ouvia mal Se alguma vez realizou algum teste auditivo?	Resultados A D. M. refere nunca ter sido alertada por ninguém por não ouvir uma conversa, ouvi sempre as questões sem necessitar de falar mais alto ou repetir

Critérios diagnósticos	Audição alterada se <ul style="list-style-type: none"> •
Diagnóstico:	Sem audição comprometida

Foco	Ingestão nutricional	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar risco de ingestão nutricional (Martins, 2016) <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC <20,5 ○ Perdeu peso nos últimos 3 meses ○ Reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ O utente está severamente doente 	Resultados <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC 28,5 ○ Não houve perda de peso nos últimos 3 meses ○ Não reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ Não se encontra severamente doente.

Critérios diagnósticos	Risco de compromisso da ingestão nutricional se: <ul style="list-style-type: none"> ● IMC <20,5 ● Perdeu peso nos últimos 3 meses ● Reduziu a ingestão alimentar na última semana ● O utente está severamente doente
Diagnóstico:	Sem risco de compromisso da ingestão nutricional

Foco	Solidão	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar solidão <ul style="list-style-type: none"> ● Sinais de solidão? ● Expressão de isolamento social ● Expressão de ser incompreendida ● Expressão de exclusão ● Dificuldade em estabelecer 	Resultados A utente não apresentou nenhum destes sinais

	contacto com outras pessoas	

Diagnóstico:	Solidão ausente
---------------------	-----------------

Foco	Tristeza	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar tristeza <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento 	Resultados A utente não apresenta nenhum destes sinais

Critérios diagnósticos	Tristeza presente se: <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento
Diagnóstico:	Tristeza - ausente

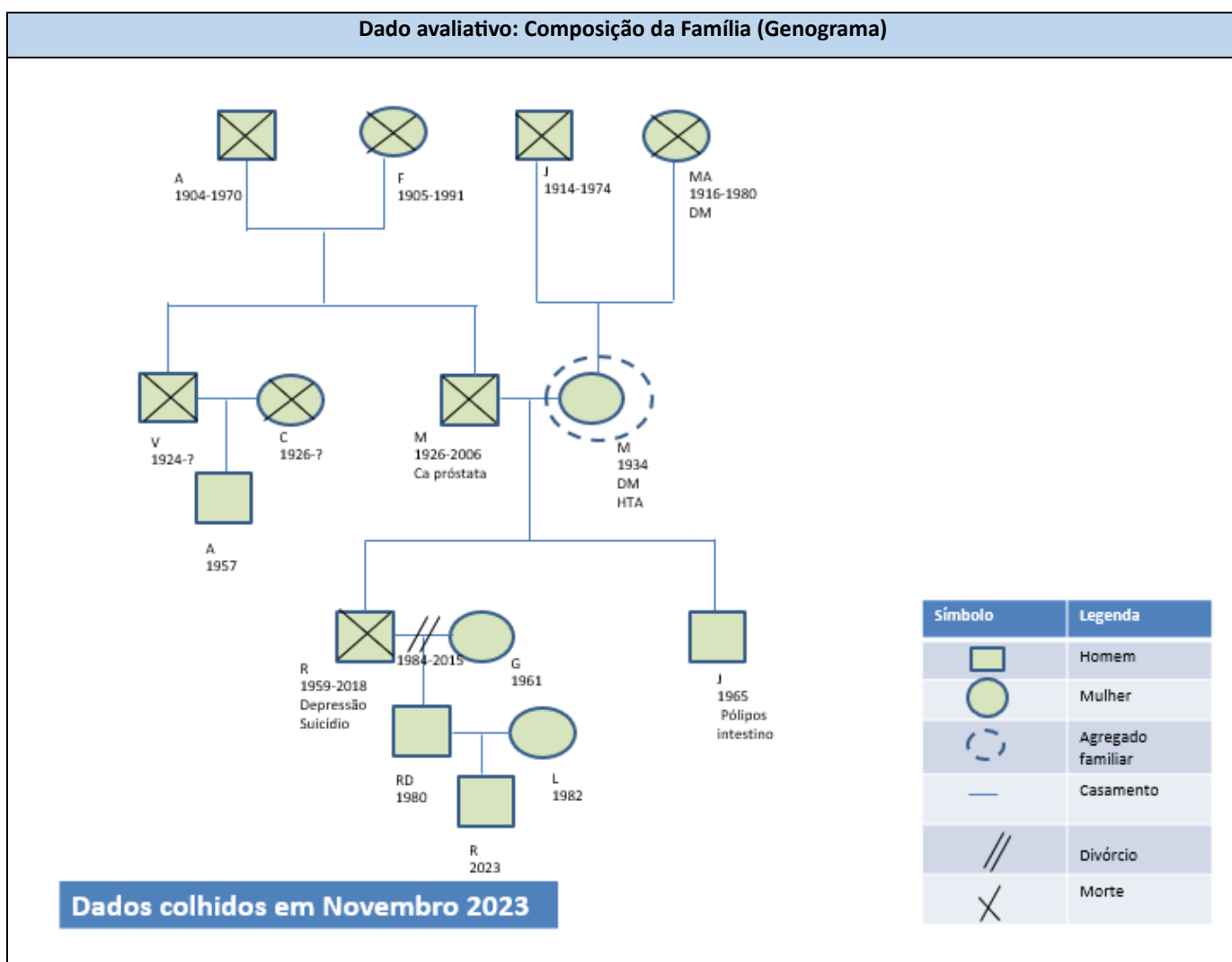
Foco	Incontinência urinária e/ou fecal	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Questionar a utente sobre a existência de perda de urina e/ou fecal? Em que momentos)	Resultados A utente refere não ter perdas.
Diagnóstico	Incontinência urinária e/ou fecal ausente	

Família 3

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF

Estrutural	Desenvolvimento	Funcional
Rendimento familiar	Satisfação conjugal	Papel prestador de cuidados
Edifício residencial	Planeamento familiar	Processo familiar
Precaução de segurança	Adaptação à gravidez	
Abastecimento de água	Papel parental	
Animal doméstico		

C- DIMENSÃO ESTRUTURAL



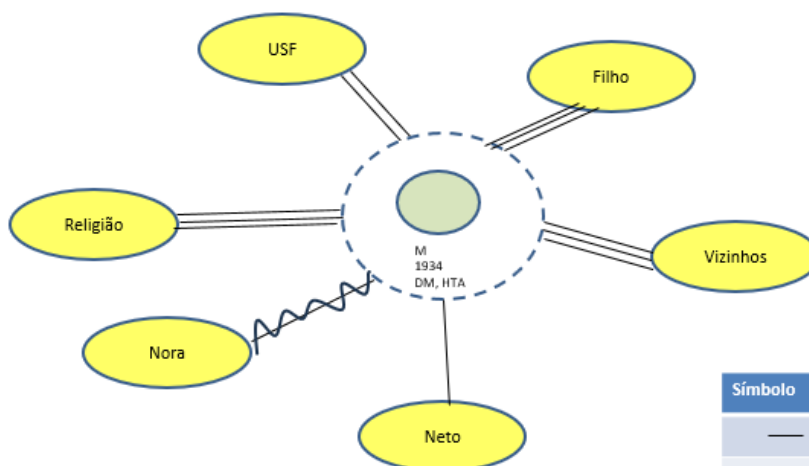
Dado avaliativo: Tipo de Família

Família unipessoal

Dado avaliativo: Família Extensa

Tipo	Nome(s) J
Pessoal	X
Telefónico	X
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	X
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	X
Apoio emocional	X
Guia cognitivo e conselhos	X
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	X

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



Símbolo	Tipo de relação
—	Relação fraca
==	Relação boa
===	Relação excelente
~	Relação conflituosa

Dados colhidos em Novembro 2023

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
<p>Atividade Diagnóstica</p> <p>Avaliar Rendimento Familiar</p>	<p>- Origem do rendimento familiar: reforma; graffar IV –classe social média baixa</p> <p>- Conhecimento e capacidade Demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares</p> <p>A utente que o seu rendimento familiar é suficiente para fazer face a todas as despesas, tais como sejam de habitação, alimentação, medicação e outras despesas. Refere nunca ter precisado de recorrer a ninguém por falta de dinheiro para poder adquirir algum bem ou serviço de que tenha necessitado.</p>

Critérios diagnósticos	<p>Graffar grau IV</p> <p>Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares</p> <p>Conhecimento demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares</p>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
<p>Atividade Diagnóstica</p> <p>Avaliar Edifício Residencial</p>	<p>- Tipo de Habitação: 4 - andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível</p> <p>- Higiene da Habitação Presente</p>
Critérios diagnósticos	<p><u>Edifício residencial Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4</p> <p>Conhecimento sobre riscos de edifício residencial demonstrado.</p> <p><u>Edifício residencial não negligenciado</u> Se Higiene da Habitação presente</p> <p>Conhecimento sobre governo da casa demonstrado</p> <p>Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional demonstrado</p>
Diagnóstico	<p>Edifício residencial Seguro</p> <p>Edifício residencial Não Negligenciado</p>

Foco	A.3- Precaução de Segurança
<p>Atividade Diagnóstica</p> <p>Avaliar Precaução de Segurança</p>	<p>- Existência <u>Barreiras arquitetónicas</u>: escadas para acesso à habitação, mora num 1º andar</p> <p>- Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas</p> <p>- Existência de <u>Aquecimento: elétrico, colocado na divisão pretendida. Tem conhecimento sobre a utilização do equipamento.</u></p> <p>- Ausência de <u>Abastecimento de gás</u></p> <p>- Presença de tapetes sem rede anti-derrapante na cozinha e no quarto</p>
Critérios diagnósticos	<p><u>Precaução de Segurança demonstrada,</u></p> <p>Conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas</p> <p>Conhecimento demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento</p>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada

Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre precaução de segurança
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	<ul style="list-style-type: none"> Colocar rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários
Resultados	O membro da família rede antiderrapante em todos os tapetes da casa.

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade	
Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de <u>abastecimento de água</u> : rede pública
Critérios diagnósticos	Abastecimento de água adequado: Existência de abastecimento de água pela rede pública Sistema de tratamento de resíduos pela rede pública
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado

D- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica O Filho da D. M, mora em habitação própria. Neste momento não tem companhia, vai jantar diariamente com a mãe.	Resultados Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica <i>Como correu a saída do seu filho de casa quando constituíram eles próprios a sua família? Que estratégias utilizou? Que aspetos relembra que lhe tenham marcado?</i>	Resultados <i>A D. M. refere que nunca lhe incomodou os filhos saírem de casa, pois sempre se mentalizou que seria uma etapa da vida. Custou-lhe mais quando os filhos se separaram e quando o filho se suicidou.</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica <i>Tem algum tipo de contacto com a família das suas noras? Costuma ter momentos de convívio com as suas noras, netos e outros familiares?</i>	Resultados <i>A D. M. refere não ter contacto com as noras, apenas com o neto, de forma esporádica.</i>
	B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	

Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>Como descreveria a sua relação com as suas noras? Porquê?</i>	Resultados <i>A D. M refere que não tem contacto com a nora/ex-nora, mas não se sente insatisfeita com isso. Foi uma escolha do filho se ter separado e aceita. Da nora que o filho se suicidou, pensa que as coisas poderiam ser um bocadinho diferentes, mas confessa já ter aceite o destino.</i>
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	<i>Sente-se satisfeita com a relação que mantêm?</i>	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado/ Comportamentos de adesão demonstrado /

E- DIMENSÃO FUNCIONAL

Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? A D. M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? Srª M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		x
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? Srª M		
	SIM	NÃO

Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
4. Quem desempenha Papel Recreativo? Sr ^a M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
5. Quem desempenha Papel de Parente? Sr ^a M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
<u>Papel provedor</u>	Quem contribui para o rendimento das necessidades da família?	A D. M recebe a pensão de viuvez do marido e a sua própria reforma.
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.2- Papel gestão financeira eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
<u>Papel gestão financeira</u>	Quem faz a gestão dos rendimentos da família? Necessita de ajuda para o fazer?	A D. M refere que até ao momento sente-se capaz de gerir os rendimentos da família. Ainda não precisou de ajuda, mas refere já ter tido essa conversa com o filho, que irá ajudar.
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Quem realiza as tarefas domésticas? Necessita de ajuda para as realizar?	A D. M refere que é ela quem realiza estas tarefas. Para já, consegue fazê-las sem dificuldade. Sabe que tem uma vizinha do prédio que faz limpezas a nível particular e diz que será o recurso a utilizar quando precisar.
	Fundamentação	

Atividade	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
<u>Papel Recreativo</u>	<p><i>Como costuma ocupar os seus dias?</i></p> <p><i>Costuma planear algum convívio com alguém?</i></p> <p><i>Tem por hábito sair para conviver com algum amigo (a), vizinho ou outro?</i></p> <p><i>Quais são os seus hobbies? Que atividades gosta de fazer?</i></p>	<p>Vai duas vezes por semana às reuniões da sua religião e ad... Sente-se verdadeiramente preenchida. No restante tempo... semana, opta por ver televisão e dá uma caminhada com u... amiga.</p>
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
<u>Papel de Parente</u>	<p>Costuma estar presente em algum momento durante a semana com algum familiar?</p>	<p>Diariamente janta com o filho e fazem companhia um ao ou... Não convive habitualmente com mais nenhum familiar.</p>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	<p>Interação de Papéis eficaz se: Interação de Papéis Familiares não conflitual se:</p>	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional:
	<ul style="list-style-type: none"> • Interação de Papéis eficaz e não conflitual
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar funcional

Processo de enfermagem a nível individual, ao membro da família

Focos/áreas de atenção estimadas de acordo com a literatura

Foco	Autocuidado	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Aplicação da escala de Barthel	Resultados A D. M encontra-se totalmente independente, tendo obtido 100 pontos nesta escala.

Foco	Queda	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados A utente utiliza calçado inadequado em casa A utente refere não ter tido nenhuma queda nos últimos 3 meses Refere não ter medo de cair TUG 10 segundos Utente não acendia a luz para se deslocar de noite ao WC

Diagnóstico:	Conhecimento Não demonstrado sobre Risco de queda
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Atividades que concretizam as	Ensinar sobre prevenção de queda Ensinar sobre o tipo de calçado: Revisitar com o utente o histórico de quedas e o motivo Identificar, com o utente, fatores ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão) e comportamentais como tipo de calçado e iluminação

<u>intervenções</u> <u>(ACI):</u>	<p>Identificar com o utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda</p> <p>Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa</p> <p>Incentivar a utilização de calçado seguro</p> <p>Ensinar sobre possibilidade de cair pelo facto de os animais domésticos, por vezes, circularem muito próximos às pernas das pessoas, fazendo-os cair</p>
Resultados	O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de queda e apresentava calçado adequado

Foco	Gestão do regime medicamentoso	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica 3- Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso 4- Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso	Resultados A D. M. apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • conhecimento sobre o regime medicamentoso • capacidade para gerir o regime medicamentoso
Diagnóstico	<u>Gestão do regime medicamentoso demonstrada</u>	

Foco	Visão
Critérios diagnósticos	Visão alterada se <ul style="list-style-type: none"> • Alteração no teste de <i>Snellen</i>
Diagnóstico:	Sem visão comprometida

Foco	Audição	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Questionar se sente que ouve mal? Se costuma colocar o som da tv ou outros dispositivos alto? Se alguma vez alguém, em conversa, lhe disse que lhe parecia que ouvia mal Se alguma vez realizou algum teste auditivo?	Resultados A D. M. refere nunca ter sido alertada por ninguém por não ouvir uma conversa, ouvi sempre as questões sem necessitar de falar mais alto ou repetir

Foco	Ingestão nutricional	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar risco de ingestão nutricional (Martins, 2016) <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC <20,5 ○ Perdeu peso nos últimos 3 meses ○ Reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ O utente está severamente doente 	Resultados <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC 24,2 ○ Não houve perda de peso nos últimos 3 meses ○ Não reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ Não se encontra severamente doente.

Critérios diagnósticos	Risco de compromisso da ingestão nutricional se: <ul style="list-style-type: none"> ● IMC <20,5 ● Perdeu peso nos últimos 3 meses ● Reduziu a ingestão alimentar na última semana ● O utente está severamente doente
Diagnóstico:	Sem risco de compromisso da ingestão nutricional

Foco	Solidão	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar solidão <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de solidão? • Expressão de isolamento social • Expressão de ser incompreendida • Expressão de exclusão • Dificuldade em estabelecer contacto com outras pessoas 	Resultados A D. M não apresentou nenhum destes sinais

Diagnóstico:	Solidão ausente
---------------------	-----------------

Foco	Tristeza	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar tristeza <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento 	Resultados A utente não apresenta nenhum destes sinais

Critérios diagnósticos	Tristeza presente se: <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento
Diagnóstico:	Tristeza - ausente

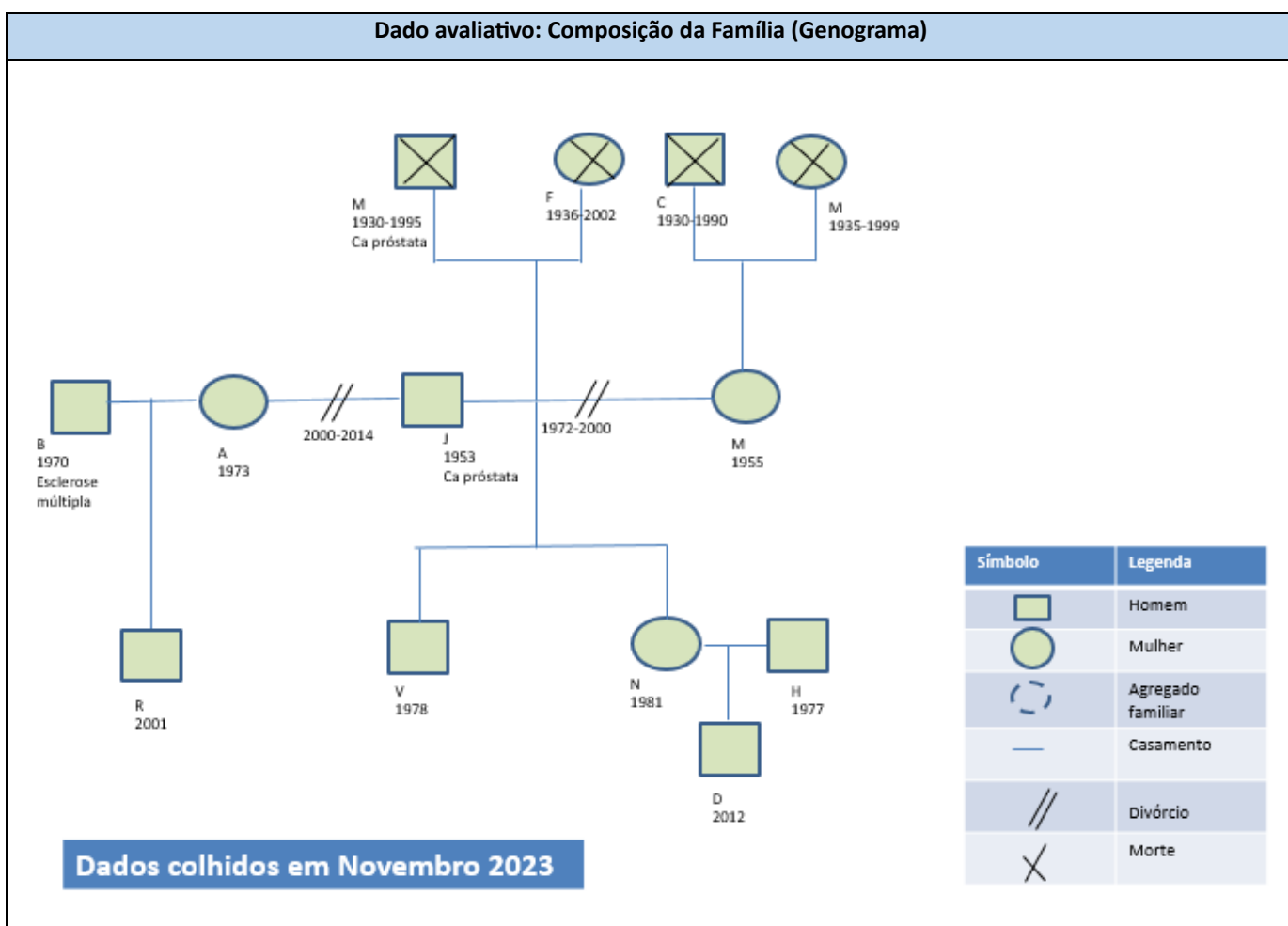
Foco	Incontinência urinária e/ou fecal	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Questionar a utente sobre a existência de perda de urina e/ou fecal? Em que momentos)	Resultados A utente refere não ter perdas.
Diagnóstico	Incontinência urinária e/ou fecal ausente	

Família 4

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF

Estrutural	Desenvolvimento	Funcional
Rendimento familiar	Satisfação conjugal	Papel prestador de cuidados
Edifício residencial	Planeamento familiar	Processo familiar
Precaução de segurança	Adaptação à gravidez	
Abastecimento de água	Papel parental	
Animal doméstico		

F- DIMENSÃO ESTRUTURAL



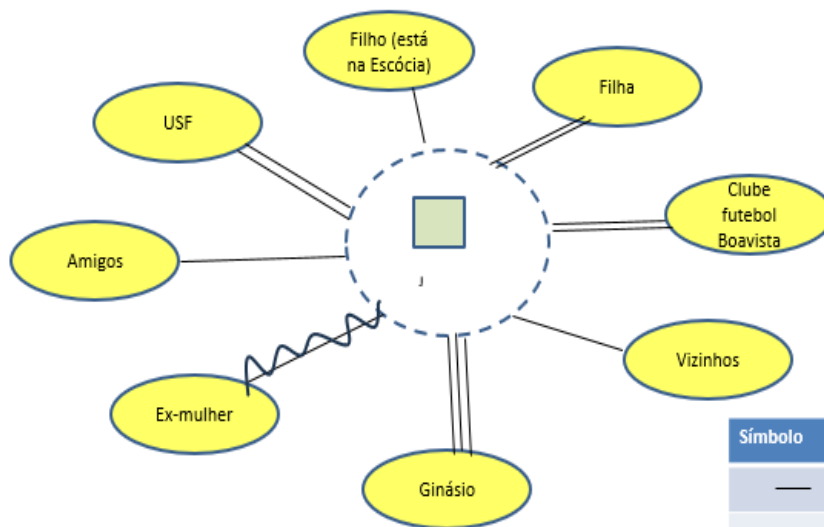
Dado avaliativo: Tipo de Família

Família unipessoal

Dado avaliativo: Família Extensa

Tipo	Nome(s)
Pessoal	V, N
Telefónico	V,N
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	N
Outro:	Semestral - V
Função das relações	
Companhia social	Clube Boavista
Apoio emocional	N
Guia cognitivo e conselhos	N
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	N
Acesso a novos contactos	Clube Boavista

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



Símbolo	Tipo de relação
—	Relação fraca
==	Relação boa
===	Relação excelente
AA	Relação conflituosa

Dados colhidos em Novembro 2023

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e atualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar: reforma; graffar IV –classe social média - Conhecimento e capacidade Demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares O utente que o seu rendimento familiar é suficiente para fazer face a todas as despesas, sejam de habitação, alimentação, medicação e outras despesas.
Critérios diagnósticos	Graffar grau IV Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares

	Conhecimento demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação: - casa ou andar com bom estado de conservação, com cozinha, wc e eletrodomésticos essenciais. - Higiene da Habitação Presente
CrITÉRIOS diagnÓsticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não demonstrado. <u>Edifício residencial não negligenciado</u> Se Higiene da Habitação presente Conhecimento sobre governo da casa demonstrado Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional demonstrado
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Existência <u>Barreiras arquitetónicas</u> : não. - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência de <u>Aquecimento: elétrico, colocado na divisão pretendida. Tem conhecimento sobre a utilização do equipamento.</u> - Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> - Presença de tapetes sem rede anti-derrapante em todas as divisões da casa
CrITÉRIOS diagnÓsticos	<u>Prevenção de Segurança não demonstrada,</u> Conhecimento não demonstrado sobre obstáculos que impedem a livre circulação dentro de casa e que podem propiciar as quedas.
Diagnóstico	Prevenção de Segurança não Demonstrada
Intervenções Sugeridas Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	Ensinar sobre prevenção de segurança <ul style="list-style-type: none"> • Colocar rede antiderrapante em todos os tapetes que forem mesmo necessários • Os fios elétricos deverão estar fixos à parede
Resultados	O membro da família rede antiderrapante em todos os tapetes da casa.

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de <u>abastecimento de água</u> : rede pública
Critérios diagnósticos	Abastecimento de água adequado: Existência de abastecimento de água pela rede pública Sistema de tratamento de resíduos pela rede pública
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i> - Existência de <u>Animal doméstico</u> : não - <u>Outros dados</u> :

G- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel
	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p>Ambos os filhos da utente já saíram de casa da mesma. Mantém as relações com a família de origem</p>	<p>Resultados</p> <p>Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</p>
	<p>Fundamentação</p> <p><i>Existem três tarefas principais a realizar pela família nesta fase. São elas: facilitar a saída dos filhos de casa, redefinindo, conseqüentemente, a vida do casal; reavaliar e renegociar a relação de casal, considerando a vida profissional e a individualidade de cada um dos membros; aprender a lidar com o envelhecimento, articulando entre a dependência e a independência de gerações diferentes, a dos seus pais e a dos seus filhos, respetivamente. Este fenómeno é denominado na literatura de inversão da hierarquia geracional.</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	<p>B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>Como correu a saída dos seus filhos de casa quando constituíram eles próprios a sua família? Que estratégias utilizaram?</i></p> <p><i>Que aspetos relembra que lhe tenham marcado?</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>O Sr. J refere que não lhe custou a saída dos filhos de casa, uma vez que já estava separado da mãe deles e teve algumas relações pelo meio, acabando por nunca pensar muito no assunto. Agora estão ambos independentes e sente-se satisfeito com isso. Apesar de tudo, considera ter uma boa relação com os filhos.</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Inclusão na família dos</u></p>	<p>B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>Tem algum tipo de contacto com a família do seu genro? Costuma ter momentos de convívio com o seu genro, neto e outros familiares?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>O Sr. J. refere ter uma boa relação com o genro e a sua família. Convive sempre que pode com o neto.</p>

<u>parentes por</u>		
<u>afinidade e netos</u>		
Atividade	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	
	Atividade diagnóstica <i>Sente-se satisfeito com o contacto mantido com o seu genro e familiares?</i>	Resultados <i>O Sr. J refere ter uma relação próxima do genro, às vezes até vão a jogos de futebol juntos, porque ambos gostam muito de futebol.</i>
Atividade	B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do	
Diagnóstica do item	filho(a)	
	Atividade diagnóstica <i>Como descreveria a sua relação com o seu genro? Porquê?</i> <i>Sente-se satisfeita com a relação que mantêm com ele e os seus filhos?</i>	Resultados <i>Refere ter uma relação próxima com todos, considerando o genro como um filho que teve como prenda. Sente-se satisfeito com a relação que mantém com todos.</i>
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>		

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado/ Comportamentos de adesão demonstrado / Consenso do papel sim / conflito do papel não /Saturação do papel não

Processo de enfermagem a nível individual, ao membro da família

Focos/áreas de atenção estimadas de acordo com a literatura

Foco	Autocuidado	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Aplicação da escala de Barthel	Resultados A Sr. J encontra-se totalmente independente, tendo obtido 100 pontos nesta escala.

Foco	Queda	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados O Dr. J utiliza calçado inadequado em casa Refere não ter tido nenhuma queda há pelo menos 3 meses Refere não ter medo de cair Utilizava calçado inadequado em casa TUG 9 segundos Utente não acendia a luz para se deslocar de noite ao WC

Diagnóstico:	Conhecimento Não demonstrado sobre Risco de queda
---------------------	---

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar sobre prevenção de queda</p> <p>Ensinar sobre o tipo de calçado:</p> <p>Revisitar com o utente o histórico de quedas e o motivo</p> <p>Identificar, com o utente, fatores ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (tapetes sem rede antiderrapante, fios soltos pelo chão) e comportamentais como tipo de calçado e iluminação</p> <p>Identificar com o utente os fatores pessoais capazes de aumentar o risco de queda</p> <p>Incentivar a acender sempre a luz quando se deslocar em casa</p>
--	---

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	Incentivar a utilização de calçado seguro
Resultados	O membro da família demonstrou conhecimento sobre os fatores de risco para a ocorrência de quedas e apresentava calçado adequado

Foco		Gestão do regime medicamentoso	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados	
	5- Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso 6- Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso	O Sr. J apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • conhecimento sobre o regime medicamentoso • capacidade para gerir o regime medicamentoso 	
Diagnóstico	<u>Gestão do regime medicamentoso demonstrada</u>		

Foco	Visão
Critérios diagnósticos	Visão alterada se <ul style="list-style-type: none"> • Alteração no teste de <i>Snellen</i>
Diagnóstico:	Sem visão comprometida

Foco		Audição	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados	
	Questionar se sente que ouve mal? Se costuma colocar o som da tv ou outros dispositivos alto? Se alguma vez alguém,	O Sr. J refere nunca ter sido alertada por ninguém por não ouvir uma conversa, ouvi sempre as questões sem necessitar de falar mais alto ou repetir	

	em conversa, lhe disse que lhe parecia que ouvia mal	
	Se alguma vez realizou algum teste auditivo?	

Critérios diagnósticos	Audição alterada se <ul style="list-style-type: none"> •
Diagnóstico:	Sem audição comprometida

Foco	Ingestão nutricional	
Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar risco de ingestão nutricional (Martins, 2016) <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC <20,5 ○ Perdeu peso nos últimos 3 meses ○ Reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ O utente está severamente doente 	Resultados <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC 23 ○ Não houve perda de peso nos últimos 3 meses ○ Não reduziu a ingestão alimentar na última semana ○ Não se encontra severamente doente.

Critérios diagnósticos	Risco de compromisso da ingestão nutricional se: <ul style="list-style-type: none"> • IMC <20,5 • Perdeu peso nos últimos 3 meses • Reduziu a ingestão alimentar na última semana • O utente está severamente doente
Diagnóstico:	Sem risco de compromisso da ingestão nutricional

Foco	Solidão	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar solidão <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de solidão? • Expressão de isolamento social • Expressão de ser incompreendida • Expressão de exclusão • Dificuldade em estabelecer contacto com outras pessoas 	Resultados A utente não apresentou nenhum destes sinais

Diagnóstico:	Solidão ausente
---------------------	-----------------

Foco	Tristeza	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Avaliar tristeza <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento 	Resultados A utente não apresenta nenhum destes sinais

Critérios diagnósticos	Tristeza presente se: <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza tristeza • Labilidade emocional • Humor depressivo • Humor sub-depressivo • Desleixo no autocuidado • Hipoatividade • Isolamento • Ideação suicida • Sentimentos de desalento
Diagnóstico:	Tristeza - ausente

Foco	Incontinência urinária e/ou fecal	
Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica Questionar a utente sobre a existência de perda de urina e/ou fecal? Em que momentos)	Resultados A utente refere não ter perdas.
Diagnóstico	Incontinência urinária e/ou fecal ausente	

ANEXO IV

(Questionário das necessidades de formação)

Diagnóstico de situação

Este questionário é de preenchimento anónimo e confidencial e destina-se a analisar os dados colhidos pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem, bem como perceber o impacto que o aplicativo Sclinico tem nessa colheita de dados e intervenção do enfermeiro na prática clínica. Pretende, ainda, identificar as necessidades de formação dos profissionais.

1. Costuma colher dados sobre a dimensão estrutural da família:

	Sim	não
Composição familiar: genograma		
Tipo de família		
Família extensa		
Sistemas mais amplos: Ecomapa		
Classe social (Graffar)		
Edifício residencial		
Sistema de abastecimento		
Ambiente biológico		
Ecomapa		

2. Se respondeu sim a algum dos itens, costuma registar? Sim__ Não__

3. Se respondeu não, quais as razões pelas quais não o faz?

4. Perante uma consulta com uma família unipessoal com pessoa idosa, que programas de saúde costuma identificar?

5. Nas famílias unipessoais com uma pessoa idosa, que áreas de atenção considera prioritárias que o enfermeiro avalie? _____

6. Relativamente ao elemento da família com pessoa idosa, considera que o Sclinico, no programa de saúde do idoso, orienta os enfermeiros para todas as necessidades de atenção? Sim__ Não__

7. Se respondeu não, que outras áreas sugere que possam vir a ser contempladas neste aplicativo?

8. Na sua opinião, quais os fatores de risco para a ocorrência de as quedas nos idosos?

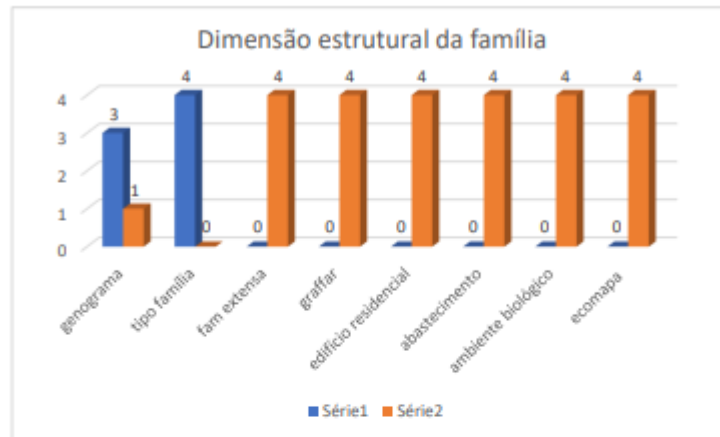
9. Considera que uma formação sobre esta temática é importante para a sua prática?

Sim__ Não__

ANEXO V

(Resultados da avaliação das necessidades de formação)

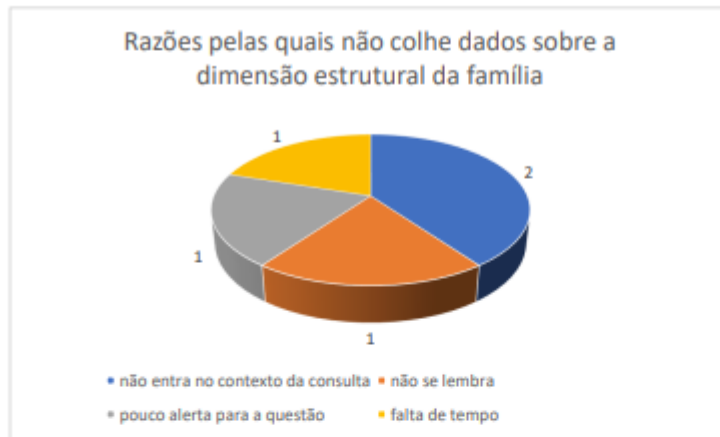
Costuma colher dados sobre a dimensão estrutural da família:



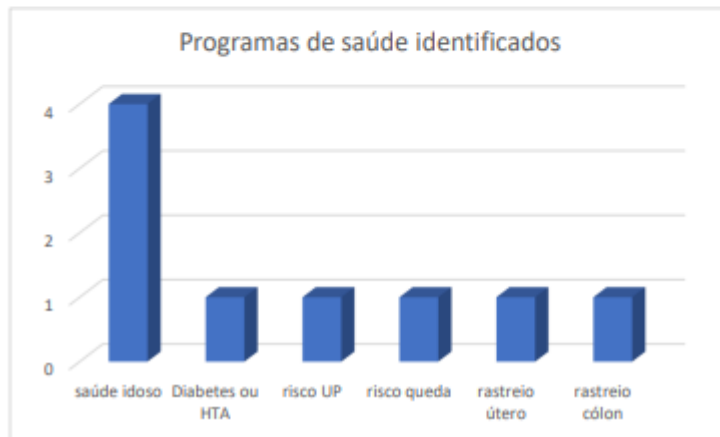
Se respondeu sim a algum dos itens, costuma registrar? Sim__ Não__



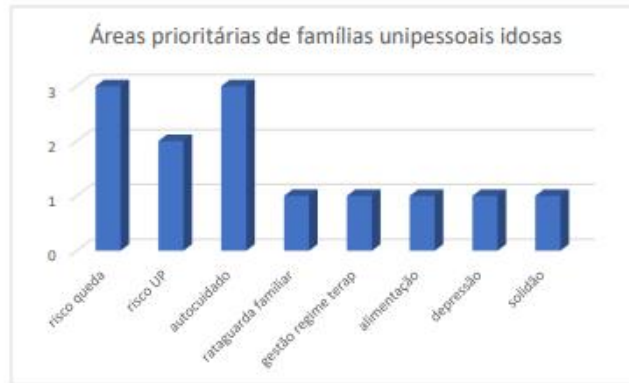
Se respondeu não, quais as razões pelas quais não o faz?



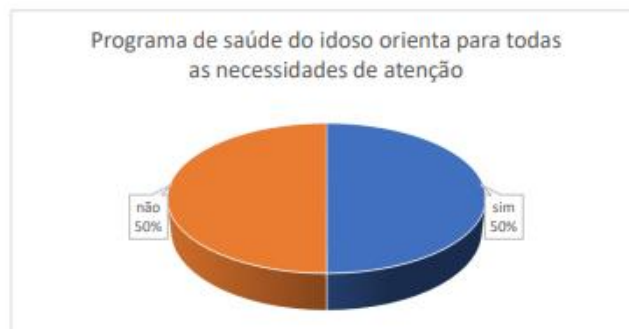
Perante uma consulta com uma família unipessoal com pessoa idosa, que programas de saúde costuma identificar?



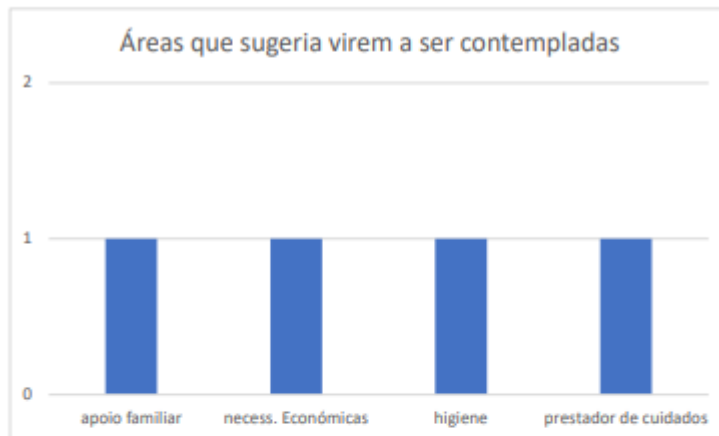
Nas famílias unipessoais com uma pessoa idosa, que áreas de atenção considera prioritárias que o enfermeiro avalie?



Relativamente ao elemento da família com pessoa idosa, considera que o sclinico, no programa de saúde do idoso, orienta os enfermeiros para todas as necessidades de atenção? Sim__ Não__



Se respondeu não, que outras áreas sugere que possam vir a ser contempladas neste aplicativo?



Na sua opinião, quais os fatores de risco para a ocorrência de as quedas nos idosos?



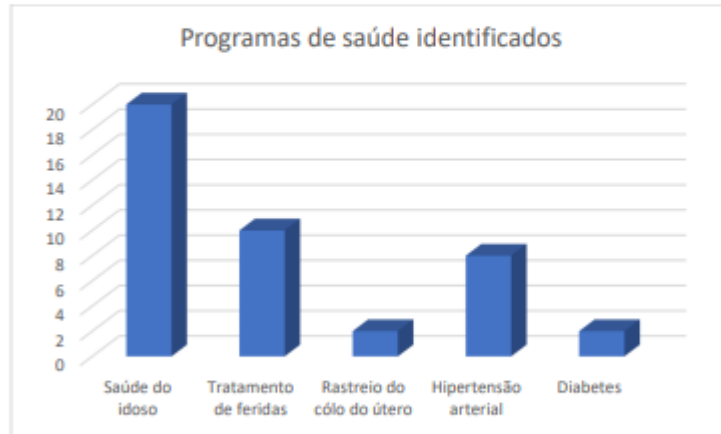
Considera que uma formação sobre esta temática é importante para a sua prática?

Sim__ Não__

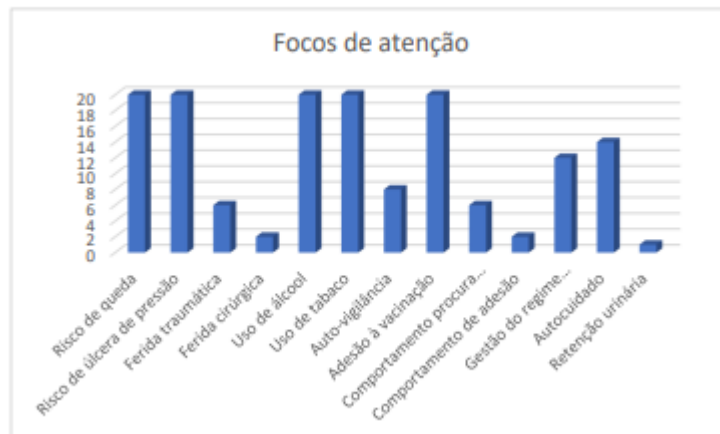
Perante esta pergunta a totalidade das enfermeiras respondeu sim.

Auditoria de registos – 20 utentes idosos

Estes foram os programas de saúde que se encontravam identificados nos registos:



Estes foram os focos de atenção que se encontravam identificados nos registos



ANEXO VI

(Plano das sessões de formação)

Plano da sessão de formação nº1

Identificação			
Formador(a)	Nisa Silveira, aluna do 2º curso de mestrado de Enfermagem comunitária da área de saúde familiar		
Público-alvo	Enfermeiras USF Carvalhido		
Data	15/01/2024	Hora	14h
Duração	40 minutos	Local	Sala de reuniões
Objetivos			
Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização do Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), como modelo orientador para a avaliação e intervenção familiar	Sensibilizar a equipa de enfermagem para os registos de famílias unipessoais com pessoa idosa		

Etapas	Atividades	Método	Equipamento	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema • Apresentação dos objetivos 	Expositivo	Computador videoprojector	-----	5 minutos
Desenvolvimento	Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de saúde primários • Definição de família e sua importância como foco de cuidados • Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar • Rede social • Etapas do ciclo vital 	Expositivo	Computador videoprojector	-----	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados • Verificação dos resultados de aprendizagem através de instrumento de colheita de dados • Avaliação da sessão 	Expositivo	Computador Videoprojector Fotocópias do instrumento de colheita de dados		5 minutos

Identificação					
Formador(a)		Nisa Silveira, aluna do 2º curso de mestrado de Enfermagem comunitária da área de saúde familiar			
Público-alvo		Enfermeiras USF			
		Carvalhido			
Data		15/01/2024	Hora	14h	
Duração		40 minutos	Local	Sala de reuniões	
Objetivos					
Sensibilizar a equipa de enfermagem para os fatores concorrentes para a queda, agindo sobre as forças e recursos da família		Sensibilizar a equipa de enfermagem para os registos de famílias unipessoais com pessoa idosa			
Etapas	Atividades	Método	Equipamento	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema • Apresentação dos objetivos 	Expositivo	Computador videoprojector	-----	5 minutos
Desenvolvimento	Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação familiar e registos de enfermagem no clínico alicerçado no referencial teórico Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF) • Família unipessoal com pessoa idosa • Risco de queda e fatores de risco • Importância dos registos de enfermagem 	Expositivo	Computador videoprojector	-----	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados • Verificação dos resultados de aprendizagem através de instrumento de colheita de dados • Avaliação da sessão 	Expositivo	Computador Videoprojector Fotocópias do instrumento de colheita de dados		5 minutos

ANEXO VII

(Sessão de formação 1)

FAMÍLIAS UNIPESSOAIS COM UMA PESSOA IDOSA: QUE DESAFIOS AOS ENFERMEIROS?

Nisa Silveira
Janeiro de 2024



Objetivos

- ▶ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização do Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), como modelo orientador para a avaliação e intervenção familiar
- ▶ Sensibilizar a equipa de enfermagem para os registos de famílias unipessoais com pessoa idosa

Conteúdos

- Cuidados de saúde primários
- Definição de família e sua importância como foco de cuidados
- Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF)
- Rede social
- Etapas do ciclo vital
- Família unipessoal com pessoa idosa

Cuidados de saúde primários

- ▶ A OMS (2023) concebeu uma definição coesa alicerçada em três componentes:
 - ▶ Satisfazer as necessidades das pessoas no que concerne à saúde
 - ▶ Abordar de forma sistemática os determinantes de saúde mais vastos
 - ▶ Capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde.

Avaliação familiar

- ▶ Família é **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** (International Council of Nurses, 2015).
- ▶ O conhecimento e **avaliação do sistema familiar** permite identificar os seus **pontos fracos, as suas capacidades e pontos fortes**, possibilitando uma intervenção colaborativa em parceria com a família. Deste modo, é essencial ter em consideração o contexto social, cultural e económico, conhecer a estrutura e dinâmica de cada família (Rodríguez et al., 2023).

Cuidados de enfermagem à família

- ▶ Interação dinâmica Enfermeiro/Família. Processo interpessoal, significativo e terapêutico;
- ▶ Processo colaborativo e de reciprocidade;
- ▶ Capacitar a família face às suas exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- ▶ Promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar;
- ▶ Potenciar as forças e recursos da família nos seus processos de transição.

MDAIF

- ▶ Para uma tomada de decisão clínica fundamentada em **pressupostos e princípios** que regem a Enfermagem, enquanto ciência e profissão, é necessária uma **avaliação e intervenção familiar** alicerçada num **referencial teórico de Enfermagem de Saúde Familiar**.
- ▶ O **MDAIF**, enquanto referencial teórico da Enfermagem de Saúde Familiar foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

MDAIF

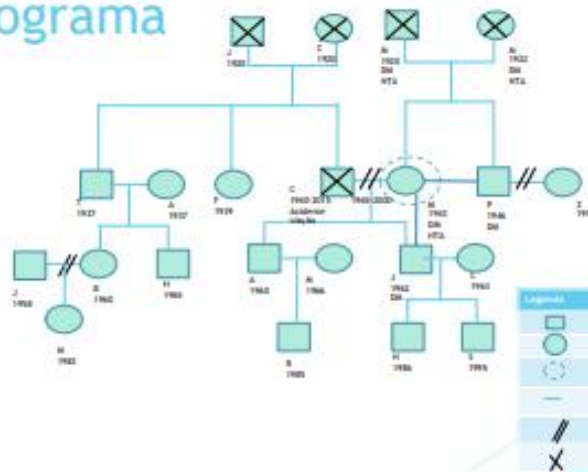


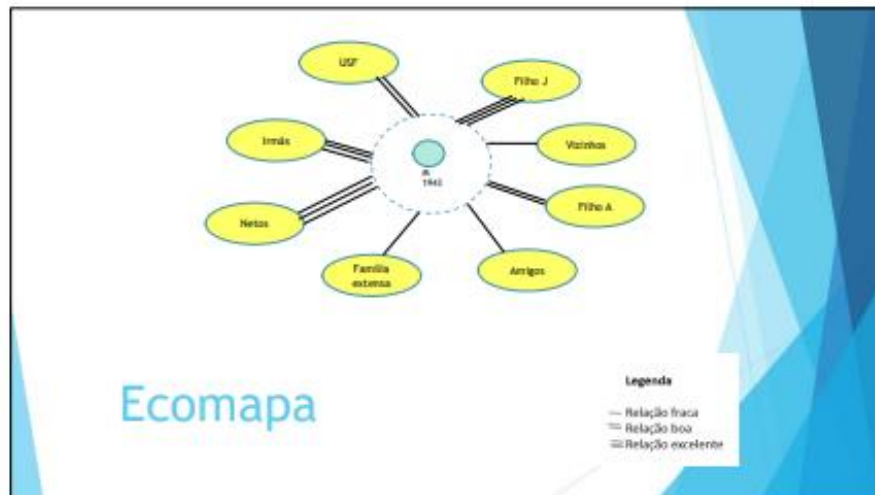
Dimensão estrutural

- ▶ Esta dimensão incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem identificar riscos de saúde (Figueiredo, 2012):
 - ▶ Composição da família (genograma)
 - ▶ Tipo de família
 - ▶ Família extensa
 - ▶ Sistemas mais amplos (ecograma)
 - ▶ Classe social
 - ▶ Edifício residencial
 - ▶ Sistema de abastecimento
 - ▶ Ambiente biológico



Genograma





Rede social

- ▶ A rede social é um importante recurso nos cuidados de saúde, em que um conjunto de relações interpessoais entre familiares, amigos, instituições e outros permitem perceber como o indivíduo e a família desenvolvem relações e mantêm a sua identidade no âmbito social favorecendo, desta forma, a compreensão de como o sistema familiar adequa as tomadas de ação perante as suas necessidades específicas"
- ▶ O fortalecimento dessas relações produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados

Rede social - funções

- ▶ Companhia social
- ▶ Apoio emocional
- ▶ Guia cognitivo e de conselhos
- ▶ Regulação social
- ▶ Ajuda de material e de serviços
- ▶ Acesso a novos contactos

Dimensão desenvolvimental

- ▶ Implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família (Figueiredo, 2012).

- ▶ Cuidados antecipatórios
- ▶ Capacitação da família



Etapa do ciclo vital

Habilitação	Gênero	C.Ocup	Tipos de Família	Risco Família Garcia-Gonzalez	Risco Família Segura-Díez
<p><input type="radio"/> I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)</p> <p><input type="radio"/> II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)</p> <p><input type="radio"/> III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)</p> <p><input type="radio"/> IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)</p> <p><input type="radio"/> V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)</p> <p><input type="radio"/> VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "Launching family")</p> <p><input type="radio"/> VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")</p> <p><input type="radio"/> VIII-Família idosa (da reforma a morte)</p>					

Etapas do ciclo vital

- ▶ A saúde familiar é um conceito dinâmico e existe a necessidade de lidar com as mudanças e com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e de se ajustar a essas realidades.
- ▶ Se o acontecimento é normativo, proporciona à família uma preparação antecipada, aumentando a sua capacidade de adaptação, preparando-se para a crise
- ▶ O ciclo vital é composto por uma sequência de etapas de desenvolvimento, onde ocorrem transformações na estrutura da família, de acordo com o cumprimento de tarefas que caracterizam essas diferentes etapas

Etapas ciclo vital

- ▶ As famílias que foram alvo de intervenção encontravam-se na última etapa e têm algumas tarefas inerentes (Relvas, 2000):
 - ▶ Facilitar a saída dos filhos de casa, com o intuito de construir a autonomia das suas próprias vidas;
 - ▶ Renegociar a relação do casal, centrada na meia-idade
 - ▶ Aprender a lidar com o envelhecimento, sendo necessário reenquadrar as gerações mais velhas para promover as relações de suporte, dando resposta às suas incapacidades específicas e necessidades de dependência, não interferindo com as suas potencialidades de autonomia ou os seus direitos de dignidade.

Dimensão funcional

- ▶ Refere-se aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades
 - ▶ Papel de prestador de cuidados
 - ▶ Processo familiar
 - ▶ Coping familiar
 - ▶ Comunicação familiar
 - ▶ Interação de papéis familiares
 - ▶ Relação dinâmica
 - ▶ Crenças familiares



ANEXO VIII

(Sessão de formação 2)

Registos de enfermagem no Sclinico – desafio para o enfermeiro

Nisa Silveira

Objetivos

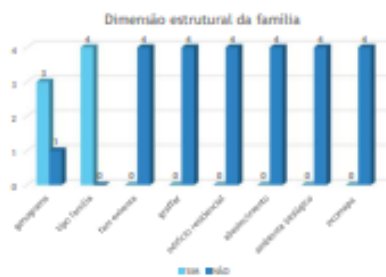
- ▶ Sensibilizar a equipa de enfermagem para os fatores concorrentes para a queda, agindo sobre as forças e recursos da família
- ▶ Sensibilizar a equipa de enfermagem para os registos de famílias unipessoais com pessoa idosa

Conteúdos

- Avaliação familiar e registos de enfermagem no clínico alicerçado no referencial teórico Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF)
- Família unipessoal com pessoa idosa
- Risco de queda e fatores de risco
- Importância dos registos de enfermagem

Auscultação dos profissionais

Costuma colher dados sobre a dimensão estrutural da família:



Se respondeu sim a algum dos itens, costuma registar? Sim __ Não __



Relembrar...

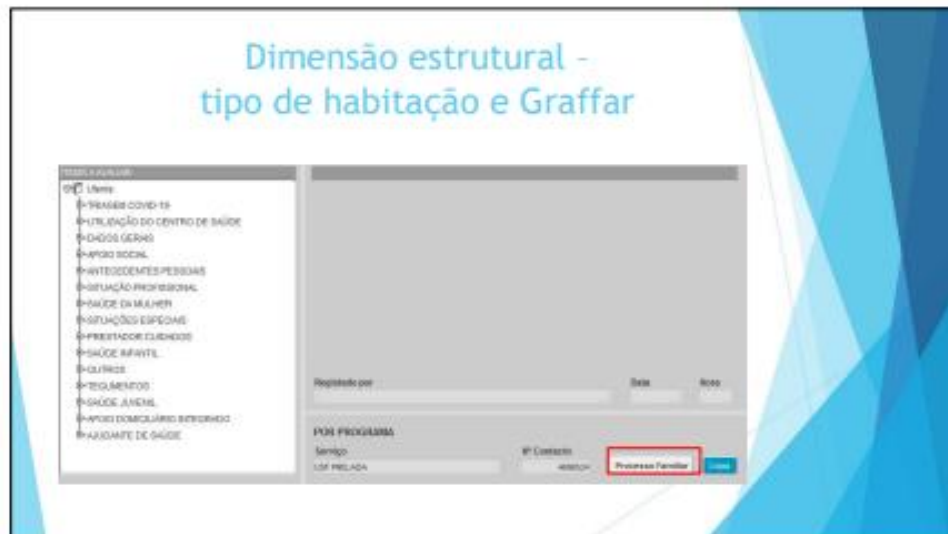


Programa de saúde da família

The screenshot displays the 'Programa de Saúde da Família' software interface. The top window, titled 'Programa de Saúde - População', shows a list of health units with columns for 'Unidade', 'Data', and 'Status'. The bottom window, titled 'Programa de Saúde - Unidade', shows a detailed view of a health unit with a red box highlighting a specific icon in the toolbar.

Unidade	Data	Status
U.S. Saúde da Família Vila	06.05.2014 14:10	✓
U.S. Saúde da Família Vila	06.05.2014 14:10	✓
U.S. Saúde da Família Vila	06.05.2014 14:10	✓
U.S. Saúde da Família Vila	06.05.2014 14:10	✓
U.S. Saúde da Família Vila	06.05.2014 14:10	✓

Dimensão estrutural - tipo de habitação e Graffar



Ciclo de vida de Duvall

HomePage Início Ciclo de Vida Tipo de Família Risco Familiar (Garcia-Gonzalez) Risco Familiar (Segura-Urteaga)

- Família sem filhos (casamento ao nascimento do 1º filho)
- Família com filhos dependentes (nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos)
- Família com filhos em idade pré-escolar (idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- Família com filhos em idade escolar (idade na escola até à adolescência, 13 anos)
- Família com filhos adolescentes (idade de escola até ao início de estudos superiores)
- Família com filhos adultos (quando os filhos saem de casa - "nucleação")
- Família de filhos dependentes a partir do último filho a a reforma - (single parent)
- 00 - Família idosa (a referência a idosos)

Tipo de família

HomePage Início Ciclo de Vida Tipo de Família Risco Familiar (Garcia-Gonzalez) Risco Familiar (Segura-Urteaga)

- Unipá - 0/1 elemento
- Biparental - 2/3 pai ou mãe e filhos
- Anárquica - Mãe, pai e filhos
- Remediada - Não existe esta informação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Outras escalas de risco familiar

HomePage Início Ciclo de Vida Tipo de Família Risco Familiar (Garcia-Gonzalez) Risco Familiar (Segura-Urteaga)

- Famílias com problemas de cada pai e por filhos pequenos que vivem todos num quarto pequeno
- Famílias cuja dinâmica de relação situa a criança e em que pelo menos metade dos filhos sofrem sequelas a nível social
- Famílias que sofrem um excesso de cuidados de saúde de saúde
- Famílias cujo membro, na sua totalidade ou no grande número, compartilham um fator de risco comum (alcoólicos, drogas ou alcoolistas)
- Famílias nos quais um membro ou o outro se abrange de violência e que por isso altera as relações interacionais (debaixo mental ou físico que não é sério, por alcoolismo, etc.)
- Famílias que, pelo seu antecedentes familiares, sofrem sequelas a partir de um nível de pobreza de determinação tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na atualidade.

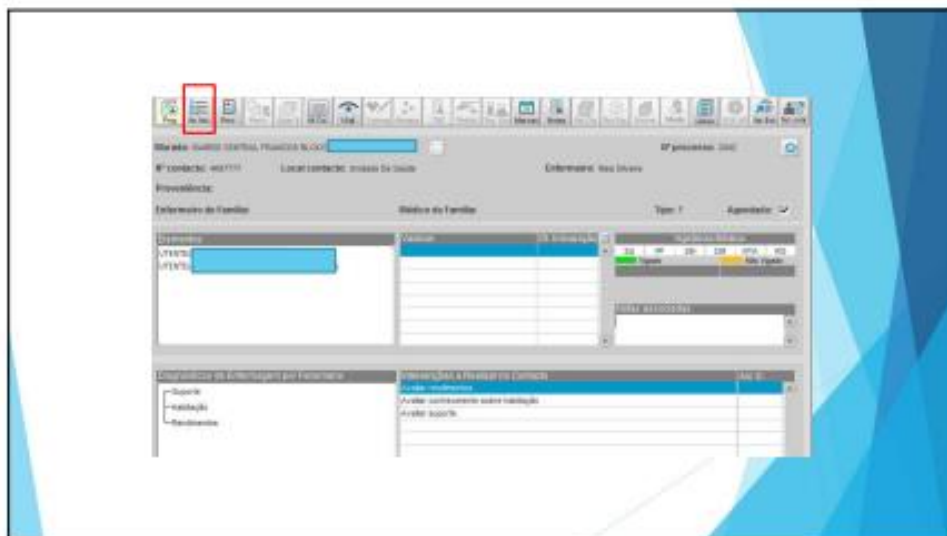
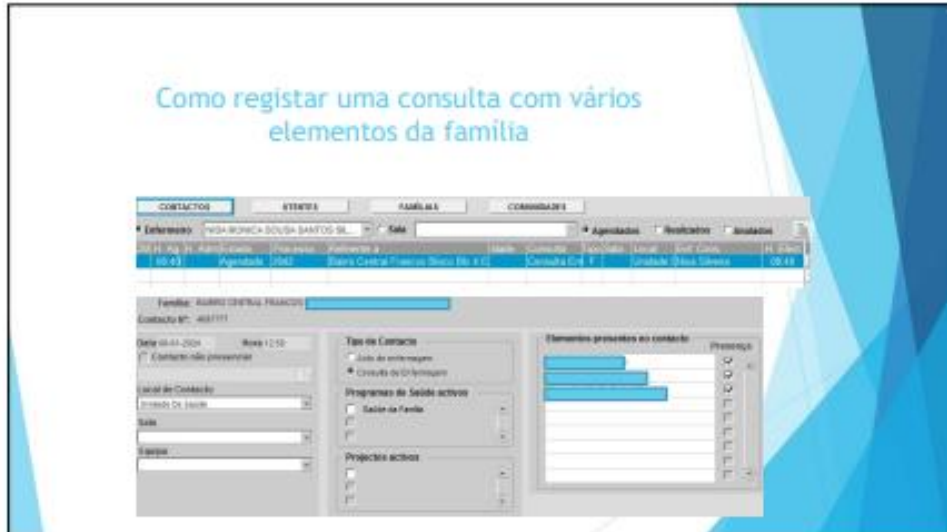
Pontuação:

HomePage Início Ciclo de Vida Tipo de Família Risco Familiar (Garcia-Gonzalez) Risco Familiar (Segura-Urteaga)

<input type="checkbox"/> Alteração de rotina	<input type="checkbox"/> Incapacidade
<input type="checkbox"/> Inatividade	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Mãe ausente	<input type="checkbox"/> Ausência de um dos pais
<input type="checkbox"/> Mãe solteira	<input type="checkbox"/> Pais imigrantes
<input type="checkbox"/> Chefe de família do estrangeiro	<input type="checkbox"/> Apoio familiar < 4
<input type="checkbox"/> Ausência temporária de um dos pais	<input type="checkbox"/> Filho grande delinvente
<input type="checkbox"/> Chefe de família com empregos temporários	<input type="checkbox"/> Chefe de família preso
<input type="checkbox"/> Morte de pai ou de mãe	<input type="checkbox"/> Filho com carências afetivas graves

Pontuação:

Como registar uma consulta com vários elementos da família



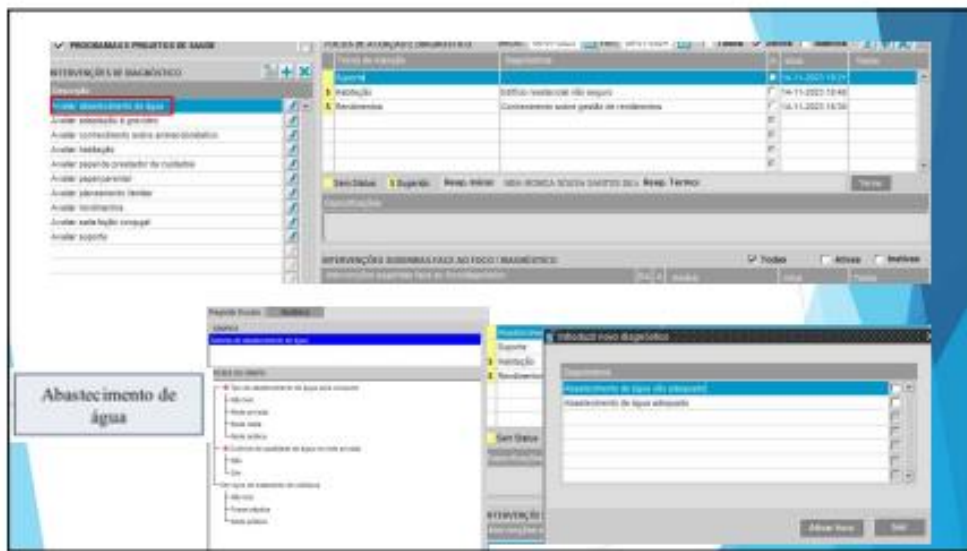
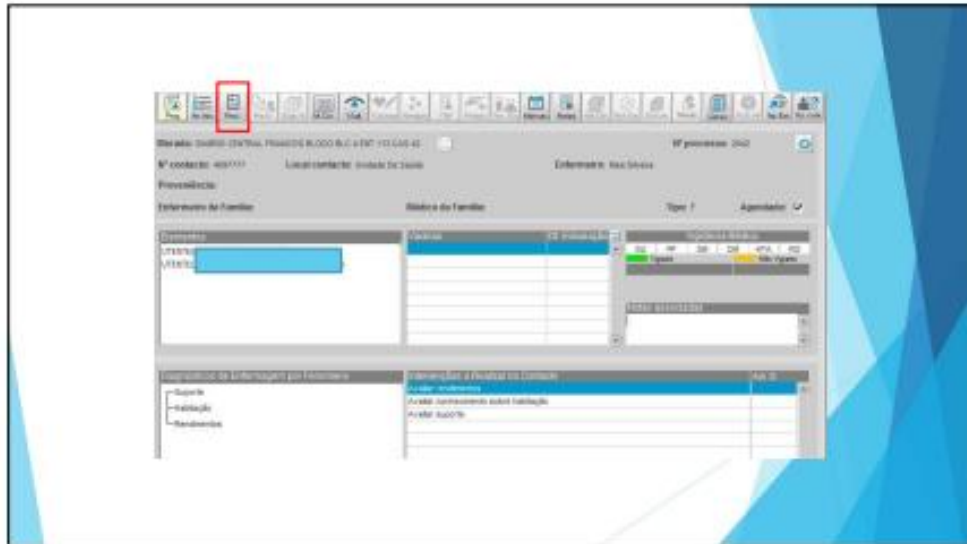
Tipo de familia

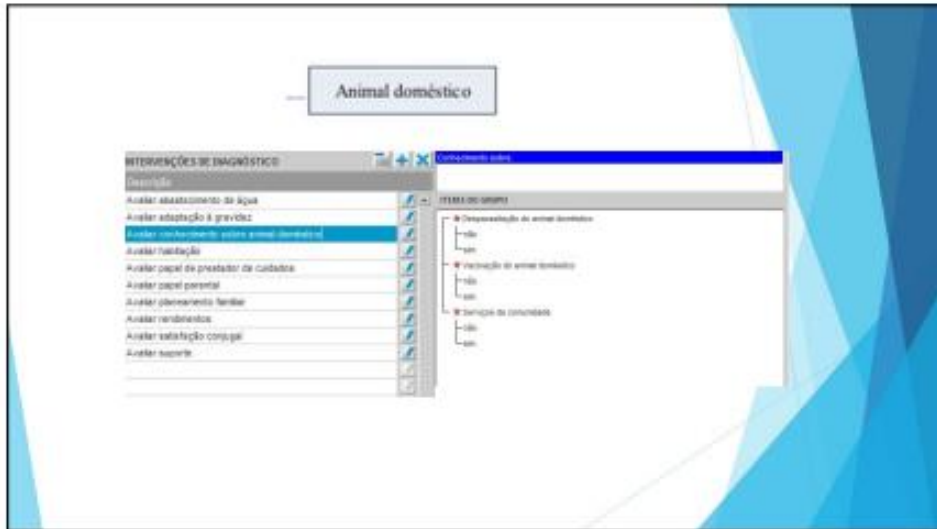
Ciclo de vida de Duvall

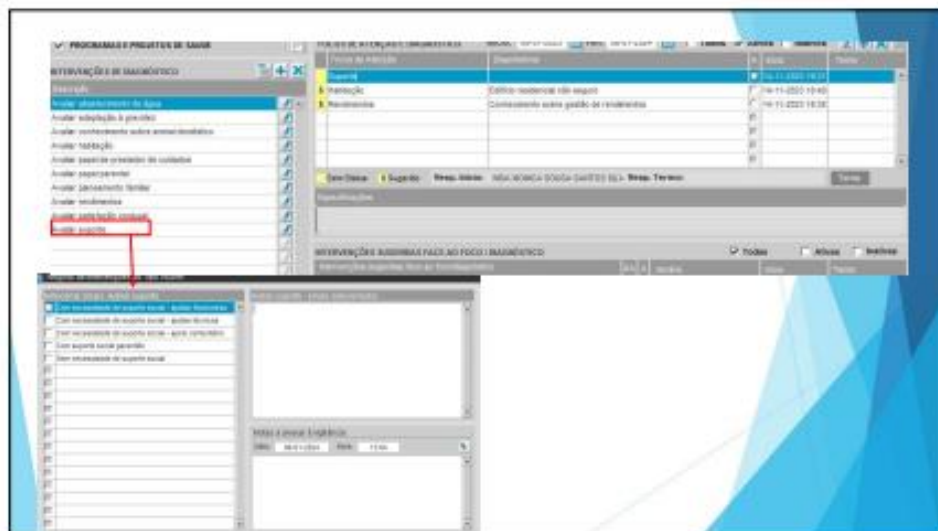
The image displays two screenshots of a software application interface. The top screenshot shows a tree view on the left with 'Tipo de familia' selected, and a dropdown menu on the right showing 'Familia Atípica'. The bottom screenshot shows the same tree view with 'Ciclo de Vida Familiar (Duvall)' selected, and a dropdown menu on the right showing 'Familia Clássica'. Both screenshots include a 'Registo por' field and 'Data' and 'Hora' fields at the bottom right.

Rendimento familiar

The image displays two screenshots of a software application interface. The top screenshot shows a tree view on the left with 'Rendimento familiar' selected, and a dropdown menu on the right showing 'Rendimento'. The bottom screenshot shows the same tree view with 'Rendimento' selected, and a dropdown menu on the right showing 'Rendimento'. Both screenshots include a 'Registo por' field and 'Data' and 'Hora' fields at the bottom right.







Relembrar...

Desenvolvimento

- Satisfação conjugal
- Planeamento familiar
- Adaptação à gravidez
- Papel parental

Tendo em conta as famílias-alvo de intervenção deste projeto que são famílias unipessoais com uma pessoa idosa, não é necessário avaliar a satisfação conjugal, o planeamento familiar ou a adaptação à gravidez. No entanto, se estas famílias tiverem filhos, poderá fazer sentido avaliar o **papel parental**

Relembrar...

Funcional

- Papel de prestador de cuidados
- Processo familiar

The screenshot shows a software interface with a sidebar menu on the left and a main content area on the right. The sidebar menu includes several items, with 'Atuar como cuidador de idosos' highlighted in a red box. A red arrow points from this box to a detailed window titled 'Atuar como cuidador de idosos'. This window contains a list of tasks or activities related to elderly care. The main content area on the right shows a table with columns for 'Atividade', 'Data', and 'Hora', with some data entries visible.

Especificidades da família unipessoal com pessoa idosa



Família unipessoal com pessoa idosa

- ▶ O envelhecimento ocorre de forma diferente mediante ocorra na cidade ou em meio rural, se a pessoa envelhece **sozinha** ou acompanhada, de acordo com os **recursos pessoais e socioeconômicos**, beneficiando de distintas respostas de saúde e acessibilidade aos serviços, equipamentos, espaços públicos, com **autonomia** ou com algum grau de **dependência** (Moreira, 2020).
- ▶ É mais provável que os idosos que moram sozinhos sejam pobres, principalmente com o avançar da idade. O estudo verificou também que existiam sentimentos de **solidão** nessa população, sendo que 25% das mesmas estavam **isoladas**. Naqueles com problemas de saúde ou com défices sensoriais, os novos sintomas tendem a piorar ou podem mesmo passar despercebidos. É também identificada a dificuldade em cumprir os **regimes dos tratamentos prescritos**. Relativamente à nutrição, verificaram que algumas pessoas por terem limitações físicas, não preparam refeições completas e equilibradas, existindo um **risco de desnutrição** (National Academic of Sciences, Engineering and Medicine, 2020).

Família unipessoal com pessoa idosa

- ▶ Estas pessoas tendem a ter dificuldade na realização das atividades de vida diária, em lidar com as **limitações fisiológicas** do corpo, e podem apresentar **perda de memória e comprometimento das relações familiares** (Almeida et. al. (2020)
- ▶ Necessário mais investimento para apoiar um envelhecimento saudável, mais profissionais de saúde, com mais formação e apoio das entidades, bem como de um **envolvimento mais significativo dos idosos** nas decisões que são importantes para eles - **literacia em saúde** (Relatório da OMS, 2023):

Envelhecimento

- ▶ O envelhecimento da população é uma preocupação a nível mundial, pela **elevada prevalência de doenças crónicas e síndromes geriátricas**, que concorre para um aumento da **dependência física, psíquica e social**, diminuição da **funcionalidade** e um aumento da necessidade de **cuidados de saúde** (Perduta, 2019)
- ▶ O envelhecimento humano é um processo progressivo e dinâmico onde ocorrem alterações **fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psicológicas**. Resulta da interação de diversos fatores como: fatores genéticos, estilo de vida, doenças crónicas, determinando o declínio da capacidade funcional (Calles et al., 2015).
- ▶ Algumas modificações fisiológicas e funcionais: **diminuição da capacidade visual, redução do equilíbrio e força muscular, elevando o risco de quedas e possíveis lesões decorrentes delas** (Garage et. al, 2019; Rodrigues et. al, 2014; Teixeira et. al, 2019, como citado em Andrade et. al, 2021).

Auscultação dos profissionais

Nas famílias unipessoais com uma pessoa idosa, que áreas de atenção considera prioritárias que o enfermeiro avalie?

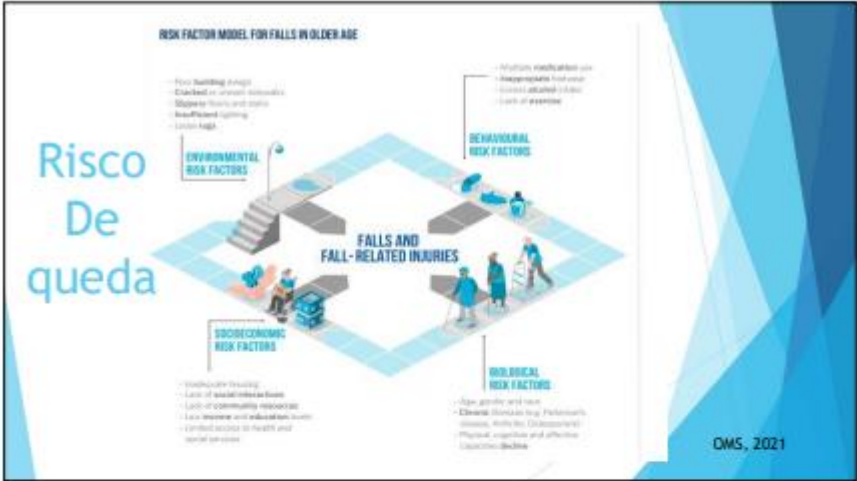


Auscultação dos profissionais

- ▶ Metade dos profissionais considerou que o programa de saúde do idoso **não orienta** para todas as necessidades de atenção, sugerindo algumas áreas a contemplar:
 - ▶ Apoio familiar
 - ▶ Necessidades económicas
 - ▶ Higiene
 - ▶ Prestador de cuidados

Risco de queda no idoso

- ▶ A idade avançada está associada a perda de equilíbrio, perda de mobilidade, visão e audição que fazem aumentar o risco de queda no idoso (OWS, 2021).
- ▶ A nível mundial, 1/3 das pessoas com mais de 65 anos sofrem quedas pelo menos uma vez por ano, em que pelo menos 5% das mesmas resultam em fratura (OWS, 2021).



Risco de queda

- ▶ As quedas são a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo. Adultos com mais de 65 anos sofrem o maior número de quedas fatais (DGS, 2019).
- ▶ Os fatores de queda podem ser multifatoriais, resultantes de diversos fatores de risco que direta ou indiretamente afetam a saúde do idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde, **quanto mais fatores de risco o idoso estiver sujeito, maior é o risco de queda**, refere ainda que existem fatores que podem ser eliminados, mas outros não se conseguem alterar (DGS, 2019)
- ▶ No entanto, de acordo com a evidência científica, é fundamental realizar uma avaliação criteriosa sobre os diversos fatores de risco que aumentam o risco de queda. Essa avaliação deve constar: **uso de calçado inadequado, história de queda anterior, medo de cair, regime medicamentoso, perda de urina, isolamento, edifício residencial, equilíbrio, cognição, visão, audição e ingestão nutricional, uso de álcool**

Risco de queda

questão: Risco

Repetir Exame: Histórico:

questão

Forma de Risco

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- HISTÓRIA DE QUEDA, SEJA INTERMITENTE OU NÃO (ÚLTIMO TRÊS ANOS)
- MEDICAMENTOS OCORRÊNCIAS
- AJUDA PARA CAMINHAR
- HISTÓRIA DE Quedas
- PROBLEMAS OU ANOMALIAS NA TRANSFERÊNCIA
- EQUILÍBRIO POSTURAL

INDICADORES DE ESCALA

Item	Valor
Número de quedas: seja intermitente ou não (último três meses)	Não
Problemas ocorridos	Não
Ajuda para caminhar	Existência de um ou mais problemas de risco
Tempo intermitente	Não
Podem ou não a transferência	Transferência normal
Queda recente	Queda recente nos últimos 30 dias

Fatores de risco para a ocorrência de quedas

Fator de Risco	Índice
Idade	2
Medicamentos	4
Equilíbrio	3
História de quedas	1
Problemas de visão	2
Uso de álcool	1

Como registrar no clinico

Informações de Atendimento

Atividade	Status
Ativar avaliação de estado de saúde	Ativo
Ativar acesso à vacinação	Ativo
Ativar auto-avaliação	Ativo
Ativar auto-avaliação	Ativo
Ativar auto-avaliação - atividade física	Ativo
Ativar auto-avaliação - atividade recreativa	Ativo
Ativar acompanhamento de processo de saúde	Ativo
Ativar acompanhamento sobre a doença	Ativo
Ativar acompanhamento sobre autoavaliação física	Ativo
Ativar acompanhamento sobre autoavaliação recreativa	Ativo
Ativar acompanhamento sobre acesso	Ativo
Ativar acompanhamento sobre prevenção de hipertensão	Ativo
Ativar acesso à vacina	Ativo
Ativar uso de álcool	Ativo
Monitorar status de acesso vacina	Ativo
Monitorar estado vacina	Ativo
Monitorar uso de álcool	Ativo

?

Visão

FOCO DE ATENÇÃO E BALANÇO

26-12-2014 10:58:13 AM

Atividade	Descrição	Data	Status
Comportamento de Processos de Saúde	Políticas para melhorar o comportamento de processos de saúde	26-09-2017 12:20	Ativo
Comportamento de Processos de Saúde	Políticas para melhorar o comportamento para prevenir comprometimento	26-09-2017 12:20	Ativo
Ativo CUBA20	Atividade de acesso	26-09-2017 10:37	Ativo
Comportamento de Acesso	Acesso de vacina	26-12-2014 11:15	Ativo
Comportamento de Acesso	Políticas para melhorar o comportamento sobre vacinação	26-12-2014 11:14	Ativo
Acesso à vacinação	Acesso à vacinação	26-12-2014 11:14	Ativo
Acesso à vacinação	Acesso à vacinação	26-12-2014 11:14	Ativo

Detalhes | Superior | Retirar | Ativar | Iniciar

Informações de Acesso à Vacina

Atividade	Status
Ativar acesso	Ativo
Monitorar estado vacina	Ativo
Monitorar uso de álcool	Ativo

Gestão do regime terapêutico

GRT

Regime Escala | **Resposta**

GRUPO

Gestão do regime terapêutico

ITEMS DO GRUPO

- W Capacidade para geri regime medicamentoso
 - Não determinativa
 - Determinativa
 - Não aplicável
- W Capacidade para geri regime de exercício
 - Não determinativa
 - Determinativa
 - Não aplicável
- W Capacidade para geri regime dietético
 - Não determinativa
 - Determinativa
 - Não aplicável

5. Intervenções relacionadas

Intervenções relacionadas a avaliar

- ✓ Avaliar capacidade para geri o regime medicamentoso
- ✓ Avaliar capacidade para geri o regime de exercício
- ✓ Avaliar capacidade para geri o regime dietético
- ✓ Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso
- ✓ Avaliar conhecimento sobre regime dietético
- ✓ Avaliar conhecimento sobre regime de exercício

Ingestão nutricional

Intervenções

- ✓ Avaliar motivação do estado de saúde
- ✓ Avaliar estado de nutrição
- ✓ Avaliar auto-regulação
- ✓ Avaliar auto-cuidado
- ✓ Avaliar auto-cuidado - atividade física
- ✓ Avaliar auto-cuidado - atividade emocional
- ✓ Avaliar comportamento na procura de saúde
- ✓ Avaliar conhecimentos sobre o diabetes
- ✓ Avaliar conhecimentos sobre auto-observação alimentar
- ✓ Avaliar conhecimentos sobre prevenção de complicações
- ✓ Avaliar risco de saúde
- ✓ Avaliar risco de lesão
- ✓ Monitorar índice de massa corpórea
- ✓ Monitorar estado nutricional
- ✓ Monitorar uso de alimentos
- ✓ Avaliar cognição
- ✓ Avaliar nível de compreensão da linguagem natural

Regime Cereia | **Resposta**

GRUPO

Regime sobre o estado GRT (2021)

ITEMS DO GRUPO

- W 60-65
 - Não
 - Sim
- W O doente perdeu peso nos últimos 3 meses
 - Não
 - Sim
- W O doente reduziu a ingestão alimentar nos últimos 3 meses
 - Não
 - Sim
- W O doente está atualmente doente por 7 ou mais dias
 - Não
 - Sim

Prevenção do risco de queda

Intervenções relacionadas a risco	Item associado
Avaliar possibilidades técnicas e comportamentais	2024-01-09 09:31:18
Avaliar conhecimento do operador de cuspide sobre prevenção de ou demarcação	
Avaliar conhecimentos sobre prevenção de queda	Sem avaliação

Medo de cair

Intervenções relacionadas a risco	Item associado
Avaliar possibilidades técnicas e comportamentais	2024-01-09 09:31:18
Avaliar conhecimento do operador de cuspide sobre prevenção de ou demarcação	
Avaliar conhecimentos sobre prevenção de queda	Sem avaliação

Intervenções relacionadas a risco	Item associado
Avaliar possibilidades técnicas e comportamentais	2024-01-09 09:31:18
Avaliar conhecimento do operador de cuspide sobre prevenção de ou demarcação	
Avaliar conhecimentos sobre prevenção de queda	Sem avaliação

Obrigada pela atenção

ANEXO IX

(Avaliação dos conteúdos das formações)

Questionário da avaliação da sessão de formação nº1

Classifique de acordo com a escala apresentada as seguintes questões, tendo em conta que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.

Áreas	Pontuação				
	1	2	3	4	5
Avaliação global da formação					
De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a sessão de formação apresentada					
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A formação correspondeu às suas expectativas					
Conteúdos abordados	Pontuação				
Pertinência dos temas abordados					
Clareza dos temas abordados					
Tempo dedicado à abordagem dos temas					
Formadora	Pontuação				
Clareza na abordagem dos temas					
Domínio dos temas apresentados					
Contribuiu para a motivação dos participantes					
Recursos de apoio à formação	Pontuação				
Qualidade do suporte pedagógico utilizado					
Duração da formação					
Horário da sessão					

Quer deixar algum comentário ou sugestão adicional?

Questionário da avaliação da sessão de formação nº2

Classifique de acordo com a escala apresentada as seguintes questões, tendo em conta que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.

Áreas	Pontuação				
Avaliação global da formação	1	2	3	4	5
De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a sessão de formação apresentada					
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A formação correspondeu às suas expectativas					
Conteúdos abordados	Pontuação				
Pertinência dos temas abordados					
Clareza dos temas abordados					
Tempo dedicado à abordagem dos temas					
Formadora	Pontuação				
Clareza na abordagem dos temas					
Domínio dos temas apresentados					
Contribuiu para a motivação dos participantes					
Recursos de apoio à formação	Pontuação				
Qualidade do suporte pedagógico utilizado					
Duração da formação					
Horário da sessão					

Quer deixar algum comentário ou sugestão adicional?

ANEXO X – AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DAS FORMAÇÕES

Inquérito de avaliação da sessão nº1

1. De que forma a formação o motivou para a abordagem às diversas áreas da família?
Classifique de 1 a 10, sendo que o zero é nada motivado e o 10 completamente motivado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Sente que os seus conhecimentos aumentaram após esta sessão de formação? Classifique de 1 a 10, sendo que 1 não aumentaram nada e 10 aumentaram muito.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Acha que após esta formação se sente mais capacitada para registar no Sclínico as diversas áreas de saúde familiar? Classifique de 1 a 10, sendo que 0 é nada capacitada e extremamente capacitada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Inquérito de avaliação da sessão nº2

1. De que forma a formação o motivou para a abordagem às diversas áreas da família? Classifique de 1 a 10, sendo que o zero é nada motivado e o 10 completamente motivado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Sente que os seus conhecimentos aumentaram após esta sessão de formação? Classifique de 1 a 10, sendo que 1 não aumentaram nada e 10 aumentaram muito.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Acha que após esta formação se sente mais capacitada para registar no Sclinico as diversas áreas de saúde familiar? Classifique de 1 a 10, sendo que 0 é nada capacitada e extremamente capacitada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO XI

(Indicadores de avaliação das formações)

Proposta de indicadores para avaliação das competências adquiridas após as sessões de formação

Relativamente à avaliação familiar:

Nº de processos com programa de saúde da família identificado X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com registo do ciclo vital da família identificado X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com tipo de família identificado X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com registo de habitação identificado X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com registo de Graffar identificado X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com registo de suporte social identificado X 100
Nº de processos auditados

Relativamente ao risco de queda:

Nº de processos com pelo menos um fator de risco ambiental de quedas X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com pelo menos um fator de risco biológico de quedas X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com pelo menos um fator de risco comportamental de quedas X 100
Nº de processos auditados

Nº de processos com pelo menos um fator de risco socioeconómico de quedas X 100
Nº de processos auditados

ANEXO XII

(Certificados da participação em eventos científicos)

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **Nisa Monica Sousa Santos Silveira** 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

Webinar Do Departamento da Mulher 2023

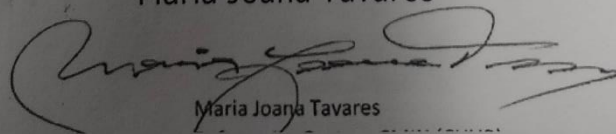
Certificado

Nisa Silveira

Certifica-se que participou do evento Webinar “Políticas de Segurança no cuidar da mulher: (com)atributos do EESMO”, que decorreu por videoconferência, com carga horária de 8 horas nos seguintes dias:

- 26 de setembro - Desafios na diversidade da literacia digital na prestação de cuidados seguros.
- 10 de outubro - Comunicação eficaz nas transições de cuidados.
- 07 de novembro - Promoção de práticas seguras nos diferentes contextos de cuidados hospitalares à mulher (*Parte 1*)
- 4 de novembro - Promoção de práticas seguras nos diferentes contextos de cuidados hospitalares à mulher (*Parte 2*)

Maria Joana Tavares


Maria Joana Tavares





CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Nisa Silveira

participou no Webinar “**Hidratação no Idoso**” realizado no dia **16 de outubro de 2023**, com a duração de 1 hora.

Handwritten signature of Daniel França in black ink.

Eng.º Daniel França

Administrador
Trofa Saúde Braga Centro

Handwritten signature of Rafaela Cunha in black ink.

Enf.ª Rafaela Cunha

Enfermeira do Trofa Saúde Braga
Centro



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Nisa Mónica Sousa Santos Silveira

participou no Webinar “O idoso: quedas e problemas na
alimentação” realizado no dia 26 de outubro de 2023, com a
duração de 1 hora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Vila Nova".

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

3º FÓRUM INTERNACIONAL DO AUTOCUIDADO

DECLARAÇÃO

Declarar-se que *Bruna Andreia Ribeiro César Santos* apresentou a comunicação intitulada *Cuidado à Família que integra um Familiar Dependente no Autocuidado no Contexto da DIPOC* no 3º Fórum Internacional do Autocuidado, realizado nos dias 23 e 24 de novembro de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Bruna Andreia Ribeiro César Santos, Emília Fátima Freitas Monteiro, Maria Joana Alves Campos, Nisa Mónica Sousa Santos Silveira, Susana Margarida Lopes Martins e Susana Almeida Neves

Comissão Organizadora

Presidida por: *Doutora Teresa Viana Martins Pereira dos Santos*
 (Curso de Especialização em DIPOC)
 Data: 2023.11.23 (Doutora Teresa Martins)

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS



CERTIFICADO

Certifica-se que Nisa Silveira participou na Aula Aberta em formato Webinar “Desafios à Responsabilidade profissional do enfermeiro na atualidade – 2023”, que decorreu no dia 6 de novembro de 2023, com a duração de 2 horas e 30 minutos.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Nisa Mónica Sousa Santos Silveira

participou no Webinar “**Psicogenealogia: como a família influencia o nosso comportamento**” realizado no dia **8 de novembro de 2023**, com a duração de 1 hora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Vila Nova".

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado


Certifica-se a presença de

Nisa Mónica Sousa Santos Silveira

No *Webinar Gratuito "Intervenção Sistémica à Família"* realizado no dia 16 de janeiro de 2024, num total de 2 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP


(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização