

# **CUIDADOR FAMILIAR – UM PARCEIRO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Relatório de Estágio para obtenção do grau de

Mestre na área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Mafalda Margarida Girão**

**Orientadora:**

**Mestre Rosário Machado**

2015 Janeiro

Mesmo que já se tenha feito uma longa caminhada,  
há sempre um caminho a fazer.

Santo Agostinho

## **AGRADECIMENTOS**

Nenhum trabalho é individual. O ultimar deste percurso com a realização deste trabalho só foi possível com o apoio e incentivo de várias pessoas que não me deixaram perder de vista o objetivo desta aprendizagem.

À Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém, Professora Isabel Barroso, pelo acolhimento e disponibilidade constante;

Ao Professor Doutor José Amendoeira, pelo seu olhar crítico e pertinente proporcionando um crescimento pessoal e profissional;

À Professora Mestre Rosário Machado pela orientação, incentivo e contínua disponibilidade;

À equipa da Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor, particularmente à Enfermeira Especialista Paula Abreu, pela colaboração;

Às colegas da Unidade de Saúde Familiar Pedro e Inês pelo incentivo sistemático e amizade;

À Elsa pela amizade construída ao longo deste percurso, pelo seu apoio constante e partilha de vivências;

À Ana pela presença constante;

À minha família pelo apoio e compreensão mesmo nas minhas ausências;

Ao Rodrigo e Margarida porque sempre acreditaram que seria capaz de responder a este desafio.

Obrigado....

## RESUMO

Considerada como a unidade básica da sociedade, a família apresenta como função prioritária o suporte e a proteção dos seus membros e emerge como foco dos cuidados de enfermagem. Em situação de dependência de um dos seus membros os recursos familiares são ativados no sentido de garantir o apoio e a resposta às necessidades específicas deste.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de cuidados de enfermagem às pessoas idosas dependentes surge como um problema prioritário, pois estas estão mais suscetíveis a desenvolverem complicações, nomeadamente úlceras por pressão, pela progressiva diminuição da sua autonomia.

Neste sentido, foi realizada uma revisão sistemática de literatura de modo a sistematizar o conhecimento disponível sobre: **Os enfermeiros de saúde familiar promovem a aprendizagem de habilidades do cuidador familiar sobre prevenção das úlceras por pressão.**

A partir da questão PICOD, foram definidas palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos em base de dados eletrónica da plataforma EBSCO no dia 29 de junho de 2014.

Pela análise dos artigos, verificou-se que o enfermeiro deve envolver a família no processo de cuidar do utente dependente. Da família emerge um membro que assume o papel de prestador de cuidados. Cabe ao Enfermeiro de Saúde Familiar, através das suas intervenções, promover a capacitação da família para o exercício deste papel de modo que este seja um parceiro no cuidar e na prevenção de complicações do membro da família dependente.

Palavras-chave: Enfermagem saúde familiar, Cuidador familiar, Úlcera de pressão

## **ABSTRACT**

Regarded as the basis of society, a family's primary function is to provide support and protection to its members and emerges as the focus of nursing care. In a situation of the dependency of one of its members family resources are allocated as to guarantee support and respond to the specific needs of this member.

In a progressively aging society, an increase in the necessity to support the elderly dependent surges as a priority issue, given that a high level of physical dependency puts them at risk of developing pressure ulcers the role the family care giver is primordial in its prevention.

With this in mind was conducted a systematic revision of literature to create a system where the knowledge available about: **The family health nurses promoting the apprenticeship skills of family caregiver in the prevention of pressure ulcers.**

According the PI[C]OD method there was a definition of key words and conducted research of scientific articles in the electronic data base of the EBSCO on the 29<sup>th</sup> of June 2014.

By analyzing these articles it was verified that the nurse must involve the family in caring for the patient. From the family emerges a member takes on the role of care giver. It's up to the family nurse to promote the adaptation of the care giver to this role in such way that it becomes a partner in care giving and the prevention of complications.

Key words: Family health nurse, Family caregiver, Pressure ulcer

## **SIGLAS**

ACeS-ON – Agrupamento dos Centros de Saúde Oeste Norte  
APGAR – Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão  
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CMESF – Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direcção-Geral de Saúde  
ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém  
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar  
EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel  
FACES II – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II  
FC – Familiar Cuidador  
ICE – Investigação Científica em Enfermagem  
ICN – International Council of Nurses  
ICNP – International Classification for Nursing Practice  
IPS – Instituto Politécnico de Santarém  
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PDF - Portable Document Format  
PI[C]OD – Participantes, Intervenções, Contexto, Outcomes, Desenho do estudo  
PNS – Plano Nacional Saúde  
PQCEESF – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SAPE – Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem  
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde  
UPP – Úlcera Por Pressão  
USF RDL – Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor  
WHO – World Health Organization

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das palavras-chave e hierarquia dos descritores .....	26
Quadro 2 - Definição dos critérios de inclusão e exclusão .....	27
Quadro 3 - Artigo analisados .....	28
Quadro 4 - Avaliação Diagnóstica da Dimensão Desenvolvimental .....	40
Quadro 5 - Avaliação Diagnóstica da Dimensão Funcional .....	43
Quadro 6 - Intervenções desenvolvidas nas famílias com um membro dependente .....	47

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das famílias por tipologia .....	36
Gráfico 2 - Avaliação da família extensa – tipo e intensidade de contacto.....	37
Gráfico 3 - Avaliação da Classe Social .....	38
Gráfico 4 - Avaliação do Edifício Residencial; Precaução e Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico. ....	38
Gráfico 5 - Distribuição das famílias de acordo com a etapa do ciclo vital.....	39
Gráfico 6 – Avaliação das famílias de acordo com a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe .....	42
Gráfico 7 – Avaliação das famílias de acordo com o FACES II – coesão e adaptabilidade .....	43
Gráfico 8 - Avaliação das famílias de acordo com o FACES II – tipo de famílias.....	43

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E OS FAMILIARES CUIDADORES: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
1.1 - TRANSIÇÃO DE MEMBRO FAMILIAR PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS .....	17
1.2 - ÚLCERAS DE PRESSÃO – UM INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	21
1.3 METODOLOGIA .....	26
1.4 - RESULTADOS .....	29
<b>2. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
2.1 - A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS .....	32
2.2 - DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO FAMILIAR - IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	34
<b>2.2.1 - Avaliação da dimensão estrutural.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2.2 - Avaliação da dimensão desenvolvimental .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2.3 - Avaliação funcional.....</b>	<b>40</b>
2.3 - ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO DO UTENTE DEPENDENTE .....	46
2.4 - DESeNVOLVIMENTO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTÍNUA.....	48
<b>3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....</b>	<b>51</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>60</b>
ANEXO I - ESCALA DE BRADEN E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE .....	61
ANEXO II – LIMITADORES DA PESQUISA POR BASE DE DADOS .....	72
ANEXO III - RESULTADOS DA PESQUISA COM CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES .....	74
ANEXO III – ARTIGOS ANÁLISADOS .....	76
ANEXO V – QUADRO RESUMO POR ÁREAS DE ATENÇÃO .....	92
ANEXO VI – PROJETO DE ESTÁGIO .....	94
ANEXO VII – PLANOS DE SESSÃO .....	121
ANEXO VIII – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR .....	126
ANEXO IX – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS .....	134

## **INTRODUÇÃO**

A evidência teórica, prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, implica necessariamente que os cuidados centrados na família sejam uma parte integrante da prática de enfermagem que tem a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Na história da enfermagem, os cuidados à família progrediram a par da evolução da disciplina de enfermagem, havendo evidência da preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados, desde Florence Nightingale, era da responsabilidade das mulheres cuidarem dos seus membros familiares doentes o que implicava o envolvimento da família, promovendo a participação dos seus membros, (Wright e Leahey, 2002, Hanson, 2005; Figueiredo 2012).

A relação enfermeiro – cliente demanda que os enfermeiros se distanciem da sua visão do mundo e da sua experiência, para olhar sob a perspetiva da família – sua cliente, esta é a verdadeira visão da enfermagem de família. Pois só desta forma é possível determinar a real situação da família, as suas necessidades, desenvolver um plano de ação e avaliar os resultados das intervenções, Hanson (2005). Para Amendoeira, (2000) a preocupação dos enfermeiros será de apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem-estar superiores aos que possui, pois aquela pessoa está a vivenciar a situação de forma diferente e única de qualquer outra, em que toda a conceção e organização do cuidado se modifica obtendo resultados diferentes.

As alterações demográficas, sociais, tecnológicas e epidemiológicas, têm sido evidentes nas últimas décadas, a população em geral, vive mais tempo. Este facto conduz a consequências bem visíveis: o aumento da esperança média de vida e um aumento inequívoco da população idosa em todo o continente Europeu tendo repercussões na natureza dos problemas de saúde, (WHO, 2008). Embora uma população envelhecida não seja sinónimo de dependência ou doença, constata-se que esta população será mais suscetível ao aparecimento de doenças crónicas e degenerativas, diminuição da independência, aumento da vulnerabilidade e aos custos associados (Imaginario, 2004). As úlceras por pressão (UPP) são lesões que tem maior risco de se desenvolverem em pessoas dependentes.

A situação de doença e, por vezes, a consequente dependência implica maior número de atividades para os membros da família e, a respetiva reestruturação funcional, face ao novo papel familiar que é necessário integrar. O papel de prestador de cuidados corresponde ao padrão

interacional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado. O conhecimento deste papel refere-se à aprendizagem cognitiva e prática permitindo ao membro da família prestador de cuidados, desenvolver eficazmente as tarefas direcionadas ao membro em situação de dependência. As crises são perspectivadas como oportunidades de mudança, o que possibilita a evolução para um novo nível de funcionamento, mais diferenciado e complexo. A capacidade na gestão das estratégias de solução de problemas permitirá que o sistema familiar possa evoluir positivamente na sua trajetória evolutiva, co-construindo cada família as suas próprias estratégias de coping. (Figueiredo, 2012).

Para Meleis (2000), os enfermeiros e os cuidados que prestam aos cidadãos têm por foco ajudar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida.

A reforma dos cuidados de saúde, a crise económica e social e o envelhecimento da população constituem um desafio para a sociedade e como tal para a enfermagem, no sentido de que os cuidados prestados à família e pelos familiares cuidadores garantam o bem – estar e a segurança do utente e família. Compreender a dinâmica da família envolvendo todos os seus membros nos cuidados de saúde será uma vantagem, ajudando as famílias a efetuarem as suas transições no desenvolvimento das situações de vida, prestar cuidados de excelência, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de complicações (Hanson, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu quadro conceptual refere que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Os enfermeiros devem promover a aprendizagem de forma a aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários, para lidar com os desafios de saúde. (OE, 2001).

O Plano Nacional de Saúde 2012 / 2016 recomenda o reforço da cidadania em saúde através da capacitação e do empoderamento do cidadão, nomeadamente na prestação de cuidados a grupos específicos, em que o papel de promoção de cuidados informais, assumido pelo cidadão é reconhecido como uma mais-valia como parceiros no cuidar permitindo a permanência do utente no seu domicílio, (PNS, 2012).

Como enfermeira numa Unidade de Saúde Familiar, a maioria dos idosos em situação de dependência continuam a ser cuidados pelos seus próprios familiares, recaindo sobre estes um papel importante e fundamental no cuidado a estas pessoas e na prevenção do aparecimento de úlceras por pressão (UPP). A OE considera as UPP como um indicador de qualidade dos cuidados prestados, um encargo financeiro para os sistemas de saúde e sobretudo causam sofrimento físico, emocional e social, quer nas pessoas que as têm quer nos seus cuidadores.

Mais importante que o tratamento é a prevenção destas lesões. As UPP são passíveis de serem evitadas ou prevenidas, fazendo todo o sentido que esta problemática seja trabalhada como tema de relevo para a prática de enfermagem.

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS), através do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários desenvolve os pressupostos para a implementação do Enfermeiro de Saúde Familiar, em que este será o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, dá resposta às necessidades da família no exercício das funções familiares, nomeadamente no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde e na identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar. Será um parceiro na gestão da saúde família; o elo entre a família e outros profissionais de referência e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, em particular aos de enfermagem, (MS, 2012).

O Ensino Clínico integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar veio na sequência de um processo de ensino-aprendizagem permitindo desenvolver a capacidade de construir e reconstruir conhecimentos científicos, indo ao encontro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, regulamentadas pela OE em 2011, através da interação com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a Saúde Familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família, (OE, 2011a).

O Ensino Clínico teve como objetivos:

- Demonstrar competência que promove a capacitação da família, enquanto unidade de cuidados, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Demonstrar competência que permite prestar cuidados aos três níveis, focalizar-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- Demonstrar competências no domínio, da melhoria da qualidade, da responsabilidade profissional, ético e legal, da gestão de cuidados, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os enfermeiros e os enfermeiros de saúde familiar em especial são profissionais privilegiados, pois cabe-lhes a eles efetuarem o diagnóstico, prescrever intervenções e avaliar os resultados, capazes de prevenir estas situações, diretamente ao utente ou através do cuidador familiar. Cuidar no domicílio exige do enfermeiro a utilização de recursos e estratégias adequadas a cada situação, pois é neste ambiente que é possível conhecer melhor e compreender o utente e família e as suas necessidades de cuidados uma vez que os membros familiares, conseguem mais facilmente expressar as suas emoções, as suas crenças, práticas e valores sobre a saúde e doença, (Dias, 2000).

Da família emerge um membro que assume o papel de prestador de cuidados, denominado por familiar cuidador. Para assumir este papel, o membro da família tem necessidade de assimilar novos conhecimentos para que o possa desempenhar de uma forma plena, (Marcon e Elsen, 1999).

É importante compreender quais as necessidades da família para a transição deste papel, e a assim se tornarem parceiros no cuidar, minimizando as complicações e promovendo o bem-estar do seu familiar. De acordo com Figueiredo (2012:69) os Cuidados de Enfermagem à Família “tem por foco a promoção dos projetos de saúde da família, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade”, em que o processo de cuidados elaborado em conjunto com a família promove a participação dos seus membros em todas as etapas.

A elaboração do presente relatório tem como objetivos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariando a sua natureza;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

Em termos estruturais, o presente relatório divide-se em três partes. A primeira versa o estado da arte centrado na capacitação do cuidador familiar para a prevenção das UPP, através de uma revisão sistemática da literatura, com a aclaração de conceitos, a metodologia que orientou a investigação e discussão dos achados dos estudos. A segunda parte é referente à contextualização do local da aquisição de competências, onde são explanadas as atividades desenvolvidas no âmbito da aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), segundo Figueiredo (2012), tendo por base o que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Na terceira e última parte será apresentada uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso desenvolvido e contributos para a consolidação do conhecimento, na procura constante da melhoria dos cuidados de enfermagem, especificamente da Enfermagem de Saúde Familiar.

## **1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E OS FAMILIARES CUIDADORES: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

A enfermagem, como profissão, teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, indissolavelmente associados à família, porém a Enfermagem de Família, como área disciplinar no contexto da enfermagem é mais recente, tendo-se vindo a impor a partir da década de 90. Tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais, das teorias da terapia familiar e dos modelos e teorias de enfermagem. A importância destes modelos para a Enfermagem de Família reside na valiosa compreensão das relações entre indivíduos, saúde, ambiente e enfermagem, (Hanson, 2005). A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em Enfermagem de Família.

A envolvimento das famílias nos cuidados de saúde esteve sempre implícita na enfermagem. Conforme referem Wright e Leahey (2002:12), “a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, é natural que envolva os membros da família e forneça cuidados centrados na família”. Apesar de desde sempre as famílias receberem cuidados de enfermagem, os desafios agora colocados ao paradigma individual da enfermagem incluem a família como a unidade de cuidados, ou a família como o contexto dos cuidados.

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, e a palavra família evoca diferentes imagens para cada indivíduo ou grupo.

Historicamente, a família é o resultado da sociedade. Está estreitamente interligada à sua mudança. Estas mudanças na sociedade determinaram a evolução do conceito de família fazendo surgir novos tipos de famílias, onde a estrutura, a dinâmica, a cultura, as relações e funções variam, tornando a sua compreensão mais complexa, global e por isso mais difícil de analisar. A família é a matriz de desenvolvimento dos seus membros, é um sistema dentro de outros sistemas inseridos num determinado contexto com uma cultura própria, (Dias, 2000; Dias 2011).

Para Figueiredo (2012), a família é todo e partes ao mesmo tempo, tendo características próprias para além da soma das partes, em que qualquer alteração afetará quer as partes como o todo, no entanto ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo vital.

O cuidar da família como unidade básica de saúde, exige conhecer como essa família cuida, identificando as suas dificuldades e suas forças. Só assim o enfermeiro, com o seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades dos seus membros.

A Saúde XXI (2002), enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, vê o Enfermeiro de Família, como detentor de um papel crucial, enquanto profissional, ao longo de todo o continuum de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

Para formar uma sociedade forte e dinâmica, o interesse na família está a recuperar a sua importância nos cuidados de saúde, em que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem um papel determinante na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos. As famílias como alvo de cuidados, são um contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença e ao ser reconhecida como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, os enfermeiros devem ajudar as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo assim para a consolidação de um dos pilares fundamentais da sociedade, (Monteiro, 2009).

A família enquanto unidade de cuidados requer intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter um funcionamento adequado, face a transições normativas ou acidentais que implicam alterações na dinâmica familiar. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e família, através de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Dá ênfase às relações e à reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido em conjunto com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, (Figueiredo, 2012).

As famílias modificam-se através de transições, em que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares, podendo derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbação: associadas ao ciclo vital da família, designadas por normativas, ou por situações não normativas, decorrentes de situações de stress acidentais. As primeiras decorrem das

mudanças previsíveis associadas às transições individuais dos seus membros, ou, ao desenvolvimento da família enquanto sistema. As segundas resultam de acontecimentos imprevisíveis, associados aos fatores de stress, (Relvas, 2000; Hanson, 2005; Figueiredo, 2009).

Relvas (2000), define cinco etapas para o ciclo de vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução, integrando as tarefas desenvolvimentais inerentes a cada uma das transições que decorrem do processo evolutivo da família ao longo do seu desenvolvimento: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Para os enfermeiros que trabalham com famílias é crucial que saibam quem é que os seus clientes consideram sua família, e incluir essas pessoas no planeamento das suas intervenções.

Para Petronilho (2010), o envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos é um facto que por si só implica preocupações sociais, económicas e de saúde das populações, tendo como consequência o aumento de pessoas em situação de dependência, exigindo assim que as famílias adquiram competências para lidarem com os novos desafios: cuidar dos seus membros dependentes.

O envelhecimento é uma característica, de todas as formas de vida, como tal as suas consequências naturais foram desde sempre motivo de preocupação do Homem. O aumento da população idosa resulta da chamada transição demográfica que é definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (Rafart, 2001).

O aumento da esperança de vida pode ser encarado como um sucesso da ciência, evolução dos processos terapêuticos, desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas, fármacos mais eficazes e melhoria das condições sócio económicas da população em geral. A longevidade que tanto o ser humano espera alcançar, traduz-se num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência, com necessidade de respostas ajustadas, (Rafart, 2001; Petronilho 2010).

Analisando os dados publicados pela PORDATA (2014), a proporção da população portuguesa com 65 anos ou mais regista um crescimento acentuado, aumentando de 11, 5 % para 19, 6 % do total da população, entre 1981 e 2013. O índice de envelhecimento em 2013 era de 133, 5 face a 45, 4 em 1981.

O grupo dos idosos são considerados um grupo vulnerável. Os grupos populacionais vulneráveis são aqueles que têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde relativamente ao resto da população, e na maioria das vezes maior dificuldade no acesso aos

cuidados de saúde. Sendo o Enfermeiro de Família o elemento de referência para as famílias que cuida, afirma-se não só como um recurso para a família, mas também como um suporte qualificado nas respostas em cuidados de saúde, OE (2010, 2011b).

### 1.1 - TRANSIÇÃO DE MEMBRO FAMILIAR PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

No âmbito do contexto da prestação de cuidados, Sequeira (2007), identifica dois tipos de cuidados relacionados com o cuidador: cuidado formal em que a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes ser enfermeiros, médicos, assistentes sociais, entre outros, tendo a designação de cuidadores formais, pois têm uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham; e cuidado informal, com a prestação de cuidados no domicílio, que por norma ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, designando-se assim de cuidadores informais. Estes últimos, desempenham a sua atividade, não é remunerada, e prestam os cuidados de uma forma parcial ou total, e na maioria das vezes não possuem qualquer formação ou preparação para essa prestação de cuidados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; Sequeira, 2007; Sequeira 2010). Para Andrade (2009), todos os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, em que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades.

Petrilli (1997), citado por Cruz e Hamdan (2008), define cuidador como a pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente normalmente a esposa, os filhos ou outro parente, ou, ainda, uma pessoa contratada para a função. A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência um pouco por toda a Europa. Estima-se que 80% da assistência que os idosos necessitam é prestada pela família (Walker, 1995, citado por Figueiredo, 2007).

Quando a família assume a responsabilidade de cuidar do seu familiar, normalmente emerge do seu seio um elemento que se destaca na prestação desses cuidados, designando-se por Cuidador Familiar. Os motivos que levam o cuidador familiar a adquirir este papel: Papel de prestador de cuidados relacionam-se com fatores inerentes ao idoso (estado de saúde e rejeição de institucionalização); ao cuidador (dever/obrigação; gratidão/retribuição; dependência financeira; grau de parentesco; género; proximidade física e afetiva; estado civil; situação atual de emprego e respeito pela vontade do idoso) e com a família (tradição familiar e ausência de outra resposta), (Cruz et al, 2010).

A maioria dos estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados a idosos dependentes são prestados pelas filhas, a seguir pelas noras, as esposas, e só depois outro tipo

de parentesco. Grande parte dos cuidadores, são pessoas casadas, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e vivem no mesmo domicílio da pessoa dependente, (Brito, 2002).

Na mesma linha de pensamento, (Figueiredo, 2007), diz-nos que a tarefa de cuidar de um idoso recai sobre o elemento feminino mais próximo, contudo, o papel de cuidador é assumido cada vez mais por elementos do sexo masculino. Quanto à idade dos cuidadores, as pesquisas apontam para a faixa dos 45 aos 60 anos, sendo a sua maioria os conjugues que prestam cuidados, aparecendo a descendência em segundo lugar e a viver próximo do idoso.

O aumento da longevidade relacionado com o aumento das doenças crónicas leva a uma maior dependência no autocuidado, estando implícito que um familiar tenha de adotar o Papel de Prestador de Cuidados. Prestador de cuidados, segundo ICN (2011): é aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente. Por outro lado: Membro da Família Prestador de Cuidados: é o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família.

O Papel do Prestador de Cuidados é um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de confiar em alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família, (ICN 2011).

A integração na família de uma pessoa dependente, com *deficit* no autocuidado, torna-se num desafio pessoal e familiar, pois as pessoas envolvidas vêm-se obrigadas a desenvolver novas competências. Estas têm implicações na vida pessoal, familiar, laboral e social dos membros da família prestadores de cuidados, bem como da pessoa dependente. Os enfermeiros constituem-se como um recurso profissional para estas pessoas.

A família ao ser encarada como responsável pela saúde dos seus membros, necessita de ser valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar. Conhecer a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser prestado, o tempo necessário, as características da doença, são factos que devem ser clarificados pelos enfermeiros antes de lhe delegar funções de cuidador. Assumir o papel de prestador de cuidados é facilitado quanto mais a pessoa se identificar e assumir a situação de cuidar de alguém, (Petronilho, 2007; Campos e Brito, 2009).

De modo a ancorar a investigação e da leitura do problema da aprendizagem de habilidades do cuidador familiar na prevenção das úlceras por pressão, houve necessidade de

olhar o estado da arte à luz das teorias desenvolvidas, evocando as Teorias do Autocuidado de D. Orem e a perspectiva da Teoria de Médio Alcance das Transições de A. Meleis, ambas com relevância para a disciplina de enfermagem.

Para Amendoeira (2000), os modelos teóricos são de extrema importância para a planificação dos cuidados de enfermagem dado que proporcionam a concetualização dos mesmos tendo uma linguagem de base comum. O cliente do cuidado pertence a um grupo de referência em que as intervenções só tem significado perante o todo.

A Teoria Geral de Enfermagem do deficit de Autocuidado é constituída por três teorias sequenciais – Teoria do Autocuidado, Teoria do deficit de autocuidado e Teoria dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar.

O deficit de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral do deficit de Autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. Quando um indivíduo apresenta necessidade de ações para promover ou manter a sua saúde pessoal e essa necessidade é maior que a sua capacidade de ação, estabelece-se o que Orem chama de deficit do autocuidado. Tem por base o conceito que a sociedade deve ser capaz de criar meios e oferecer serviços que proporcionem assistência às pessoas em estado de dependência.

E, por fim, a teoria dos sistemas de enfermagem descreve e explica como as pessoas são assistidas através da enfermagem. Os sistemas de cuidados de enfermagem relacionam-se com as ações e interações estabelecidas no autocuidado da pessoa dependente, (Hanson, 2005; Meleis, 2012).

A integração de teorias permite que os enfermeiros compreendam as famílias sob diversas formas proporcionando assim uma maior probabilidade das intervenções selecionadas serem adotadas pelas famílias, porque se adaptam na estrutura, processo e modo de funcionamento daquela família. Orem define a família como a unidade básica, na qual o individuo aprende a cultura, os papéis e as responsabilidades. As teorias do autocuidado de D. Orem concentram-se especificamente no papel que os membros da família desempenham na ajuda ao seu familiar para conseguir cuidar de si próprio.

A doença tem impacto na saúde familiar, a nível estrutural, processual e emocional, necessitando de identificar e mobilizar recursos que permitam o fortalecimento da família, face à necessidade de adaptação, (Figueiredo et al, 2012).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que lidam com indivíduos que estão em diferentes fases das transições. A enfermagem tem como objetivo facilitar os diferentes

processos de transição que os indivíduos experienciam ao longo do ciclo vital. A transição é o resultado das mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente, ou seja é uma passagem de uma fase da vida, condição ou status para outro, (Meleis et al, 2000; Meleis, 2006).

Para Meleis (2010), o conceito de transição é considerado um conceito central em enfermagem, dado que os enfermeiros despendem uma parte significativa da sua prática a cuidar de pessoas que experienciam uma ou mais mudanças na sua vida, tendo estas mudanças impacto na sua saúde.

A Teoria de Médio Alcance das Transições fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições com relevância para a enfermagem, proporcionando, guias orientadores específicos para a prática clínica. (Meleis et al, 2000; Meleis, 2006). A assunção do papel de membro da família prestador de cuidados é uma transição situacional, sendo esta transição de relevância para a disciplina ou profissão pois exigem cuidados especiais pelas características da situação, que se traduzem em mudanças e diferenças significativas nas vidas das pessoas, com fortes impactos na sua saúde, (Schumacher e Meleis, 1994; Meleis et al, 2000).

Para Meleis e Trangenstein (1994), a caracterização da transição como central na condição humana acarreta implicações na prática de enfermagem, uma vez que fornece aos enfermeiros uma estrutura para descrever as necessidades críticas da pessoa durante a transição.

O papel da enfermagem é relevante nas transições dos seus clientes orientadas para a saúde e percepção de bem-estar; ajudando-os no processo de aquisição de competências para a mestria, mobilizando os indivíduos para um nível ótimo de funcionamento e conhecimento. A compreensão por parte dos enfermeiros de como ocorrem os processos de transições pelas famílias e seus membros individualmente é crucial para evitar os efeitos negativos marcados pela transição tornando-o mais vulnerável. As intervenções de enfermagem são aquelas que irão ajudar a pessoa a saber gerir a situação, facultando-lhe informação e ajudando-a a desenvolver e mobilizar recursos pessoais, (Meleis et al 2000; 2010).

Na mesma linha de pensamento, Andrade (2009), considera que cabe aos enfermeiros a facilitação do processo de adaptação a prestador de cuidados, merecendo especial atenção dado que têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida.

De acordo com Hulme (1999) citado por Hanson (2005) a capacitação pode ser encarado como um processo - tornar-se capacitado; um resultado - estar capacitado e uma intervenção – capacitar o outro. A interação enfermeiro – família tem como objetivo provocar mudanças no estilo de vida da família, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde.

Quando a responsabilidade para cuidar de alguém aumenta, a família sente necessidade de formação do modo a explicitar a natureza da capacidade de prestação de cuidados em casa. A ação dos enfermeiros no processo de capacitação dos prestadores de cuidados onde este está interligado com os conhecimentos que os cuidadores possuem, bem como nas crenças das suas capacidades de executarem determinada tarefa, é primordial que exista preparação, formação, integração e acompanhamento destes na prestação de cuidados, (Regadas e Marques, 2012). Para Figueiredo (2012) as dificuldades sentidas pela família, na prestação de cuidados são essencialmente pela falta de conhecimento, de recursos e de suporte social.

Para Andrade (2009), o processo de transição para cuidador informal é uma temática consensual e com evidência científica produzida, o mesmo já não poderá afirmar-se relativamente ao nível do conhecimento das intervenções e respetivos resultados no contexto da facilitação do processo de transição para este papel.

## 1.2 - ÚLCERAS DE PRESSÃO – UM INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS

O apelo à solidariedade familiar teve como resultado o desenvolvimento de medidas de políticas de saúde, onde a institucionalização dos utentes dependentes deveria ser o mais tardiamente possível e só quando considerada necessária, ficando o cuidado dividido entre o Estado e a Família, (Lage, 2007). Regadas e Marques (2012) corrobora esta opinião, pois atribuir às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus membros em situação de dependência também é resultado das dificuldades do sistema de saúde e de proteção social em dar respostas às necessidades de cuidados da população.

A visita domiciliária faz parte de uma metodologia de trabalho, do exercício de Enfermagem, no contexto dos CSP.

A arte de cuidar no domicílio tem como objetivos: avaliar quais os indivíduos que necessitam de apoio no domicílio; planear as intervenções adequadas e executar de forma a resolver ou aliviar os problemas, só desta forma se poderá definir a necessidade de cuidados bem como a sua frequência e manter o utente no domicílio, Collière (2003).

Uma forma de conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente é através da visita domiciliária, durante a qual os enfermeiros percebem o ambiente social e familiar e intervêm na família através da participação de todos os seus membros, especialmente da família alargada e, ainda, criam redes de apoio e ligação com recursos da comunidade adequados para cada problema identificado e a cada família específica (Rice, 2004).

Para os intervenientes no processo: enfermeiro – pessoa- família, o domicílio como local de cuidados, é gerador de bem-estar. A casa é considerada o espaço ideal de cuidados que permite à pessoa e família cooperarem no manuseio da doença ou da dependência em ambiente familiar. O domicílio é, ainda, o espaço libertador das normas institucionais para os enfermeiros, para a pessoa e para a família, facilitando a gestão do tempo e o controlo com base nas necessidades daquelas e não, nas das organizações. Permite a centralidade da pessoa no cuidado, com a sua consequente participação ativa nas decisões e intervenções, estimulando a capacidade de decisão e autonomia. As atividades desenvolvidas dependem do grau de dependência do utente (Imaginário, 2004; Martins, 2006; Duarte, 2010).

Imaginário (2004), agrupa os cuidados a prestar em cuidados expressivos e instrumentais. Os expressivos referem-se aos afetivos e sociais (carinho, companhia, conforto e distração), enquanto os instrumentais referem-se: cuidados físicos (alimentação, higiene, eliminação, vestuário e mobilização), cuidados técnicos (administração de terapêutica e execução de tratamentos), cuidados de vigilância, acompanhamento às consultas e gestão da medicação.

O Conselho da Europa (1998), citado por Figueiredo (2007) define dependência como a necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diárias ou seja, como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes para a realização das atividades de vida diária. Não é exclusiva do envelhecimento, podendo ocorrer em qualquer outra fase do ciclo vital, ou, quando ocorre um processo de doença crónica. É consensual que os idosos apresentam com maior frequência as capacidades funcionais e cognitivas diminuídas carecendo de ajuda para cuidar de si próprio nas diversas atividades de vida diária. Para o ICN (2011) dependência: é a verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte. Conhecer o grau de incapacidade funcional dos idosos dependentes é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. Obtêm-se através do Índice de Barthel, (Figueiredo, 2012).

De acordo com os padrões de qualidade preconizada pela OE, para os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (2011:9) e especificamente os enunciados descritivos: 3.3. A prevenção de complicações e 3.4. O bem-estar e o autocuidado. O enfermeiro através do seu rigor técnico e científico tem por obrigação prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, contribuindo para aumentar o bem-estar e complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2011).

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, causando sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores podendo levar à morte, constituindo um problema recorrente em Portugal, de acordo com a DGS (2011).

Segundo o ICN (2011:79): “úlceras de pressão é um dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”. Na perspetiva da European Ulcer Advisor panels e da National Pressure Ulcer Advisory panels (EPUAP e NPUAP) (2009:9) Úlceras por pressão (UPP) pode definir-se como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. A classificação das UPP por categorias e um sistema de avaliação baseado na profundidade anatómica do tecido lesado.

A comunidade científica advoga que as úlceras de pressão são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento. A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras por pressão são uma causa importante de morbidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Ferreira et al., 2007; ICE, 2011; DGS, 2011).

A prevalência de úlceras por pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de Portugal, aponta para 13% conforme dados publicados no seu relatório de atividades de 2013. Do total de registadas, 83% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de úlceras por pressão observada na rede foi de 2,3%. Relativos aos cuidados hospitalares, a prevalência média de úlceras por pressão é de cerca de 11,5%, (DGS, 2011; RNCCI, 2014).

Perspetiva-se que em 2050 cerca de 32% da população portuguesa tenha mais de 65 anos, e dentro destes, que 10% tenha idade superior a 80 anos, (INE, 2013). Face à associação entre a idade avançada e o risco de desenvolver úlceras por pressão, existem grandes probabilidades deste problema de saúde pública se tornar muito grave, em especial pelos recursos humanos e materiais envolvidos a demandar uma percentagem muito significativa do orçamento das instituições de saúde.

O primeiro passo para a prevenção das úlceras por pressão é identificar os utentes em risco, a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. De forma a prevenir o seu desenvolvimento é necessário realizar uma avaliação contínua das pessoas. Relativamente ao aparecimento de úlceras por pressão, as intervenções autónomas do Enfermeiro, sendo estas da sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, tendo um grande impacto sobre a prevenção destas lesões. Esta tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do cuidador familiar, adequando a implementação das intervenções, dos resultados da investigação na sua prática, de acordo com OE (2003).

No que diz respeito a prevenção por úlceras de pressão muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos Enfermeiros. A NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 o Pressure Ulcer Prevention & Treatment: clinical practice guideline e o Pressure Ulcer Prevention & Treatment: quick reference guide, com as principais diretrizes baseadas em evidências para prevenção e tratamento de úlcera por pressão (EPUAP/NPUAP, 2009).

Existem várias escalas que permitem determinar o grau de predisposição do doente para o desenvolvimento de úlceras por pressão, fundamentais para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

Em 2011 a Direção Geral de Saúde (DGS) emanou uma norma de orientação a fim de os enfermeiros procederem à avaliação do risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão através da aplicação da Escala de Braden, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde. Os instrumentos que estão validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden e o instrumento da avaliação da pele (Anexo I).

Também a EPUAP&NPUAP (2009) recomendam a utilização desta escala, como sendo aquela que, até ao momento, apresenta maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo.

A nível dos Cuidados de Saúde Primários, a DGS preconiza a aplicação da Escala de Braden ao utente no domicílio devendo ser aplicada durante a primeira visita domiciliária e os resultados obtidos serem registados no processo clínico. O risco de desenvolvimento de úlcera por pressão deve ser reavaliado semanalmente, para utentes com cuidados domiciliários. É constituída por seis subescalas: (1) perceção sensorial, (2) humidade, (3) atividade, (4) mobilidade, (5) nutrição e (6) fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de úlceras por pressão e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente.

A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), ou seja, quanto maior for a pontuação menor o risco desenvolvimento de úlcera por pressão.

Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.

A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e dos familiares cuidadores, relativamente aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras por pressão, é prioritária não só para se reduzir o aparecimento de novos casos como também a gravidade do quadro clínico. (DGS, 2011).

Phaneuf, (2001) defende que o ensino à pessoa é uma obrigação profissional dos enfermeiros relacionados com a qualidade e responsabilidade dos cuidados e não uma livre escolha de o fazer. Enumera alguns princípios que devem ser tidos em conta, no processo de ensino: Incentivar a pessoa a colaborar no planeamento dos objetivos, nos horários a implementar; ser adequado à condição da pessoa; o ponto de partida deverá ser do que a pessoa já conhece, para o que desconhece; ir ao encontro do estilo de aprendizagem da pessoa; utilizar uma linguagem simples e adequada à pessoa e dividir o ensino em parcelas para promover a aprendizagem.

Para Bastable (2010), aprendizagem significa um processo dinâmico e permanente pelo qual indivíduos adquirem novos conhecimentos ou habilidades, modificando os seus pensamentos, sentimentos, atitudes e ações. De acordo com ICN (2011) é um tipo de autoconhecimento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência. Petronilho (2007) defende que o enfermeiro deverá devolver em forma de imagem, por demonstração, o que espera do comportamento da pessoa, de modo a obter uma resposta correta através do treino. O saber fazer irá depender da observação do modelo e, de uma intenção de corrigir por erros e tentativas. Demonstrar de forma clara e realizar o treino dos comportamentos mais complicados de forma faseada, dando um reforço ao aprendiz, durante as fases da execução e não só no final.

A intervenção dos enfermeiros, deverá ser estruturada numa lógica de parceria, em que o planeamento dos cuidados inclui os clientes, ficando profissionais e clientes numa relação de equidade no processo de tomada de decisão. Cada vez mais a atenção fica centrada na pessoa ou família alvo de cuidados tendo um papel decisório nos assuntos que à sua saúde dizem

respeito. É nesta linha de pensamento que surge o conceito de empowerment entendido como um processo de “dar poder”, permitindo aos indivíduos ou famílias aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania, OE (2009).

O empowerment é um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. Estas alterações nos paradigmas da saúde implicam uma redefinição de papéis, nomeadamente das equipas de saúde, cujas intervenções deverão basear-se na capacitação e promoção da saúde como estratégias de potenciar o empowerment, proporcionando ao cidadão uma maior autonomia e ganhos em saúde, (OE, 2009; Silva et al, 2011). Segundo a OE (2011b) o empowerment para a saúde familiar pode ser considerado como todo o acréscimo de poder induzido ou conquistado permitindo aos sistemas familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania. Também os enfermeiros de Enfermagem de Saúde Familiar têm como uma entre outras, a missão de: acompanhamento das famílias, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, (OE, 2011a).

### 1.3 METODOLOGIA

Após a reflexão da minha prática e da clarificação de conceitos emergiu a questão em formato PICO: **O Enfermeiro de Saúde Familiar, promove a aprendizagem de habilidades (I) do cuidador familiar (P) sobre prevenção de úlceras por pressão (O)?**

Para a realização da revisão sistemática de literatura, tendo por base a concetualização teórica, definiram-se palavras-chave (Quadro 1). Estas foram validadas na MeSH Browser como descritores.

Quadro 1 - Descrição das palavras-chave e hierarquia dos descritores

			Palavras-chave	Descritores
<b>P</b>	População	Famílias com utentes dependentes	Enfermagem de Família	1- Nurs* 2- Family Nurs*

**ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E OS FAMILIARES CUIDADORES: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

<b>I</b>	Intervenção	Promover a aprendizagem de habilidades	Cuidador Familiar Úlcera por Pressão	3 - Caregiver 4 - Pressure Ulcer
<b>[C]</b>	Comparações	-----		
<b>O</b>	Outcomes	Capacitação do cuidador familiar na prevenção de UP		
<b>D</b>	Desenho	Qualitativo/Quantitativo		
<b>EXPRESSÃO DE PESQUISA</b>				
Nurs* and Family nurs* and Caregiver and Pressure Ulcer				

Foram definidos critérios para inclusão e exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura (Quadro 2).

Quadro 2 - Definição dos critérios de inclusão e exclusão

	<b>Crítérios de Inclusão e Exclusão</b>
P- Participantes	Cuidadores familiares – adultos com idade superior a 18 anos, excluindo cuidadores de Lares, Casas de Acolhimento, Centros de Dia.
I- Intervenções	Intervenções autónomas – Promover a aprendizagem de habilidades do cuidador familiar, que não pode ser portador de doença mental.
D - Desenho	A evidência científica pode ter sido obtida através de abordagens qualitativas ou quantitativas.

Após a definição da pergunta PI[C]O pretendeu-se que a Revisão Sistemática da Literatura desse respostas à questão, baseadas em evidência científica.

Usando as palavras-chave pela ordem referida, foi efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 29 de junho de 2014, pelas 19 horas, nas bases de dados: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MEDLINE with Full Text; CINAHL Plus with Full Text e MedicLatina with Full Text. Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta: booleano and ou or, Full Text em PDF e friso cronológico 10 anos (Janeiro de 2004 a Junho de 2014), e como limitadores especiais utilizados por base de dados os descritos no anexo II.

O processo de pesquisa deu-se através da combinação das palavras chave. Foram identificados 20 artigos conforme consta no anexo III.

A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitava dúvidas, do texto integral, recorrendo aos critérios de inclusão.

Dos 20 artigos identificados: 15 foram excluídos pelo título, 3 rejeitados pela leitura do resumo, tendo sido incluído nesta revisão sistemática de literatura, dois artigos que satisfaziam

os critérios de inclusão, estando estes sistematizados sob a forma de quadro (Quadro 4) e na sua íntegra no anexo IV.

Quadro 3 - Artigos analisados

Autores/ Ano/ Título	L Blanes, MIS Carmagnani and LM Ferreira /2007 /Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia	Vicky Wilson / 2004 / Supporting family carers in the community setting
Objetivos	Avaliação da qualidade de vida e de saúde dos cuidadores primários de pessoas com paraplegia traumática	-----
Tipo	Estudo descritivo, transversal, realizado através de entrevistas conduzidas com questionário estruturado	Artigo em Revista Científica
Nível de evidência	Estudo descritivo, transversal Nível de Evidência- VI, (Melnik,2005)	Artigo de opinião de um perito Nível de Evidência- VII, (Melnik,2005)
Participantes	60 Cuidadores primários de pessoas com paraplegia, devido a lesão medular traumática, que vivem em S. Paulo, Brasil. A colheita de dados foi realizada entre janeiro e maio de 2005	-----
Resultados	Neste estudo verificou-se que o cuidador passa uma média de 11,3h por dia cuidando do familiar dependente, o que reflete uma dedicação quase completa. A sobrecarga do cuidador é relevante, tendo impacto nos aspetos físicos, emocionais, psicológicos e sociais. A sua idade média é de 35,8 anos. Eram predominantemente do sexo feminino, 81,7%, com idade entre os 18 e 60 anos. Todos eram	Este artigo tem como objetivo explicar as pressões vivenciadas pelos familiares cuidadores e como os enfermeiros os podem ajudar para a transição desse papel. Considera a família como unidade de cuidados com as suas especificidades. Considera a Visita Domiciliária como uma estratégia importante por parte da equipas de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, dado que proporciona uma estreita

	<p>familiares, 26,6 mulheres, 23,4% irmãs e 18,4%, mães, entre outros. Estes resultados são semelhantes aos encontrados num estudo realizado na Suécia, em que as esposas são destacadas como as principais cuidadoras e, menos frequentemente, os outros parentes.</p> <p>Os resultados obtidos podem levar à elaboração de estratégias para reduzir o impacto causado pela doença, na vida e na saúde dos cuidadores de pessoas com paraplegia e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.</p> <p>Entre essas estratégias referidas, estão essencialmente, o apoio domiciliário, educação para a saúde orientados também para os cuidadores e não só para o familiar dependente.</p>	<p>relação com o familiar cuidador e restantes membros da família; permite avaliar as condições habitacionais e a dinâmica familiar e assim estabelecer intervenções adaptadas às necessidades individuais do membro familiar dependente e da família; efetuar educação para a saúde, nomeadamente: como evitar úlceras por pressão; administração de terapêutica, cuidados de higiene e conforto; técnicas de mobilização e posicionamentos no leito. Permite ainda, identificar os pontos fortes da família.</p>
--	---	--

#### 1.4 - RESULTADOS

A revisão do conceito de autocuidado foi focalizada na teoria de enfermagem do deficit de autocuidado de Dorothea Orem, dispensando uma particular atenção à teoria do autocuidado e do cuidado à pessoa dependente. Constituindo a passagem do autocuidado para um sistema de cuidados a dependentes, um processo de mudança que se afigura como uma transição, abordou-se este conceito à luz do modelo desenvolvido por Meleis.

Na apreciação dos estudos em análise, pode-se concluir que sustenta teórica e empiricamente a questão de investigação que motivou esta revisão. Os autores reconhecem e demonstram a importância e o valor da intervenção do enfermeiro, na capacitação do cuidador familiar na aprendizagem de habilidades, nomeadamente na prevenção de complicações.

Petronilho (2007) defende que as intervenções dos enfermeiros no sentido de dotarem os familiares cuidadores com conhecimentos e habilidades, para prestarem cuidados adequadas às necessidades demonstradas pelos seus familiares são determinantes para a transição saudável para este papel.

França, Peixoto e Araújo (2013), na Revisão Sistemática de Literatura efetuada sobre as intervenções de enfermagem ao Familiar Cuidador da pessoa dependente, concluem que as principais intervenções descritas correspondem a intervenções psicoeducativas. O treino de habilidades é demonstrado como útil pois aumenta a confiança do Familiar Cuidador no desempenho do seu papel com a pessoa dependente.

Rodrigues e Soriano (2011), defende que mais importante do que o tratamento das lesões é impedir que as UPP se desenvolvam ou seja preveni-las, tendo sempre como objetivo os ganhos em saúde, em que os enfermeiros são os intervenientes privilegiados, pois diagnosticam e prescrevem intervenções para prevenir as UPP.

Dos resultados que emergiram desta revisão, constata-se que existe um percurso para efetuar, pois será premente continuar a efetuar estudos sobre esta temática, sobre metodologias utilizadas na avaliação do risco e aprofundar as questões que englobem o cuidador familiar neste processo.

A aprovação da Declaração de Munique, no ano de 2000, teve como finalidade a identificação de ações específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem prestam cuidados, preconizando a criação de oportunidades para estabelecer e suportar programas e serviços de enfermagem centrados na família.

## **2. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Para Wright e Leahey (2002), de acordo com a evidência teórica, prática e científica do significado que a família contribui para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como da influência sobre a doença, implica que a enfermagem tenha como centralidade de cuidados a família como parte integrante da sua prática.

De acordo com Stanhope e Lancaster, (1999), os CSP devem dirigir-se para a resolução das necessidades/problemas de saúde de uma determinada população/comunidade, através de atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, enfatizando a auto responsabilização e participação da comunidade.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, os Cuidados de Saúde Primários são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades. Foi neste contexto que o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, repristinou o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as Unidades de Saúde Familiar.

No mesmo sentido, o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, com a redação introduzida pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, regulamentou o lançamento e a implementação das Unidades de Saúde Familiar enquanto estruturas constituídas por uma equipa multiprofissional, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma população determinada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

A enfermagem e especialmente o enfermeiro de família, é detentor de um papel crucial ao longo de todo o continuum de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida. É ainda agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente em situações de crise ou nas questões de saúde, Monteiro (2009).

O Ensino Clínico decorreu entre o dia 10 de março e 25 de julho de 2014 na Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor (USF RDL). É uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS-ON) que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e está situada na freguesia de Nossa Sr.<sup>a</sup> do Pópulo, em Caldas da Rainha, no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha. O concelho de Caldas da Rainha, delimitado pelo Oceano Atlântico a oeste e pelos concelhos de Alcobaça, Cadaval, Óbidos, Bombarral e Rio Maior, é um dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria. Abrange uma área de 255,87 Km<sup>2</sup> e tem como sede do concelho a cidade das Caldas da Rainha. É constituído por 16 freguesias, duas delas em meio urbano formando a cidade de Caldas da Rainha (Nossa Sra. do Pópulo e Sto. Onofre) e as restantes em meio rural (A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalhal Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, S. Gregório, Serra do Bouro, Sta. Catarina, Sto. Onofre, Tornada e Vidais).

A equipa da USF RDL é coordenada pela Dr.<sup>a</sup> Leonor Salvo, e a sua equipa constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, organizados em equipas nucleares de família (médico, enfermeiro e assistente técnico). Prestam cuidados de saúde a cerca de 16000 utentes inscritos, sendo este número naturalmente dinâmico; são cerca de 2000 utentes por cada equipa de família, tendo utentes inscritos de todas as freguesias do Concelho de Caldas de Rainha, mas predominantemente das freguesias de Nossa Sra. do Pópulo e Sto. Onofre.

O horário de funcionamento está compreendido entre as 8h e as 20h de todos os dias úteis e entre as 9h e as 13h aos sábados.

O Ensino Clínico tinha como estratégia delineada interagir com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, compilando dados sobre cada uma das cinco famílias, no sentido da identificação de focos e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, projetando o planeamento da intervenção.

Da análise da pirâmide etária da lista de utentes do ficheiro da enfermeira cooperante, verifica-se que se trata de uma população envelhecida, em que o Índice de Envelhecimento (169) é superior ao da média nacional (129,4), bem como o Índice de Dependência dos Idosos (36, face a 29,1 a nível nacional), (PORDATA, 2013).

## 2.1 - A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS

O conceito de família é detalhado sob uma perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos. Da interdependência entre os seus elementos, emerge um contexto de coesão e covariação em que todos se encontram em interação, formando uma totalidade coerente,

mantendo-se em funcionamento, evoluindo de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, Figueiredo (2012).

O tipo de família inventaria a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam as suas funções internas e externas associadas ao seu desenvolvimento. A lista de utentes da enfermeira cooperante é constituído por 712 famílias, em que a maior percentagem é de famílias tipo unipessoal (33.9%), seguido das famílias tipo casal (27,8%). Estes dados vão ao encontro de que se trata de uma população envelhecida em que muitos idosos vivem sozinhos ou como casal.

Segundo a OE (2010a) o Enfermeiro de Saúde Familiar responsabiliza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias de uma área geográfica específica nas diferentes fases do ciclo vital da família e aos diferentes níveis da prevenção, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade. Esta entidade preconiza um rácio de 300 / 400 famílias ou seja em média 1550 utentes. Na USF RDL esta situação não se verifica, pois cada enfermeiro tem associado os utentes por lista e não por área geodemográfica, tendo rácios de famílias muito acima do preconizado, (712).

As famílias foram selecionadas pela enfermeira cooperante, pois esta como enfermeira de família é o profissional de referência e de suporte qualificado que responde às necessidades das suas famílias e que melhor conhece as suas características e necessidades.

De acordo com o tipo de família, que permite a incorporação de múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração, foram-me atribuídas 5 famílias: **2 famílias alargadas**; constituídas pela família nuclear e outros parentes e **3 famílias reconstruídas**; constituída pelo casal em que um dos elementos teve uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento, sendo esta tipificação de acordo com Figueiredo (2012) citando Relvas (1999). Percebermos em que fase do ciclo vital se encontra a família é crucial, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar interage com as famílias, presta cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida, aos vários níveis de prevenção. Considera-as como uma unidade de cuidados e focaliza-se na família como um todo, bem como nos seus membros individualmente. As suas intervenções devem ser de modo a promover e a facilitar as mudanças no seu funcionamento

O primeiro contacto com as famílias foi efetuado pela enfermeira cooperante, ou seja a enfermeira de família. Este primeiro contacto foi de extrema importância de modo a explicitar os objetivos das intervenções futuras e assim poder estabelecer uma relação terapêutica com

as famílias. Todas as entrevistas seguintes decorreram nos diversos contextos, tais como na unidade de saúde ou no domicílio, tendo sido previamente planeadas. Estas foram sustentadas nos cinco princípios defendidos por Wright e Leahey (2002), nomeadamente: **Boas Maneiras:** como essência do comportamento social comum e diário, de modo a incutir confiança nos membros da família. **Relação Terapêutica:** pois cada conversa com as famílias não é trivial. Cada conversa em que participamos com as famílias ou com algum dos seus membros influencia a mudança tanto nas nossas estruturas biopsicossociais e espirituais como nos dos membros da família. As entrevistas são consideradas terapêuticas porque desde o início é intencional e limitada ao tempo. A arte de ouvir é também de extrema importância, tendo por si só um grande potencial terapêutico. **Genograma e Ecomapa:** Componentes essenciais a qualquer avaliação da família, como tal foram colhidos dados a fim de desenhar estes instrumentos. **Perguntas Terapêuticas:** Onde se encoraja a família a expressar as suas crenças, a clarificar sobre as questões de saúde e a refletirem sobre a situação em que vivem. **Elogiar as forças da família e dos seus membros:** Os elogios às famílias são uma intervenção importante baseada nos recursos familiares e nas suas competências.

Foi no primeiro contacto com as famílias que foi solicitado verbalmente o consentimento para a colheita de dados tendo sido este consentido também verbalmente pelos elementos das famílias.

Outra fonte importante para a colheita de dados são os sistemas informação, permitindo-nos consultar o histórico do plano de vigilância de saúde, consultas (médicas e de enfermagem), registo de vacinas, intervenções de outros profissionais de saúde que interagiram com as famílias em estudo e dados pessoais. Estes foram consultados nos sistemas informáticos em uso nesta unidade de saúde tais como: o sistema de informação para as unidades de saúde (SINUS) e o sistema aplicativo para a prática de enfermagem (SAPE).

Todos os dados colhidos tinham como objetivo fornecer informação para a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

## 2.2 - DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO FAMILIAR - IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Os modelos conceptuais oferecem distintas perspetivas para a prática de enfermagem. Servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. São considerados como instrumento de ligação entre a teoria e a prática, clarificando pensamentos sobre os elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si, (Wesley, 1997, citado por Figueiredo 2012). No percurso de criação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, o

MDAIF de Figueiredo (2012), foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros, em 2011, como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar. Pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento das suas práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, em contexto dos CSP. É sustentado no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as suas fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família, segundo Wright e Leahey.

As intervenções de enfermagem com as famílias requerem a utilização de um modelo que permita a conceção de cuidados, orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções com as famílias, pois são um quadro de referência e um modo coerente de refletir e compreender a família.

O MDAIF integra os conceitos que classificam os fenómenos centrais do sistema teórico, comparados ao metaparadigma de enfermagem apresentado por Fawcett, em 1984: Família; Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família, (Figueiredo, 2012; Fawcett (1984).

Para a autora do Modelo Dinâmico o conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas fundamentalmente por vínculos afetivos. A família é o todo e as partes ao mesmo tempo. Da sua rede de relações múltiplas e dinâmicas emergem processos de co-construção evolutivos. A Saúde Familiar integra os aspetos relacionados com a mutualidade entre o estado de saúde dos seus membros, o estado de saúde da comunidade e os fatores promotores da adaptação da família como unidade funcional. O Ambiente Familiar é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais: o microsistema como o contexto imediato onde os membros da família interagem entre si e onde desenvolvem os seus papéis familiares; o mesosistema como os contextos mais amplos que integram a rede social; o exosistema como os contextos que não envolvem os membros da família como participantes, mas que podem causar perturbação, sendo exemplo as alterações a nível das instituições da saúde, profissionais; com quem o sistema familiar interage; o macrosistema corresponde ao nível mais amplo do ambiente; o cronosistema, como um subconceito que corresponde às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, na família e no ambiente.

Os Cuidados de Enfermagem à Família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Têm por finalidade a capacitação da família.

A avaliação centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Em complementaridade com os dados avaliativos constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar. No decorrer das várias entrevistas efetuadas às famílias foram colhidos os indicadores de avaliação, respeitando sempre a dinâmica de cada família.

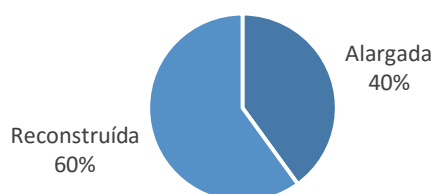
As áreas de atenção familiares relevantes para a prática de cuidados de enfermagem, são as categorias avaliativas das dimensões **estrutural** (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico); de **desenvolvimento** (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental) e **funcional** (papel do prestador de cuidados e processo familiar), formando assim a matriz operativa que permite direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

De seguida será apresentado o resumo da avaliação diagnóstica realizada em que foram avaliadas todas as dimensões operativas dos vários focos ou áreas de atenção, a cada família, na sua especificidade.

### **2.2.1 - Avaliação da dimensão estrutural**

**Tipo de família:** A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. As famílias atribuídas tal como se verifica no gráfico 1, foram apenas de duas tipologias, alargada e reconstruída.

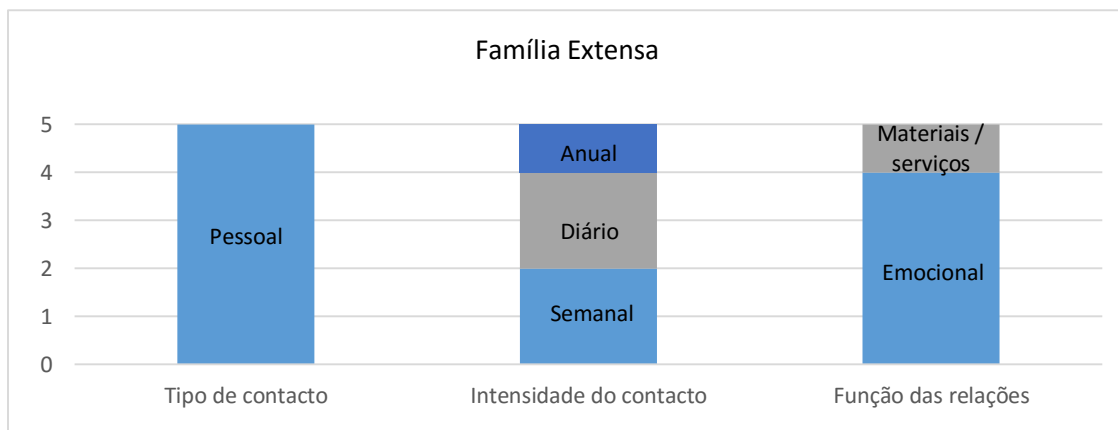
Gráfico 1 - Distribuição das famílias por tipologia



**Composição da família:** Agrega a informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos elementos, o vínculo entre os mesmos, datas de nascimento e outros dados considerados relevantes para a compreensão da estrutura. O instrumento de avaliação familiar utilizado foi o genograma que permitiu ter uma perceção da estrutura familiar e dos seus problemas.

**Família Extensa:** Pretende identificar o tipo e a intensidade do contacto, além das funções das relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem e outros parentes, não englobados no sistema familiar. A avaliação da Família Extensa pretende identificar o tipo e a intensidade do contacto bem como as funções estabelecidas entre os membros da família, tal como se pode verificar no gráfico 2. O tipo de contacto para todas as famílias é pessoal; quanto às relações estabelecidas estas são na maioria de apoio emocional (4 famílias) e uma para ajuda de materiais e serviços. Relativamente à intensidade do contacto: duas famílias é diário; outras duas semanais e uma anual.

Gráfico 2 - Avaliação da família extensa – tipo e intensidade do contacto



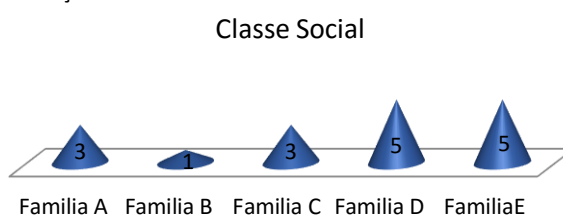
**Sistemas mais Amplos:** Inclui as interações sociais entre contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada, estes dados são representados graficamente através do ecomapa. O ecomapa permitiu explorar as relações e ligações com o contexto exterior. Da avaliação efetuada, todas as famílias referem como um apoio importante os profissionais da USF RDL. Foi ainda perceptível a relação de tensão geradora de *stress* das famílias D e E com técnicos de outras instituições – Segurança Social.

**Avaliação da Classe Social:** Possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de *stress* familiares que possam estar associados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial, obtém-se através da aplicação da Escala de *Graffar* Adaptada. Da avaliação efetuada (gráfico 3), constata-se que uma família classifica-se como classe alta; duas como classe média e duas com classe baixa, ou seja apresentam um baixo nível socioeconómico, o que levou à referenciação para outras entidades (Segurança Social e Unidade de Cuidados na Comunidade), tal como preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011a), em que as intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar devem ser desenvolvidas em articulação

e complementaridade de funções com outros profissionais dos CSP, potenciando sinergias, numa lógica de processo assistencial integrado.

Segundo Figueiredo (2012), o rendimento familiar é considerado como a relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos membros da família. Nas famílias cujo a avaliação da classe social é grau 5 (família D e E) o Rendimento Familiar é insuficiente.

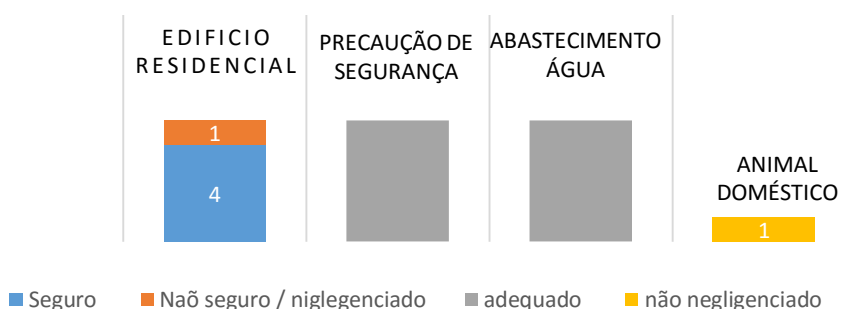
Gráfico 3 - Avaliação da Classe Social



1 – Classe Alta; 3- Classe Média; 5- Classe Baixa

**Edifício Residencial:** Foram avaliados os aspetos da habitação relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação. **Sistema de Abastecimento:** Integra o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos, considerados como aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias. **Ambiente Biológico:** O risco biológico que advém do contacto com animais domésticos justifica a inserção de um item sobre as condições de vigilância, segurança e higiene destes animais. Da avaliação efetuada os resultados relativamente ao Edifício Residencial este foi considerado não seguro; negligenciado na família D e seguro na família E, como se verifica no gráfico 4.

Gráfico 4 - Avaliação do Edifício Residencial; Precaução e Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico



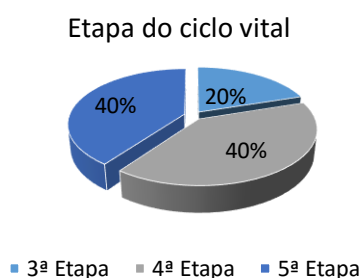
## 2.2.2 - Avaliação da dimensão desenvolvimental

Permite a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual, que implica o reconhecimento do ciclo vital como um

percurso conjecturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família, Figueiredo (2012).

Em relação à etapa do ciclo vital familiar, como se pode verificar no gráfico 5: uma família está na terceira etapa (família com filhos na escola); duas das famílias estão na quarta etapa (famílias com filhos adolescentes), e duas estão na quinta (famílias com filhos adultos), classificação segundo, Relvas (2000), citado por Figueiredo (2012).

Gráfico 5 - Distribuição das famílias de acordo com a etapa do ciclo vital



A identificação da etapa do ciclo possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições. Como cada etapa não termina logo que se inicia outra Figueiredo (2012) definiu áreas de atenção transversais a todas as etapas, permitindo uma avaliação aprofundada e global das necessidades familiares ao nível da dimensão de desenvolvimento.

Perante as famílias alvo de aplicação do MDAIF foram avaliadas as seguintes dimensões operativas.

**Satisfação Conjugal:** Os processos de conjugalidade transformam-se ao longo da vida do casal, por vezes associado ao modo de adaptação das transições dos seus elementos. Foram avaliadas as dimensões: Relação dinâmica do casal; Comunicação do casal; Interação do casal e função sexual, que no seu conjunto formam a área de atenção central. Foi avaliado nas famílias em que existia um casal.

**Planeamento Familiar:** Este enquadramento pressupõe o conhecimento e acessibilidade dos casais a métodos de planeamento familiar, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a consultas pré-concepcionais que ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Foi avaliada nas famílias em que existia um casal em idade fértil.

**Papel Parental:** É o padrão de interação que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos de reciprocidade permitindo a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança. De acordo com cada etapa do ciclo vital da família foram avaliadas dimensões operativas diferenciadas quanto: conhecimento do papel; comportamentos de adesão; consenso do papel; conflito do papel e saturação do papel.

Para não se tornar tão exaustivo a descrição individual das famílias apenas serão apresentados os resultados sistematizados no quadro 5 por focos ou áreas de atenção.

Quadro 4 – Avaliação Diagnóstica da Dimensão Desenvolvidora

Foco de atenção	Família A	Família B	Família C	Família D	Família E
<b>Satisfação Conjugal</b>	--	Mantida	<b>Não Mantida</b> Relação Dinâmica disfuncional Comunicação não eficaz	Mantida	Mantida
<b>Planeamento Familiar</b>	--	---	Conhecimento Demonstrado	Conhecimento Demonstrado	Conhecimento Demonstrado
<b>Papel Parental</b>	---	---	<b>Não Adequado</b> Conhecimento e consenso do papel não demonstrado	<b>Não Adequado</b> Conhecimento do papel parental não demonstrado	<b>Não Adequado</b> Saturação do papel

### 2.2.3 - Avaliação 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, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade, Figueiredo (2012).

Integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, **a instrumental**, que se reporta às atividades quotidianas da família e **a expressiva** que enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes e, que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional.

Assim, como dimensão instrumental do funcionamento da família temos **o Papel de Prestador de Cuidados:** A prestação de cuidados é um processo interacional, implica a reestruturação da família, cuja identificação de dificuldades no desempenho desta função

impulsiona o desenvolvimento de estratégias de comunicação para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes. Foi avaliada nas famílias em que existia exercício do Papel de Prestador de Cuidados direcionado à prestação de cuidados por dependência de um dos membros da família no Autocuidado. Orem (2001), define auto cuidado como a prática de atividades que uma pessoa inicia e desempenha, sendo estas necessárias para manter o bem-estar, e cuja competência para as executar depende das suas capacidades cognitivas, de percepção e de memória, assim como um conjunto de habilidades e valores que lhe permita identificar as suas necessidades.

Engloba as seguintes dimensões avaliativas: conhecimento do papel; comportamentos de adesão; consenso do papel; conflito do papel e saturação do papel. Tendo sido avaliado nas famílias A e B.

Relativamente à dimensão funcional expressiva: **Processo Familiar**: As dimensões avaliativas como área de atenção de enfermagem de família circunscrevem-se a cinco dimensões: comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares. No seu conjunto, as dimensões, que se interligam, permitem uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e, naturalmente a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.

Para Figueiredo (2012) a utilização dos instrumentos de avaliação familiar favorecem a comunicação terapêutica e possibilitam a compreensão da funcionalidade familiar. Contudo por si só, não têm valor diagnóstico e devem ser integrados numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família. De acordo com o ICN (2011) a comunicação é um comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais.

A comunicação é parte integrante dos cuidados de enfermagem, sendo um instrumento básico para satisfazer as necessidades de cuidados dos utentes e famílias.

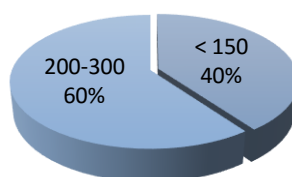
Nas famílias em estudo foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, dado que nos permite a identificação de eventos familiares geradores de stress, relacionando os níveis de stress decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família, Figueiredo (2012).

No gráfico 6 verifica-se que das famílias caracterizadas 40 % tinham um valor inferior a 150, ou seja menor probabilidade de incidência de doenças e 60% tinham um valor médio total entre 200 e 300, sendo as famílias C, D e E, pelo que demonstram 50% de probabilidade de

adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica. O EEESF como prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família, deve facilitar a identificação dos recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição.

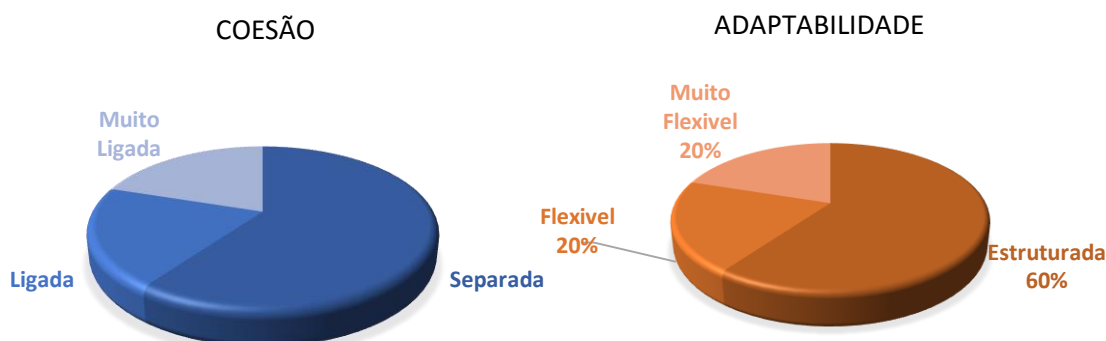
Gráfico 6 - Avaliação das famílias de acordo com a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe



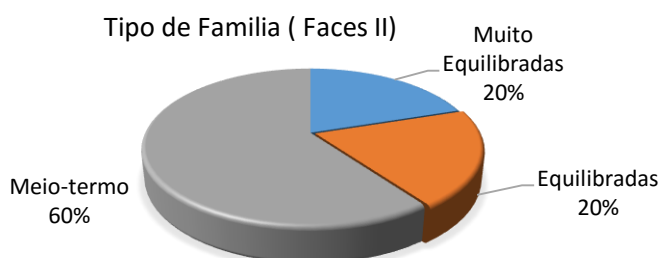
O APGAR familiar de Smilkstein é um instrumento que permite avaliar a percepção dos membros relativamente à funcionalidade da família, avaliando esta como funcional ou disfuncional. De acordo com Smilkstein (1984), citado por Figueiredo (2012) identifica quatro situações de utilização prioritária desta escala: cuidados domiciliários de uma pessoa com doença crónica; primeira abordagem com a família; quando a família referencia existência de um problema familiar ou quando os comportamentos dos indivíduos são sugestivos de existência de problemas psicossociais. Estas situações iam ao encontro das famílias em estudo pelo que foi aplicado este instrumento verificando-se que 80% das famílias são moderadamente disfuncionais (famílias: A, C, D, e E) e 20% altamente funcional (família B). A Escala Faces II adaptada avalia as dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão da família, isto é, mede os laços emocionais entre cada membro da família e a adaptabilidade, ou seja, a capacidade da família para se adaptar às ocorrências e modificar a sua estrutura perante uma situação de crise, a utilização deste instrumento pretende categorizar as famílias em quatro tipos gerais: extremas; meio-termo; equilibradas e muito - equilibradas. Assim relativamente à coesão familiar, 60% eram separadas (famílias C, D e E); 20% assumia-se como ligadas (família A) e 20% Muito ligada (família B). Relativamente à adaptabilidade familiar, os resultados apontam para 20 % das famílias assumiam-se como muito flexível (família B) 20 % como flexível (família B) e 60% Estruturadas (famílias C, D e E). Tal como se apresenta nos gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 – Avaliação das famílias de acordo com o FACES II - Coesão e Adaptabilidade



A combinação dos resultados obtidos nestas duas dimensões permite categorizar as famílias, em quatro tipos gerais: Extrema, Meio-termo, Equilibradas e Muito equilibradas. Das famílias em análise estas foram categorizadas: Muito equilibradas (família B), equilibradas (famílias A) e Meio-termo (famílias C, D e E), de acordo com o gráfico 8.

Gráfico 8 - Avaliação das famílias de acordo com o FACES II – tipo de famílias



Para Figueiredo (2012), as dimensões operativas do processo familiar interligam-se e permitem uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família, identificando as necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.

No quadro 5, serão apresentados os resultados sistematizados por focos ou áreas de atenção resultantes da avaliação funcional.

Quadro 5 - Avaliação Diagnóstica da Dimensão Funcional

Foco de atenção	Papel de Prestador de Cuidados	Processo Familiar
Família A	Conhecimento do papel – não demonstrado	Disfuncional ▪ Coping familiar não eficaz
Família B	Conhecimento do papel – não demonstrado	Funcional

<b>Família C</b>	---	Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação Familiar não eficaz</li> <li>▪ Relação Dinâmica Disfuncional</li> </ul>
<b>Família D</b>	---	Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação Familiar não eficaz</li> <li>▪ Interação de Papéis Familiares Conflitual</li> </ul>
<b>Família E</b>	---	Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação Familiar não demonstrado</li> <li>▪ Coping familiar não eficaz</li> <li>▪ Interação de Papéis Familiares Conflitual</li> <li>▪ Relação Dinâmica Disfuncional</li> </ul>

Os diagnósticos de enfermagem correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades e problemas. É definido como a opinião clínica dos enfermeiros relativamente aos problemas identificados na família, (Hanson, 2005 e Figueiredo, 2012). Estes devem ser baseado naquilo que a família considera como principais preocupações, resultando dos dados colhidos na avaliação familiar direcionados para o sistema, enquanto unidade, subsistemas e problemas de saúde individuais. Para a autora do MDAIF traduzem as dimensões funcionais, estruturais ou de desenvolvimento da família.

Ao elaborar os diagnósticos de enfermagem devemos ter em conta alguns princípios fundamentais, sustentados pelos pressupostos e postulados, Figueiredo (2012):

- ✓ Validação com a família sobre as forças e problemas percecionados;
- ✓ Enumeração dos problemas identificados, estabelecendo prioridades de acordo com a perceção da família sobre a importância de resolução dos mesmos;
- ✓ Estabelecer com a família os principais objetivos de mudança considerando novas formas de funcionamento.

Ainda para a mesma autora, a definição dos diagnósticos remete-nos para áreas associadas ao funcionamento da família, enfatizando os seus processos adaptativos face a *stressores* internos e externos.

De acordo com Meleis et al. (2000), o encontro entre os clientes e os enfermeiros ocorre frequentemente durante os períodos de transições, uma das funções do enfermeiro é ajudar a pessoa a gerir os processos de transição, de forma a promover intervenções que conduzam a respostas saudáveis e ao bem-estar.

Uma das competências que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar deve adquirir é reconhecer as situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar, através do diagnóstico de necessidades específicas da família com base nos problemas percebidos pela família e considerando os dados colhidos relativos à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais.

Para o estabelecimento dos enunciados diagnósticos familiares, foram utilizados os termos descritos pelo International Classification for Nursing Practice (ICNP) / Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Efetivamente a OE sugere que a CIPE, (ICN, 2011), seja um instrumento para a sistematização dos cuidados a prestar à pessoa, família e comunidade, permitindo a definição de indicadores de qualidade, dando visibilidade aos ganhos em saúde relativos aos cuidados de enfermagem.

Os registos das avaliações foram efetuadas em suporte de papel dado que o sistema informático em uso, SAPE, não se encontra parametrizado para tal. Neste sentido, foram encetadas reuniões com a vogal de enfermagem do conselho clínico do ACeS-ON a fim de diligenciar junto da equipa de gestão de dados do SAPE da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, a parametrização do Programa de Saúde Familiar no SAPE, da autoria de Figueiredo (2009) nos servidores informáticos e assim dar resposta às exigências da dinâmica de registo em Enfermagem de Família. Os PQCEESF preconizam a utilização de um sistema de informação com terminologia CIPE em que incorpore as necessidades de cuidados da família, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem do Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar obtidos pela família.

De modo a evidenciar a aplicabilidade do Modelo Dinâmico nas intervenções efetuadas com as famílias selecionadas, considero oportuno enunciar as situações onde o foco de atenção foi a família como sistema. No anexo IV estão descritas, as cinco famílias onde se evidenciam as áreas de atenção em enfermagem que emergiram da aplicação da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a sistematização da atividade diagnóstica, bem como as intervenções desenvolvidas, de modo a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes traduzem-se pelas evoluções positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções. A abertura para as intervenções específicas é influenciada pela relação de confiança e terapêutica enfermeira / família, devendo respeitar as dinâmicas individuais de cada família, (Wright e Leahey, 2002; OE, 2011c).

A inclusão da família como alvo de cuidados de enfermagem coloca novos desafios aos enfermeiros de CSP pois tem um papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo, (OE, 2011a).

### 2.3 - ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO DO UTENTE DEPENDENTE

Wright & Leahey (2002) referem como indicações para intervenção familiar as situações em que um membro da família apresenta um problema com impacto sobre os outros membros e/ou os membros contribuam para o problema manifestado, situações que decorrem de crises naturais associadas às transições desenvolvimentais.

O aumento da esperança de vida acompanhada do aumento das doenças crónicas e de níveis elevados de dependência na realização das atividades de vida diária, constitui, um fator de *stress* para a família, face à interdependência que a caracteriza, enquanto sistema, havendo necessidade de uma reestruturação familiar face ao novo papel familiar que é necessário integrar, Figueiredo (2012).

Tendo por base a problemática em estudo e da análise e discussão dos dados resultantes da aplicação do MDAIF a nível da avaliação funcional, as famílias A e B, tem como foco de atenção - Papel de Prestador de Cuidados.

Dos dados obtidos emergem as conclusões: o prestador de cuidados na sua totalidade são do género feminino (filha e nora), com idades compreendidas entre os 55 e 63 anos, ocupando a maioria do seu tempo diário em atividades como cuidadoras. No que respeita ao grau de incapacidade funcional, na família A o utente apresenta uma incapacidade grave e na família B incapacidade moderada, resultados obtidos através da aplicação da escala de Barthel. Estes dados vão ao encontro da evidência científica, de acordo com Blanes, Carmagnani e Ferreira (2007), em que a maioria dos cuidadores são mulheres com idade média de 35,8 anos de idade e ocupam cerca de 11,3 horas / dia a cuidar do seu familiar. Os EEESF através da visita domiciliária encontram a sustentabilidade para uma intervenção mais dirigida às necessidades reais da população, de acordo com Rodrigues e Soriano (2011), os enfermeiros identificam como principal prioridade a prevenção das Úlceras por pressão, auto responsabilizando-se pela mesma, o que vai ao encontro da perspetiva de Wilson, no seu artigo.

Quando aplicada a escala de Braden, verifica-se que o utente da família A apresenta um alto risco de desenvolver úlceras por pressão (score 8). Situação geradora de *stress* para a família identificando esta situação como fonte de uma sobrecarga física e emocional.

Como mostra a evidência científica, 95% das úlceras por pressão podem ser evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção. Para Figueiredo (2012), as dificuldades da família, na prestação de cuidados, estão relacionadas com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social. Mesmo quando estejam detentoras de conhecimento e de capacidades que lhe permitiriam prestar os cuidados necessários, demonstra dificuldades na efetivação dos mesmos.

A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares cuidadores, relativamente aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária não só para se reduzir o aparecimento de novos casos como também a gravidade do quadro clínico, (DGS, 2011). Neste sentido foram efetuadas visitas domiciliárias, dado ser o melhor contexto para a implementação de terapêuticas de enfermagem que promovem a aquisição de novas competências e o planeamento das atividades vão ao encontro das necessidades reais das pessoas.

Relativamente às famílias em que existe papel de prestador de cuidados as intervenções desenvolvidas com vista a obtenção de ganhos em saúde estão resumidas no quadro 6.

Quadro 6 - Intervenções desenvolvidas nas famílias com um membro dependente

<b>FAMÍLIAS</b>	<b>TIPO DE FAMÍLIA</b>	<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>	<b>GANHOS EM SAÚDE</b>
<b>A</b>	Alargada Etapa de ciclo vital - Família com filhos adultos	Papel prestador de cuidados - não adequado Processo Familiar Disfuncional	Avaliar as dimensões conflituais no papel Promover estratégias de coping para o papel Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família Promover estratégias adaptativas-coping na família Negociar estratégias adaptativas - coping na família Instruir o FC sobre prevenção de UPP	Processo Familiar Funcional Papel de prestador de Cuidados Adequado

			Treinar o FC sobre técnicas de posicionamento Ensinar o FC sobre sinais de UPP Informar o FC sobre ajudas técnicas	
<b>B</b>	Alargada  Etapa de ciclo vital - Família com filhos adultos	Papel prestador de cuidados - não adequado	Ensinar o FC sobre importância de um sono reparador; estratégias de promoção do sono e repouso; sobre fisiopatologia da doença e esquema terapêutico prescrito  Ensinar o FC sobre sinais de UPP	Papel Prestador de Cuidados - Adequado

Para Figueiredo (2012), a família enquanto sistema, que dará resposta à prestação de cuidados, identifica a pessoa responsável que assumirá o papel de cuidador. O conhecimento do papel refere-se à aprendizagem cognitiva e prática que permite desenvolver eficazmente as tarefas direccionadas ao membro com dependência, salvaguardando as singularidades contextuais.

Embora a evolução da sociedade tenha vindo a interferir nos modelos relacionais da família, esta continua a ter um papel determinante no restabelecimento e manutenção da saúde e no bem-estar, bem como na prevenção de complicações e problemas dos seus membros familiares dependentes. Assumir o papel de prestador de cuidados é na maioria das vezes uma escolha sem opção que requer a incorporação de novos conhecimentos para lidarem com os processos de doença. Este fenómeno constitui um dos desafios com relevância para a enfermagem de família.

#### 2.4 - DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTÍNUA

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, promover e implementar programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem é para a Ordem dos Enfermeiros um desafio fundamental que decorre de um dos seus desígnios fundamentais: a prática da enfermagem, (OE, 2010a).

O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com instrumentos e habilidades que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família. Neste sentido, considerou-se de extrema pertinência fazer formação sobre MDAIF, à equipa de enfermagem da USF RDL, adicionando ao facto de que, nesta unidade funcional trabalham com o modelo de Enfermeiro de Família. O Enfermeiro de Família surge como um profissional de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, integrado numa equipa multidisciplinar.

O processo formativo foi construído a partir das necessidades detetadas nos enfermeiros, organizada de forma a facilitar o maior número de presenças e utilizando estratégias diversificadas procurando ir ao encontro dos seus interesses e necessidades.

A partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros da USF RDL, através da formação em serviço, no local de trabalho, foi uma atividade planeada conforme consta no projeto de estágio, (anexo VI), com o objetivo de colaborar no enriquecimento do processo contínuo de aprendizagem dos profissionais de saúde, aprofundando conhecimentos e habilidades, de forma a coordenar a teoria com a prática, na prestação de cuidados aos utentes, famílias e comunidade, que certamente, irá repercutir-se no aumento da satisfação dos utentes, e possivelmente na organização do serviço.

A formação foi dinâmica e informativa, indo ao encontro das necessidades formativas da equipa da USF RDL, nesta temática. Relativamente à avaliação da mesma, todos os participantes afirmaram que a formação foi do seu agrado, avaliando-a no seu todo no nível 4 (nível de 1 a 4) e que a recomendariam a outros enfermeiros, (anexo VII).

Segundo Figueiredo et al, (2012), sendo os indicadores, medidas orientadoras na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao serem parametrizados, facilitarão a inclusão de medidas de processo, resultado e de efeito no âmbito dos cuidados às famílias. Com a implementação do MDAIF, os ganhos em saúde traduzidos em mudanças no estado diagnóstico, possibilitarão avaliar o contributo real dos enfermeiros nas mudanças produzidas nos sistemas familiar. A identificação das necessidades das famílias permitirá a implementação de estratégias locais e nacionais conducentes à potencialização das competências das famílias na gestão dos seus processos de saúde.

De acordo com a DGS (2012) o PNS 2012-2016, os profissionais de saúde devem assegurar registos de elevada qualidade, compreendendo o seu valor, não apenas para o cuidado direto, continuado e multidisciplinar do cidadão, mas também para a informação, organização e desempenho do sistema de saúde, promover a melhoria contínua do

desempenho, desenvolver, investigar, avaliar e disseminar estratégias inovadoras para situações e contextos específicos no âmbito das áreas consideradas prioritárias.

Neste sentido, foi elaborado um *dossier* de caráter consultivo com os instrumentos de avaliação familiar, e a matriz operativa do MDAIF, constituindo-se assim como um instrumento de consulta dos profissionais da USF RDL, (anexo VIII).

De acordo com Marcon; Elsen e Trentini (2012), a transferência do conhecimento para as famílias pode ocorrer de duas formas: diretamente - quando o método utilizado é de *workshops* o que permite ao pesquisador avaliar a reação das famílias, ou através de protocolos técnicos, em que um maior número de famílias pode ser beneficiado. Neste sentido, foi elaborado um Manual de Boas Práticas: Prevenção de Úlceras por Pressão no Utente Dependente, tendo como finalidade a prevenção destas lesões em utentes dependentes, através da aplicação da escala de Braden, (anexo IX), tal como preconizado pela DGS e porque o EEESF contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional OE (2011a).

### **3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA**

Na procura constante da melhoria dos cuidados de enfermagem, uma prática crítica - reflexiva, baseada na evidência é crucial para a construção de saberes teóricos – práticos, para o exercício profissional de acordo com os padrões de qualidade, emanados pela Ordem dos Enfermeiros.

O Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar pressupõe objetivos e competências que deverão ser atingidos no final do curso, para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. O desenvolvimento de atividades, ao longo do Estágio, tendo por base os conhecimentos adquiridos na parte teórica, a continuidade de uma prática de cuidados baseados na evidência, foram a base para a consecução dos objetivos propostos e para o desenvolvimento profissional e pessoal.

Os enfermeiros são dos profissionais que constantemente buscam conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria dos cuidados prestados. Recorrer à Prática Baseada em Evidências é instigar a utilização de resultados nas suas práticas diárias de cuidados de enfermagem prestados.

De modo a ancorar a investigação houve necessidade de olhar o estado da arte à luz das teorias desenvolvidas, evocando as Teorias do Autocuidado de D. Orem e a perspetiva da Teoria de Médio Alcance das Transições de A. Meleis, ambas com relevância para a disciplina de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são orientados por uma abordagem sistémica, com ênfase num estilo colaborativo, promovendo a potencialização das suas forças, recursos e competências. Assim o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, enquanto referencial teórico e metodológico, foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos CSP, (Figueiredo, 2012).

A estrutura operativa do Modelo permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. De cariz dinâmico, flexível e interativo, permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades. Com indicadores de estrutura, processo e de

resultado que, sustentados nas definições operativas do Modelo Dinâmico, permitem identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios de funcionamento, sensíveis aos cuidados de enfermagem, Figueiredo (2012).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011a) regulamenta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, enfatizando a importância desta política de cuidados para os cidadãos. O foco desta prática: é a dinâmica interna da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente.

O EEESF maximiza o bem-estar da família e promove a sua capacitação prescrevendo e implementando intervenções com rigor técnico/científico que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar, (OE, 2011a).

Cuidar da pessoa no seio da sua família aparece hoje aos nossos olhos como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas de obtenção de resultados mais consistentes para o processo assistencial.

O enfermeiro, pela formação específica que detém, é o profissional melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das famílias e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios.

O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades dos prestadores de cuidados (Petronilho, 2010). É estratégia essencial a transmissão de conhecimentos aos cuidadores familiares, para que os cuidados prestados no domicílio possibilitem a prevenção do desenvolvimento das UPP.

A avaliação do risco de desenvolver UPP é um elemento chave da prevenção destas lesões. A avaliação permite identificar utentes mais suscetíveis ao desenvolvimento deste tipo de feridas, e adequar os cuidados às suas necessidades. Compete aos enfermeiros, identificar potenciais problemas de saúde, implementando medidas que os previnam evidenciando assim a qualidade dos cuidados de enfermagem, OE (2001).

Para avaliar a qualidade dos cuidados é necessário analisar os três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultados. Em que os indicadores de estrutura são: os registos, protocolos e normas, os indicadores de processo: técnicas aplicadas e tipologia de doentes, e indicadores

de resultados: os benefícios finais obtidos da prestação de cuidados, (Donabedian, 1980; Vuori e Saturno, 1988).

Vieira et al (2012), na Revisão Sistemática de Literatura que efetuaram entre 2006 e 2011, sobre as Necessidades em Cuidados de Enfermagem do Cuidador Familiar da Pessoa com Incapacidade Física: concluíram que as dimensões das necessidades foram a capacitação para a prestação de cuidados, nomeadamente sobre alternância de decúbitos, ajudas técnicas e atividades de vida diária; a comunicação; o estabelecimento de uma relação de confiança, bem como necessidades emocionais e espirituais. Conhecer as reais necessidades em cuidados de enfermagem dos familiares cuidadores possibilita aos enfermeiros de saúde familiar, adequar as intervenções de uma forma personalizada, facilitando a transição para o novo papel de cuidador familiar, aumentando os ganhos em saúde.

Nas práticas educativas a serem desenvolvidas, cabe aos enfermeiros, valorizar o saber de experiência feito, bem como a cultura que os cuidadores possuem, para a adoção de medidas preventivas por parte desses cuidadores, tornando-os parceiros no cuidar. A aprendizagem de habilidades na prevenção das UPP é vista como a ferramenta essencial para o desenvolvimento das práticas de autocuidado. Esta perspetiva é sustentada pela WHO (2008) ao referir que a promoção do autocuidado assenta num processo educacional e de empowerment.

Segundo a OE (2011a), o Empowerment para a saúde é o modo pelo qual as pessoas alcançam um maior controlo sobre as decisões e acções que afetam a sua saúde, que as leva a expressar as suas necessidades e demonstrar as suas preocupações, levando-as a refletir sobre os seus objetivos e a forma de alcançá-los. Os Enfermeiros de Saúde Familiar devem ter em linha de conta as transições normativas que decorrem dos processos de desenvolvimento inerente ao respetivo ciclo vital das famílias pelas quais estão responsáveis, ajudando-as a alcançar o máximo potencial de saúde.

Terminada esta etapa da vida académica, deseja-se apenas o começo de uma nova etapa da vida profissional, onde a formação especializada em enfermagem de saúde familiar constitui-se como um imprescindível contributo na construção e consolidação do futuro: trabalhar com e para as famílias.

As novas competências adquiridas só fazem sentido quando os conhecimentos adquiridos sejam aplicados no exercício da prática clínica, dando respostas às necessidades de cuidados de saúde da população, traduzindo-se estes em ganhos em saúde como resultado das intervenções.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem. Que sentido (s)? In: Costa, Arminda Mendes et al (2000) Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto. Lisboa. DRHS Acedido em 16 de julho de 2014 em [http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido\(s\).pdf](http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido(s).pdf).

Andrade, M. (2009). Transição para prestador de cuidados – Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*,13, pp.61- 71

Bastable, S. (2010). O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ªed., Porto Alegre: Artmed.

Blanes, L.; Carmagnani, M. e Ferreira, L. (2007). Health-related quality of life of primary caregivers of persons with Paraplegia. *Internacional Spinal Cord Society*. Vol 45. Pg 399-403.

Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.

Campos, M. Brito, M. (2009). “O que fica diferente” para a família com a integração de uma pessoa dependente no autocuidado. In: *Da Investigação à prática de Enfermagem de Família*. ESEP Barbieri et al. (p. 93). Acedido em 15 de setembro de 2014 em <http://portal.esenf.pt>

Colliére, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência

Cruz, M.e Hamdan,A. (2008). O Impacto da Doença de Alzheimer no Cuidador. *Psicologia em Estudo*. 13(2), Pp.223- 229. Acedido em 5 de dezembro de 2014 em

[www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf)

Cruz, D. et al (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de enfermagem referencia III série*, nº 2, pp.127-136. Acedido em 15 de julho de 2014 em [scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14](http://scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14)

Dias, M. (2000). A Família numa Sociedade em Mudança Problemas e Influências Recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*,9, pp.81-102. Acedido em 08 de julho de 2014 em [www4.crb.ucp.pt](http://www4.crb.ucp.pt)

- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, pp.139-156. Acedido em 08 de julho de 2014 em [www.z3950.crb.ucp.pt](http://www.z3950.crb.ucp.pt)
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2012). *Direção-Geral de Saúde - Plano nacional de saúde 2012-2016: 3.1. eixo estratégico: cidadania em saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). Escala de Braden: versão adulto e pedirátrica (Braden Q) orientação nº 17/2011. Lisboa: DGS.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? Acedido em 20 de outubro de 2014 em [post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The\\_Quality\\_of\\_Care\\_\\_How\\_Can\\_it\\_Be\\_Assessed\\_-\\_Donabedian.pdf](http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf).
- Duarte, S. F. C. (2010). Continuidade em cuidados domiciliários: O papel do Enfermeiro. Tese de doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 28 de outubro de 2014 em [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em: [www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Treatment.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf)
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 16. Pg 84-87. Acedido em 20 outubro de 2014 em: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x/abstract)
- Ferreira, P., Miguéis, C., Gouveia, J., e Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Ulceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível: [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)
- Figueiredo, M. (2012), Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.

- Figueiredo, M. et al (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, Escola Superior de Enfermagem do Porto. In Carvalho, J. et al. (2012). Transferabilidade do Conhecimento em Enfermagem. (p.55). Porto: ESEP. Acedido em 15 de julho de 2014 em [www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)
- Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Loures:Lusodidata.
- ICE – Investigação Científica em Enfermagem (2011). Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados. Acedido em 15 de julho de 2014 em [ice mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf](http://ice.mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf).
- Imagínario, C. (2004). O Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formação e Saúde Lda.
- Internacional Council of Nurses (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2 Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Lage, M.I.G.S. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível: [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf)
- Marcon, E. e Elsen, I. (1999). A enfermagem com um novo olhar .... A necessidade de enxergar a família. Família Saúde e Desenvolvimento Vol. 1 N.1 p. 21-26. Acedido em 15 de julho de 2014 em [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4877](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4877)
- Marcon, E.; Elsen, I. e Trentini, M. (2012). Transferência do conhecimento: da inovação à prática assistencial com famílias. In Carvalho, J. et al. (2012). Transferabilidade do Conhecimento em Enfermagem. (p.27). Porto: ESEP. Acedido em 20 de outubro de 2014 em [www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf).
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formação e Saúde Lda.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª Ed. London: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progresso*. 5ª Ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances Nursing Science*. Frederick. Vol. 23, nº 1. pp. 12-28.
- Meleis, A. e Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6). p. 255-259.
- Melnik B.M. Fineout-Overholt E. (2005). *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. pp.3-24
- Ministério da Saúde [MS] (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde familiar nos CSP – Pressupostos para a sua implementação*. Nunes, C. et al. Acedido em 15 de junho de 2014 em [www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf)
- Monteiro, M. (2009). *Enfermagem de Família: A construção de competências*. In: *Da Investigação à prática de Enfermagem de Família*. ESEP Barbieri et al. (p.13). Acedido em 15 de setembro de 2014 em <http://portal.esenf.pt>
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Conselho de Enfermagem – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003). *Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Divulgar. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). *Os enfermeiros e...O empowerment em saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Acedido em 15 de Setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?* Acedido em 15 de Setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/Dequerefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a). *Regulamento das Competencias Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Acedido em janeiro de 2014 em

[www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Grupos vulneráveis. Lisboa. Acedido em 10 de novembro de 2014 em

[www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsenfermeiroseAspopula%C3%A7%C3%B5esVulner%C3%A1veis.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsenfermeiroseAspopula%C3%A7%C3%B5esVulner%C3%A1veis.aspx)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011c). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido em 15 de janeiro de 2014 em

[www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar\\_mceec.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf)

Orem, D. (2001). Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica: Masson

Phaneuf, M. (2001). Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.

PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo (2013). Lisboa: FFMS. Acedido em 10 de março de 2014 em <http://www.pordata.pt/>

Petronilho, F. (2007). O Regresso a Casa. 1ª ed., Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda

Petronilho, F. (2010). Transição dos Membros da Família para o Exercício do Papel de Cuidadores quando Incorporam um Membro Dependente no Autocuidado: Uma revisão da Literatura. Revista Investigação em Enfermagem. p. 43-58

Rafart, J. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In P. Gil (org.). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed., Barcelona: Masson, pp. 647-662. Acedido em 20 de junho de 2014 em [https://portal.uah.es/portal/page/portal/GP\\_EPD/PG-MA-ASIG/PG-ASIG-32866/TAB42351/Tema%2026.pdf](https://portal.uah.es/portal/page/portal/GP_EPD/PG-MA-ASIG/PG-ASIG-32866/TAB42351/Tema%2026.pdf)

Regadas, S. e Marques, G. (2012). A Enfermagem e as Famílias Prstadoras de Cuidados. In Carvalho, J. et al. (2012). Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem. (p.252). Porto: ESEP. Acedido em 15 de julho de 2014 em [www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)

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

- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – Conceitos e Aplicações*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A. e Soriano, J. (2011). Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Enf. Ref. Vol. Serie III n.5*. Acedido em [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?scrip=sci-](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?scrip=sci-) em 15 de julho de 2014.
- Saúde 21 - Saúde para todos no Século XXI.(2002). OMS. 1ª ed., Loures:Lusociência.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. 1ª ed., Coleção Enfermagem.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel -Edições Técnicas Lda.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em familiar: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Ambar.
- Stanhope. M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed., Lisboa: Lusodidacta.
- Vieira, C. et al. (2012). Necessidades em Cuidados de Enfermagem do Cuidador Familiar da Pessoa com Incapacidade Física: uma revisão sistemática da literatura. Escola Superior de Enfermagem do Porto. In Carvalho, J. et al. (2012). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem*. (p.282). Porto: ESEP. Acedido em 20 de outubro de 2014 em [www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)
- Vuori, H. e Saturno, P. (1988). *El control de Calidad en los Servicios Sanitarios: Conceptos e Metodologia*. Barcelona: Masson.
- Wilson, V. (2004, march). Supporting family carers in the community setting. *Nursing Standart*, 29 (vol. 18),pp.47-53.
- World Health Organization [WHO] (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008*. Genebra
- Wright, L. e Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed., S. Paulo: Roca

**ANEXOS**

ANEXO I - ESCALA DE BRADEN E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE

NÚMERO: 017/2011

DATA: 19/05/2011

**ASSUNTO:** Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)

**PALAVRAS-CHAVE:** Úlceras de Pressão

**PARA:** Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde

**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.
2. A aplicação da Escala de Braden no domicílio deve ser realizada durante a primeira visita domiciliária.
3. Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden<sup>1</sup> (Anexo I) e o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
4. Na criança é utilizada a Escala de Braden Q<sup>2</sup> (Anexo III) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
5. Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registados no processo clínico.
6. A avaliação clínica complementa, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.
7. O risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

**Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica)**

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

8. Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo e alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Anexo IV).
9. A presente Orientação revoga a Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde, nº 35/DSQC/DSC de 12/12/2008, sobre avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden.

### CRITÉRIOS

1. São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q,:

- a) Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
- b) Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE | Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa | Tel: 218430500 | Fax: 218430530 | E-mail: geral@dgs.pt |

www.dgs.pt

1

- ESTE DOCUMENTO FOI REDIGIDO AO ABRIGO DO NOVO ACORDO ORTOGRÁFICO -

2. São critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:

- a) Doentes em situação de assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;
- b) Portadores de doença mental;
- c) Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.

3. São critérios de estratificação do risco (Anexo IV):

Através da aplicação da Escala de Braden e Braden Q, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de *cut-off*, será 16 e 22 respetivamente, da seguinte forma:

- a) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final  $\leq$  16;
- b) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final  $\geq$  17;
- c) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final  $<$  22
- d) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final  $\geq$  22.

## FUNDAMENTAÇÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores<sup>3,4</sup>, podendo levar à morte. Constituem um problema recorrente em Portugal. Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção<sup>5</sup>.

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes. Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%<sup>1</sup>.

Os doentes com úlcera de pressão, têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde<sup>6,7,8</sup>.

## APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Aníbal Justiniano, Cristina Miguéns, Laurinda Miranda, Teresa Garcia, Paulo Alves, Pedro Lopes Ferreira, Pedro Pacheco, Rosa Maria Nascimento, Rosa Maria Ribeiro

## BIBLIOGRAFIA

1

Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta. 2007

2

Miguéns C, Ferreira PL. Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. *Nursing* 2009 Jun;21:12-6

3

Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations related to pressure sores. Statistical Brief #3. AHRQ Healthcare cost and utilization project. April 2006. Disponível em: [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf). Acesso a 24/01/2007.

4

Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Management* 2008 54(2): 40–54

5

National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel . *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice Guidelines*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

6

Allman RM, Goode PS, Burst N, Bartolucci AA, Thomas DR. Pressure Ulcers, hospital complications and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Advanced Wound Care*. 1999;12:22-30.

7

Ducker A. Pressure ulcers: assesment, prevention and compliance. *Case manager*. 2002; 12 (4):61-65.

8

Strausberg J, Kroger K, Maier I, Schneider H, Niebel W. Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence and relevance. *Advanced Skin Wound Care*. 2005, Apr;18 (3):140-5



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## Escala de Braden - Adulto

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

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéns; Pedro Ferreira; João Almeida; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

# Instrumento de Avaliação da Pele

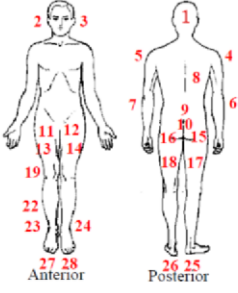
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE**

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

Data da observação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade	Estadio
1. Face posterior da cabeça	_____	_____	_____
2. Orelha direita	_____	_____	_____
3. Orelha esquerda	_____	_____	_____
4. Ombro direito	_____	_____	_____
5. Ombro esquerdo	_____	_____	_____
6. Cotovelo direito	_____	_____	_____
7. Cotovelo esquerdo	_____	_____	_____
8. Vértebras (superior médio)	_____	_____	_____
9. Sacro	_____	_____	_____
10. Cóccis	_____	_____	_____
11. Crista ilíaca direita	_____	_____	_____
12. Crista ilíaca esquerda	_____	_____	_____
13. Trocanter direito (anca)	_____	_____	_____
14. Trocanter esquerdo (anca)	_____	_____	_____
15. Tuberosidade isquiática direita	_____	_____	_____
16. Tuberosidade isquiática esquerda	_____	_____	_____
17. Coxa direita	_____	_____	_____
18. Coxa esquerda	_____	_____	_____
19. Joelho direito	_____	_____	_____
20. Joelho esquerdo	_____	_____	_____
21. Perna direita	_____	_____	_____
22. Perna esquerda	_____	_____	_____
23. Tornozelo direito	_____	_____	_____
24. Tornozelo esquerdo	_____	_____	_____
25. Calcânhar direito	_____	_____	_____
26. Calcânhar esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____



**Grau I** – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

**Grau II** – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

**Grau III** – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

**Grau IV** – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidular ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte ( tendões, cápsula articular, etc. ). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

Nota: De acordo com as *Guidelines* de prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a terminologia alterou de grau para categoria<sup>5</sup>.

## OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas.
  - a) As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Percepção sensorial, Humidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;
  - b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
  - c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.
2. A Escala de Braden Q (Pediátrica) é constituída pelas seis subescalas da Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual;
  - a) Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
  - b) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7 e 28.
3. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
4. Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:
  - a) Alto risco
    - (i) Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente.
    - (ii) Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.
  - b) Baixo risco
    - (i) Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos *scores* de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.
    - (ii) O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.
5. Deve ser feita a avaliação do estado da pele:
  - a) As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
  - b) As úlceras de pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)<sup>5</sup> (Anexo V).

- c) Este sistema de classificação encontra-se disponível para consulta, nas versões portuguesas, no site da Direção-Geral da Saúde e das sociedades científicas nacionais. Os originais encontram-se disponíveis nos sites da EPUAP e NPUAP.
  - d) Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.
6. Devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional:
- a) Os protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada.
  - b) É recomendável que, os mesmos, sejam adequados aos *scores* mais baixos por cada subescala.
7. Deve ser feita educação das pessoas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da família/cuidador:
- a) A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares/cuidadores, no que se refere aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária para se reduzir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.
  - b) Deve ser elaborado um manual de apoio ao cuidador/família, de forma a ser dada continuidade a cuidados e ensinamentos previamente estabelecidos e implementados.

**Sistema Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)***

1. Definição de úlcera de pressão:
  - a) É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea.
  - b) Esta lesão é resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção<sup>5</sup>.
2. São categorias das úlceras de pressão:
  - a) Categoria I: Eritema não branqueável
    - (i) Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.
    - (ii) Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor.
    - (iii) A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.
    - (iv) A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. (v) Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.
  - b) Categoria II: perda parcial da espessura da pele
    - (i) Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo.
    - (ii) Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.
    - (iii) Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.
    - (iv) Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontidência, maceração ou escoriações. (v) Equimose é indicador de lesão profunda.
  - c) Categoria III: Perda total da espessura da pele
    - (i) Perda total da espessura tecidular.
    - (ii) Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.
    - (iii) Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.
    - (iv) Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
    - (v) A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica.
    - (vi) A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.
    - (vii) Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.
  - d) Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos
    - (i) Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos.

- (ii) Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico.
- (iii) Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.
- (iv) A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica.
- (v) Na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos estas úlceras podem ser superficiais.
- (vi) Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.

ANEXO II – LIMITADORES DA PESQUISA POR BASE DE DADOS



Sunday, June 29, 2014 7:42:40 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S1	TX nurs* AND TX family nurs* AND TX Caregiver AND TX Pressure Ulcer	Limitadores - Data de publicação: 20040101-20140631; Resumo disponível; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Nursing and Allied Health Collection: Basic; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MedicLatina	20

ANEXO III - RESULTADOS DA PESQUISA COM CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES

	Nursing & allied Health Collection	MEDLINE	CINAHL plus	Mediclatina
Nurs*	158013	248223	4062	3668
Family nurs*	2162	904	149	22
Caregiver	24276	23860	701	466
Pressure ulcer	3494	1883	147	38
Nurs* and Family nurs*	904	2162	149	22
Nurs* and Caregiver	13225	17277	695	20
Nurs* and Pressure ulcer	1396	3047	147	17
Family nurs* and Caregiver	27	81	8	5
Family nurs* and Pressure ulcer	1	1	0	0
Caregiver and Pressure ulcer	66	15	12	2
Nurs* and Family nurs* and Caregiver	602	152	54	8
Family nurs* and Caregiver and Pressure ulcer	1	0	0	0
Nurs* and Family nurs* and Caregiver and Pressure Ulcer	19	1	0	0

ANEXO III – ARTIGOS ANÁLISADOS  
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PRIMARY CAREGIVERS OF PERSONS WITH PARAPLEGIA  
SUPPORTING FAMILY CARERS IN THE COMMUNITY SETTING

## Original Article

# Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia

L Blanes<sup>\*,1</sup>, MIS Carmagnani<sup>2</sup> and LM Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Division of Plastic Surgery, Federal University of Saõ Paulo-UNIFESP, Saõ Paulo, SP, Brazil;

<sup>2</sup> Department of Nursing, Federal University of Saõ Paulo-UNIFESP, Saõ Paulo, SP, Brazil

**Study Design:** A cross-sectional descriptive study was performed with structured questionnaires and interviews conducted with 60 primary caregivers of persons with paraplegia (T1 to S2) owing to traumatic spinal cord injury (SCI).

**Objectives:** The purpose of this study was the assessment of the health-related quality of life (HRQoL) of primary caregivers of persons with paraplegia owing to traumatic SCI. **Setting:** Saõ Paulo, SP, Brazil.

**Methods:** The HRQoL was assessed by the Short Form-36 (SF-36) health survey questionnaire and caregiver burden was evaluated by the Caregiver Burden Scale (CBS).

**Results:** Among 60 caregivers evaluated, 49 (81.7%) were female, with mean age of 35.8 (SD¼12.91) years, 16 (26.6%) being wives and 14 (23.4%) sisters of persons with paraplegia. It was found that the caregivers spend an average of 11.3h/day caring for individuals with paraplegia. Twenty-three caregivers (38.3%) had a chronic disease and 32 (53.3%) were sole caregivers taking upon themselves the full responsibility of caring for the persons with paraplegia. The subjects reported lower scores on bodily pain and vitality than the other dimensions of the SF-36. The mean global CBS score was 1.71 (SD¼0.50) and mean scores for each dimension ranged from 1.39 (SD¼0.64) for emotional involvement to 2.44 (SD¼0.79) for environment dimension.

**Conclusion:** The primary caregivers of spinal cord-injured persons reported low scores on all of the SF-36 and CBS dimensions, bodily pain and vitality being the SF-36 dimensions that received the lowest scores.

**Sponsorship:** Funding was provided by the Brazilian research agency CAPES.

Keywords: caregivers; quality of life; caregiver burden; paraplegia

### Introduction

For almost three decades, more attention has been given in the literature to family caregivers of elderly persons with physical or mental disability, especially in the study of the impact the disease has on their lives. The diagnosis of a severe disease, as well as an accident that results in disability, such as spinal cord injury (SCI), not only affect the patient but also the whole family. In this way, the person with the disability as well as the family group goes through a process of loss and grief.<sup>1,2</sup>

The measurement of health-related quality of life (HRQoL) of caregivers of patients with traumatic SCI

provides relevant information on social, psychological, emotional and physical aspects.

Health problems faced by caregivers and their consequences may have impact on the patients' HRQoL. As the caregiver is the key to maintaining the patient in the community, both prevention and treatment of health problems among caregivers may help to reduce the need for hospitalization of patients or, at least, increase the time between admissions.<sup>3</sup>

The purpose of this study was to contribute additional information concerning HRQoL of caregivers of patients with traumatic SCI. This information could help to establish interventions to improve the HRQoL of caregivers and, consequently, to influence positively the care provided to patients.

---

\*Correspondence: L Blanes, Discipline of Plastic Surgery – UNIFESP, Rua Napoleão de Barros 715, 4. andar, Vila Clementino, São Paulo 04023-062, SP, Brazil

## Materials and methods

This is a cross-sectional descriptive study. The data were collected among 60 primary caregivers of persons with traumatic SCI who live in Sa~o Paulo, a city of approximately 10 million inhabitants. Unfortunately, the statistics on the number of persons with paraplegia and respective caregivers living in this area are not known. The data were collected between January and May 2005.

Caregivers, who accompanied outpatients with paraplegia to routine office visits in clinical settings, such as the Clinic of Urology and Plastic Surgery at the Sa~o Paulo Hospital and two rehabilitation centers, were interviewed at these locations and also at their residences.

The following inclusion criteria were to be met: age over 18 years; be an unpaid caregiver and a primary caregiver for more than 1 year of a person with traumatic SCI. The person with traumatic SCI must currently be an outpatient aged between 18 and 60 years.

To obtain relevant information, the patient with paraplegia was initially contacted and informed about the purpose of the study; it was verified if the cause of the injury was traumatic and whether the patient and his caregiver met the inclusion criteria.

The primary caregiver was identified by the patient based on the following definition: 'The person who is primarily involved in the care of the patient and provides the most support and/or assistance.'

A letter containing information about the study, written in simple and clear language, was read to the participants and the informed consent form was signed by the subjects. Confidentiality was assured. All caregivers confirmed they were the primary person involved in the care of the patient.

Interviews were conducted with all subjects in which the Short Form-36 (SF-36) health survey questionnaire

for HRQoL<sup>4</sup> and the Caregiver Burden Scale (CBS)<sup>5</sup> were completed.

The SF-36 questionnaire contains 35 items grouped into eight dimensions as follows: physical function (10 items), role physical (four items), bodily pain (two items), general health (five items), vitality (four items), social function (two items), emotional role (three items) and mental health (five items).<sup>4</sup> Scores on each dimension range from 0 to 100, where 0 corresponds to the worst health status and 100 to the best health status. SF36 also includes an additional item, which asks subjects about the change in their health status over the past year. This 36th item is not scored.<sup>6</sup>

The CBS was used to measure subjectively the effect of the patients' illness on the caregivers' life. It has 22 items grouped into five dimensions: general strain, isolation, disappointment, emotional involvement and environment.<sup>5</sup> Each question offers alternative answers consisting of never, seldom, sometimes and frequently, with values ranging from 1 to 4, respectively. The individual score is obtained by the arithmetic mean of the values that correspond to the specific answers

---

### Spinal Cord

of each dimension, ranging from 1 to 4; the higher the value of the individual score, the higher will be the impact felt by the caregiver in the specific dimension. The mean global score is obtained by the arithmetic mean of the values that correspond to the 22 items.

Student's t-test for independent samples was used to compare the means between two groups and the variance analysis was applied to compare data from more than two groups. The correlation among numeric variables was assessed using Pearson's linear coefficient. A Pp0.05 or 5% was considered significant. This study was analyzed and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Sa~o Paulo, Brazil.

We certify that all applicable institutional and governmental regulations concerning the ethical use of human volunteers were followed during the course of this research.

## Results

The sample was constituted by 60 primary caregivers of persons with traumatic SCI. The subjects were predominantly female (81.7%), aged from 18 to 60 years, with a mean of 35.8 (SD 12.91) years. Most of the caregivers (51.7%) were married and had low level of education (53.3%) (Table 1). All caregivers were relatives of the patients and, among them, 16 (26.6%) were wives, 14 (23.4%) sisters and 11 (18.4%) mothers. Other characteristics of the caregivers are shown in Table 2.

Table 1 Socio-demographic data of primary caregivers of persons with traumatic SCI (n=60)

Characteristics	Caregivers	
	n	(%)
Sex		
Female	49	81.7
Male	11	18.3
Marital status		
Married	31	51.7
Single	26	43.3
Other	3	5.0
Education level		
Below high school	32	53.3
High school	20	33.3
College	8	13.4
Occupation		
Retired	4	6.7
Retailer	12	20.0
Housemaid	8	13.3
Housewife	12	20.0
Other	24	40.0
Mean Age	35.8 (SD 12.91)	F

SCI, spinal cord injury; SD, standard deviation

Most of the 60 outpatients with paraplegia involved in this study were male (86.7%), single (61.7%), with a mean age of 32.9 (SD 9.47) years and had low level of education (63.3%). Although 41.7% were born in different states, all patients were current residents of São Paulo.

The most frequent causes of paraplegia were firearm injury (63.3%) followed by motor vehicle accident (20%). The levels of SCI, according to the American Spinal Injury Association (ASIA) classification, varied from T1 to T10 (80%), T11 to L2 (16.7%) and L3 to S2 (3.3%). The most frequent complications observed in the patients were urinary (88.3%) and anal (45%) incontinence, muscle spasm (65%) and pressure ulcers (26.7%).

Table 3 shows caregivers' scores on the SF-36 dimensions. The dimensions that received the lowest scores were bodily pain and vitality.

Statistical differences were found for caregivers with chronic diseases within the following dimensions:

Table 2 Other characteristics of the caregivers of persons with traumatic SCI (n=60)

Characteristics	Mean	SD <sup>a</sup>
Number of persons in household	2.6	1.95
Daily caregiver time	11.3	8.29
Length of time as a caregiver (years)	5.2	4.30
	n	(%)
Presence of disease		
Yes	23	38.3
No	37	61.7
Sole caregiver		
Yes	32	53.3
No	28	46.7
Type of relationship		
Wife	16	26.6
Sister	14	23.4
Mother	11	18.3
Other	19	31.7

<sup>a</sup> SCI, spinal cord injury; SD, standard deviation

HRQoL of primary carers of persons with paraplegia

L Blanes et al

physical function (P < 0.001), bodily pain (P < 0.003), general health (P < 0.004), vitality (P

0.007) and mental health ( $P = 0.024$ ), according to the Student's *t*-test.

The mean global score and the mean scores of five CBS dimensions are presented in Table 4.

On a scale ranging from 1 to 4, the mean global score was 1.71 (SD 0.50), and among the assessed dimensions, the mean scores ranged from 1.39 (SD 0.64) for emotional involvement to 2.44 (SD 0.79) for environment. Among single caregivers, a statistically significant difference was observed in the isolation dimension ( $P = 0.017$ ), using variance analysis.

No significant difference was found in the mean scores of any other social–demographic or clinical characteristics.

No statistical association was found when the Pearson's linear correlation was applied.

## Discussion

About 90% of the caregivers of persons with chronic diseases are their relatives.<sup>7,8</sup> Most of the time the caregiver is a woman, usually the wife or daughter,

aged between 29 and 68 years, from different social groups, who has been providing care for periods ranging from months to decades and, generally, lives with the

patient.<sup>9,10</sup>

In this study, differently from studies evaluating the care of elderly people,<sup>9,11</sup> it was found that, besides the spouses (26.6%), there is also the presence of sisters (23.4%) and mothers (18.3%) acting as caregivers, probably because the person with paraplegia is usually young (mean 32.9 years).

These results are similar to the ones found by De Vivo and Fine<sup>12</sup> in a study of persons with SCI, in which wives are highlighted as the primary caregivers and, less frequently, the other relatives. Generally, it is the wife who carries the burden of care. Chan<sup>13</sup> evaluated wives of individuals with SCI and detected a high frequency of stress and depressive feelings. According to De Vivo and Fine,<sup>12</sup> the divorce rate after injury is high, ranging from 8 to 48%. De Vivo et al<sup>14</sup> evaluated 622 persons enrolled in the National Spinal Cord Injury Statistical Center

Table 3 Scores reported by caregivers of persons with paraplegia (n=60) on each dimension of the SF-36

Dimensions	Scores		
	Mean (SD)	Median	Min – Max
Physical function (n=60)	83.75 (19.91)	90	25–100
Role physical (n=60)	69.17 (39.16)	100	0–100
Bodily pain (n=60)	65.02 (24.65)	72	0–100
General health (n=60)	77.63 (19.95)	82	17–100
Vitality (n=60)	65.58 (23.22)	70	0–100
Social function (n=60)	78.57 (21.60)	87	12–100
Role emotional (n=60)	68.18 (39.54)	100	0–100
Mental health (n=60)	73.63 (18.22)	76	32–100

SF-36, Short Form-36



Table 4 Scores reported by caregivers of persons with paraplegia (n=60) on each dimension and the global score of the CBS

Dimensions	Scores		
	Mean (SD)	Median	Min – Max

	Mean (SD)	Median	Min – max
General strain (n¼60)	1.59 (0.68)	1.37	1.00–4.00
Isolation (n¼60)	1.43 (0.65)	1.00	1.00–3.33
Disappointment (n¼60)	1.74 (0.72)	1.60	1.00–3.78
Emotional involvement (n¼60)	1.39 (0.64)	1.00	1.00–4.00
Environment (n¼60)	2.44 (0.79)	2.50	1.00–4.00
Global score (n¼60)	1.71 (0.50)	1.60	1.00–3.46

CBS, caregiver burden scale

(USA) data set since 1973, finding a total of 126 divorces, which compares to the 74 expected, based on the age-sex-specific annual divorce rates for the United States population.

In this study, it was found that the caregiver spends an average of 11.3h per day caring for the person with SCI, which reflects an almost complete dedication, and is also responsible for housekeeping tasks and the care of other dependent family members. In Brazil, it is part of the culture to provide total support to relatives with disabilities or with special needs. Belasco and Sesso<sup>15</sup> reported an average of 8h/day spent by caregivers in the care of patients who need hemodialysis. Even if most of the primary caregivers (73.3%) work outside their homes, some of them (26.7%) were retired or housewives, with no job-related activity outside their residences. In Brazil, there is a high level of unemployment, especially among the population with low level of education, and usually these individuals are self-employed, engaged in informal activities such as manicure and laundress, among others. In this way, a person may work sporadically to maintain a minimum income and, at the same time, have a flexible schedule that allows her to care for the disabled person.

The answers given in the interviews indicated that 38.3% of the caregivers of persons with paraplegia suffer from chronic diseases. Previous studies suggest that physical complaints of caregivers are frequently of psychosomatic origins.<sup>16–18</sup>

Caregivers tend to develop more psychopathology than physical illness, make more visits to physicians and report worse health than the general population.<sup>15</sup>

Over half of the subjects (53.3%) in this study were sole caregivers, taking upon themselves the full responsibility not only of caring for the individuals with paraplegia but also of housekeeping tasks without any help from a secondary caregiver.

Nowadays, the quality of life has become a major topic of research in the area of health and the findings contribute to the definition and approval of treatments and evaluation of cost benefits of the care given.

The HRQoL of caregivers of patients with SCI was measured by the SF-36 and results showed a greater impact on the physical component than the mental

---

#### Spinal Cord

component. The most influenced individual dimensions were bodily pain (mean¼65.05) and vitality (mean¼65.58), which showed the lowest values in a scale ranging from 0 to 100.

Statistical differences were found for caregivers with chronic diseases within the following dimensions: physical function (P ¼0.001), bodily pain (P ¼0.003), general health (P ¼0.004), vitality (P ¼0.007) and mental health (P ¼0.024), according to the Student's t-test.

Table 4 shows that the CBS dimensions with the highest mean scores were environment (2.44), disappointment (1.74) and general strain (1.59).

In this study, the questions that most influenced the increase of the environment dimension scores were question 22: 'Is there any problem in the

neighborhood in which your relative lives (eg, lack of accessible transportation, difficult access to drug stores and/or medical services, problems with neighbors) that makes it difficult for you to care for that person?' and question 20: 'Does your home environment make it difficult for you to care for your relative?', in agreement with Medeiros et al.<sup>1</sup>

Considering that individuals with SCI need wheelchairs or bath chairs, special adaptations are required at home and in public facilities. Some environmental changes have been done to accommodate people with disabilities, but reduced public transportation access and buildings and sidewalks without ramps for wheelchairs appear to be some of the problems that mostly affect the caregiver and, consequently, the person with SCI.

Relative caregivers who were receiving help reported greater degree of satisfaction with their lives than those who were not receiving help.<sup>19</sup> Therefore, one could expect that caregivers who live in places where there is a lack of appropriate support, accessible public transportation and difficult access to medical and social assistance, would show greater influence on items related to the environment.

In Sweden, Elmsthal et al<sup>5</sup> evaluated caregivers of elderly dependent persons with stroke who needed a convenient environment adapted to their particular needs. The study was performed in a developed country with higher socio-economic indicators than Brazil, which probably provides better access to health services and a more convenient environment for disabled people. Environment scores reported in Brazilian studies<sup>1,15</sup> were higher than Swedish ones,<sup>5</sup> indicating a higher level of burden for Brazilian caregivers related to environmental factors.

The subjective impact of the disease on the caregiver is an extremely complex issue where several factors are inter-related, including the cultural context of the studied population.

As only few studies<sup>2,20</sup> have investigated the HRQoL of caregivers of persons with paraplegia in Brazil, and the dynamics of caregiver burden was not evaluated here, as this was a cross-sectional study, we consider this research as a preliminary study, indispensable and that can yield valuable information that may clarify many important

questions related to caregivers of persons with paraplegia. The results obtained may lead to the elaboration of strategies to reduce the impact caused by the disease in the life and health of caregivers of persons with paraplegia and, consequently, improve their HRQoL.

Among these strategies, the types of assistance that are receiving increased attention in the area of health are rehabilitation centers for people with physical disabilities or chronic diseases, home care assistance and health education to enable lay people to coordinate some techniques, which were formerly performed only by hospital professionals.

### Conclusion

The primary caregivers of spinal cord-injured persons reported low scores on all of the SF-36 and CBS dimensions, with bodily pain and vitality being the SF36 dimensions that received the lowest scores. These findings indicate that community services should not only be oriented toward the needs of the person with disability but also to the needs of the caregivers.

### Acknowledgements

We thank the Brazilian Foundation for the Coordination of the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) for the financial support for this work.

### References

- 1 Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *J Rheumatol* 2000; 27: 76–83.
- 2 Azevedo GR, Santos VLGC (Handicapped). Caregiver: the social representations of family members about the caregiving process. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14: 770–780.

HRQoL of primary carers of persons with paraplegia

L Blanes et al

- 3 Baumgarten M. The health of persons giving care to the demented elderly: a critical review of the literature. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 1137–1148.
- 4 Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26: 724–735.
- 5 Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 177–182.
- 6 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinao I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36, A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 143–150.
- 7 Ehrlich F, Bowring G, Draper B, Poulos C, Salgado R. Caring for carers – a national problem. *Med J Aust* 1992; 156: 590–592.
- 8 Corcoran MA. Management decisions made by caregiver spouses of persons with Alzheimer's disease. *Am J Occup Ther* 1994; 48: 38–45.
- 9 Zarit SH, Todd P, Zarit J. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26: 260–266.
- 10 Fink SV. The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nurs Res* 1995; 44: 139–146.
- 11 Russo J, Vitalino PP, Brewer DD, Katon W, Becker J. Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 197–204.
- 12 De Vivo MJ, Fine PR. Spinal Cord Injury: its short-term impact on marital status. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 501–504.
- 13 Chan RC. Stress and coping in spouses of persons with spinal cord injuries. *Clin Rehabil* 2000; 14: 137–144.
- 14 De Vivo MJ, Hawkins LN, Richards JS, Go BK. Outcomes of post-spinal cord injury marriages. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 130–138.
- 15 Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: 805–812.
- 16 Karlin NJ, Retzlaff PD. Psychopathology in caregivers of the chronically ill: personality and clinical syndromes. *Hosp J* 1995; 10: 55–61.
- 17 Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregivers: prevalence, correlates and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771–791.
- 18 Uñalan H et al. Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form-36 questionnaire. *Spinal cord* 2001; 39: 318–322.
- 19 Potaszniak H, Nelson G. Stress and social support: the burden experienced by the family of a mentally ill person. *Am J Community Psychol* 1984; 12: 589–607.
- 20 Faro ACM. Atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular. *Rev Paul Enf* 2001; 20: 33–42.



By reading this article and writing a practice profile, you can gain a certificate of learning. You have up to a year to send in your practice profile. Guidelines on how to write and submit a profile are featured at the end of this article.

**Supporting family carers in the community setting**  
pages 47-53

**Multiple choice questions and submission instructions**  
page 54

**Practice profile assessment guide**  
page 55

# Supporting family carers in the community setting

**NS235 Wilson V (2004) Supporting family carers in the community setting. *Nursing Standard*. 18, 29, 47-53. Date of acceptance: February 3 2004.**

## Aim and intended learning outcomes

The aim of this article is to explain the pressures experienced by lay carers in the community and useful ways in which nurses might address these. After reading this article you should be able to:

- Characterise the range of patient circumstances that might cause lay carers to experience stress.
- Identify why a family unit might need to adapt to contribute to the care at home of a patient who is chronically ill or dying.
- Describe the philosophy of family-centred care, and how this might be interpreted in the primary healthcare team.
- Use personal reflection and case study illustration to re-examine local approaches to working with families who care for patients at home.

## Introduction

The shift in patient care from the acute to the primary setting, as outlined in the government white paper *Designed to Care* (DoH 1998, DoH 1999, Scottish Executive 1997), has resulted in increased numbers of patients who are terminally ill choosing to remain at home until they die. Such government initiatives rely heavily on the input of family or informal carers (Evers 1995), yet systems to support such carers are poorly conceptualised and developed (Nolan *et al* 1996).

The family constitutes the most important social context in which health and illness occur. The idea of the carer as co-patient is one intrinsic to the early

hospice movement, with its focus on families as the unit of care (Higginson *et al* 1990). The demands of caring for a patient with a serious illness need to be acknowledged and interventions tailored for the patient must have the carer in mind. Yet until recently the needs of these individuals have received little formal recognition (BMA 1995).

## Issues and experiences relating to family carers

The impact of caring on carers' lives is well documented (Addington-Hall *et al* 1991, Chesman 1996, Henwood 1998). In a survey carried out by the Carers' National Association in the UK, 70 per cent of carers reported spending at least seven hours a day in managing medications, providing supervision and emotional support, and assisting with personal care, mobility and household tasks for or with the person they cared for (Henwood 1998). In terms of characteristics, many studies have found that female caregivers are more likely than their male counterparts to experience emotional distress (Buck *et al* 1997). Approximately 90 per cent of informal caregiving is provided by a family member (Brody 1995), and typical tasks include helping with housekeeping and finances, preparing meals, shopping, helping with eating, bathing and dressing, and providing transportation. These responsibilities may become overwhelming and take a toll on the family.

Families provide informal care for more than 75 per cent of frail older adults (DoH 2001). Britain has an estimated 5.7 million carers, and one in six

## In brief

### Author

Vicky Wilson RN, Neuro Cert, Dip DN, BA, MN (Cancer Nursing), PG Cert TLTM, is lecturer in district nursing, University of Paisley, Renfrewshire. Email: vicky.wilson@paisley.ac.uk

### Summary

The author examines the pressures that may be experienced by carers in the community and discusses ways in which nurses can help to address these problems.

### Key words

- Carers
- Community nursing
- Family
- Primary health care

These key words are based on subject headings from the British Nursing Index. This article has been subject to double-blind review.

## Online archive

For related articles visit our online archive at: [www.nursing-standard.co.uk](http://www.nursing-standard.co.uk) and search using the key words above.



households includes a carer (DoH 2001). Although men assume more caregiving responsibilities now than previously, women are more likely than men to be carers – 58 per cent of carers in Britain are women (DoH 2001). Following a census in May 2001 it was revealed that in the UK in 2001 more than 114,000 children aged between five and 15 were acting as informal carers (Doran *et al* 2003).

In terms of the hours of care provided, nearly 9,000 children provided at least 50 hours of care a week. Furthermore, the health of 773 children under 16 providing 20 or more hours of care was rated 'not good'. If these children were paid employees, rather than informal carers, the workload would have been in contravention of the European working time directive. This is considered an unacceptably heavy burden for children and a cause for concern (Doran *et al* 2003).

A study carried out in Easterhouse in Glasgow (University of Glasgow 1999) reported the effects on schoolwork of young carers. The carers reported that often they fell asleep in class, some were bullied at school, some were depressed and some children in the study stated the people they were caring for had a drug problem. Other children avoided telling anyone about their situation in case they 'got hassle'.

These findings suggest the need for increased support in the home, for example, a home help service, involvement in carers' support groups and respite so that young carers have some recreation time. Many children in the study (Doran *et al* 2003) were protective of their family's privacy and as a consequence of this teachers might not be aware of the problems experienced by this vulnerable group.

## TIME OUT 1

Before reading on, consider what you understand to be the traditional role of the family. How is this redefined by the presence in the family home of a person who is chronically ill? The role of the family has changed over time and has been influenced by changes in society, social mores and culture. Do you think that modern families are well placed to support ill relatives?



Spouse caregivers often experience more emotional distress than other family caregivers, although adult children of patients – especially daughters – are also susceptible to stress and anxiety (Grant *et al* 2002). Other factors related to caregiver psychological wellbeing include:

- Whether the caregiver lives with the patient (Gilleard 2003).
- The levels of emotional, formal and informal support that the caregiver receives from other family members (Mozes 2003).
- Whether the caregiver's social life is restricted because of caregiving.

- The amount and type of help provided by the caregiver.
- The quality of the relationship between the caregiver and the person being cared for (Northouse 2000).

Caring for a family member is often considered to be a moral obligation (Baldwin and Twigg 1991). This invariably includes the expectation that as the illness progresses, families will require additional support. Many of these assumptions are embedded in public policy, where concerns about undermining the role and function of the family in the social structure of society are frequently expressed (Coyne 1995).

## TIME OUT 2

Think about the interaction between family support and state support for patients in the community who you have known. What are the challenges of making this interaction work to the benefit of patients? What, if any, misconceptions seemed to exist between family carers and social service providers about what other carers would provide?



Caring for a family member who is seriously ill also affects aspects of the carer's life and family functioning and, as the disease progresses, multiple aspects of family life are disrupted (Sherman and Simonton 1999). This makes great demands on the patient's family and there is a risk that his or her relatives will experience problems of their own as a result of this responsibility (Kristjanson 1996), such as being housebound (Axelsson and Sjoden 1998), having less sleep (Jones *et al* 1993) and, possibly, suffering injury because of the heavy physical care required (Axelsson and Sjoden 1998).

Thus, these caregiving responsibilities can create physical, financial and emotional strain for caregivers and their families. Some caregivers are in the difficult situation of providing care to their children and older family members at the same time. The stress of juggling dual caregiving roles can be overwhelming, particularly when this must also be balanced with working life.

Evidence from Brown and Mullaly (1997) identifies problems particularly related to the practical aspects of caring. In a study involving 41 informal carers, they found that 31 had suffered a variety of injuries as a result of lifting and handling patients. The researchers also found that only 13 carers had received instruction about safe lifting, three had been shown how to use a hoist and none of the carers were aware of any formal training packages for carers.

Conventional treatments for serious illness may save the patient, but can cause irreparable harm to the family unit (Rolland 1994). Rolland cites the example of a young married woman who received the most up-to-date medical and surgical treatment for cancer and was cured after several months.



As a result of the stresses of the illness, family life disintegrated. Her husband drank excessively, became abusive towards her and eventually they separated. This also had an effect on the children, who developed behavioural problems at home and in school.

Ferrell and O'Neil (1993) also acknowledge that family members who are carers sometimes have existing illnesses of their own, and suggest that some cancer patients are in better health than their family carers.

### TIME OUT 3

Brown and Mullaly (1997) highlight the risks that might be involved in caring for patients at home. Reflect on three patients you know who have been cared for at home by relatives and list the risks this posed for the carers. What factors in lay carers' accounts of their work suggested to you that they were at risk in some way?



Qureshi *et al* (1998) found that, when asked about what mattered most to them, carers identified the following:

- Freedom to have a life of their own, in particular the ability to spend time with family and friends, or with the person they were caring for, free of the usual caring responsibilities. Remaining in employment was of particular importance for some. Such activities reduce the likelihood of carers becoming socially isolated.
- Maintaining their own health and wellbeing.
- Confidence in the standard and reliability of services. Carers wanted to feel assured of the quality of services provided to those they cared for, both in the present and the future, for example, in the event of the carer's death. They also wanted to be empowered, in some instances, to make use of alternative care options.
- Feeling that they shared responsibility with service providers, and especially that their knowledge about the person they were caring for was respected in discussions. Practical and emotional support contributed to their wellbeing, as well as knowing that assistance would be available in a crisis.
- A say in the way services are provided. Carers expected that professionals would listen to and respect their views.

### Family-centred nursing

Today we understand the family as a system or unit of care with the person as the context. The definition of a family varies. Paavilainen (1998) defines a family as 'a unit composed of at least two adults (and children) whose members define themselves as a family'. Friedman (1998) describes a family as 'two or more persons who are joined together by bonds of sharing and emotional closeness and who identify themselves as being part of a family'. According to Woods *et al* (1989), the main value of

a family is supporting and nurturing relationships, although each family member has individual roles and functions.

Families play an important role in maintaining and defining the health of their individual members. Families differ in size and family members communicate differently and operate differently with each other. Some families live in close proximity to each other and some live further apart. Nurses can feel uneasy in the presence of a large family whose members represent different informational needs and responses to the situation (Brewin 1996). An understanding of the specific family dynamics will provide healthcare professionals with knowledge about the many underlying issues that a family faces.

### TIME OUT 4

Imagine you are working with an older female patient who is at home with chronic emphysema. Make a short list of the demands that this could make on the family. Now discuss with a colleague how each of the following family variables might influence whether lay support is successful:

- The patient is divorced and her two children are divided in their loyalties to their parents.
- The patient comes from a matriarchal culture, in which a senior woman in the family directs relationships and values.
- The patient has three children and all are busy professional people with careers and family responsibilities of their own for school-age children.



Family-centred nursing care was established by Florence Nightingale and continues to represent one of the core practices of community health nursing (Stackhouse 1998). Nightingale's approach was holistic; she emphasised the importance of prevention and taught families how to care for sick loved ones. In 1890 she described the role of the nurse as follows: 'Besides nursing the patient, she [the nurse] shows them [the family] in their own home how they can help in this nursing, how they can be clean and orderly, how they can call in official sanitary help to make their poor one room more healthy, how they can improve appliances, how their home need not be broken up' (Stackhouse 1998).

In the past, researchers and practitioners have concentrated their work exclusively on the sick individual, leaving the family on the sidelines until the 1960s (Astedt-Kurki and Hopia 1996, Stackhouse 1998, Whall and Fawcett 1991). There is still comparatively little family research conducted in nursing, but there have been signs of a growing interest since the 1980s (Murphy 1986).

In summarising the research on families and health, Rolland (1994) suggests that the psychosocial strains on a family with a member who has a chronic or



## Box 1. Characteristics of healthy families

### Healthy families:

- Provide a sense of security and support
- Promote good communication among members
- Are adaptable and perform roles effectively
- Have values and a spiritual orientation
- Promote family unity, co-operation and loyalty
- Promote pride and acceptance of one another
- Have a good relationship in the wider community (Stackhouse 1998)

life-threatening condition can rival the physical strains on the patient. He also suggests that family stress and support have an effect on overall mortality. Other stressors include bereavement, which is associated with an increased risk of death. Bereavement support is very important for carers. Depression caused by bereavement may last even longer: substantial depression can last almost two years after the death of the care recipient (Grant *et al* 2002). Rolland (1999) also suggests spousal support has a direct protective effect on health and buffers the impact of stress. Cardiovascular risk factors are often hereditary, and a family approach is an effective way to change unhealthy lifestyles (Zimmerman *et al* 2000).

Typically, one member of the family is the patient who is the recipient of nursing care (Cooley and Smith 2000). The patient may have:

- An identified health problem that needs monitoring, for example, Parkinson's disease.
- Been discharged from hospital recently following diagnosis of a terminal illness such as cancer.
- A psychiatric disorder, for example, schizophrenia, which requires follow-up by a community mental health nurse.
- A potential problem, for example, a mother who has a newborn child with a disability.

An example of family-centred nursing care is when a community nurse visits an older couple to assess the wife's ability to care for her husband, who has Parkinson's disease, at home. The nurse teaches the wife how to care for her husband, assesses her ability to provide care, and provides emotional and practical support. Nurses need to be supportive, listening non-judgementally to carers' concerns about patient management, and offering practical help by referring them to agencies for equipment, for example, suitable chairs, toilet seats and grab rails in the bathroom and hand rails in the hall.

In the case of adult children carers, the nurse should also address issues such as how to claim invalid care allowance if the person cares for a parent on a daily basis, or could refer the carer for a benefit check. The nurse could also advise on how to help the parent to cope better, for example, by using the practical support of a home help or a tuck-in service at night.

Although an individual is the identified patient, the actions of each of the family members affect the whole family, thus the family unit is the true patient. Everyone in the family is affected by what is happening to other family members and each family member may have specific needs that should be addressed (Jolley and Brykczynska 1992).

A serious illness also affects the structural and organisational aspects of family life and families need to adapt to accommodate changes in roles, tasks, routines and other established patterns of interaction (Sherman and Simonton 1999). Patterns of communication in the family can also be altered, resulting in family members having difficulty talking

openly about illness (Lalos *et al* 1995). Family interests must be considered alongside those of the patient and any strategic planning for chronic illness and palliative care must also take into account the family's interests (Woods *et al* 2000). The document *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services* (Calman and Hine 1995) recommended that the future development of cancer services should be patient-centred and take account of the views of patients, families and carers, as well as the professionals involved.

In many families there are tensions, unresolved conflicts and difficulties with individual family members. Not all family members get on well. When faced with one of their members experiencing a serious illness, even the most supportive and caring of families will suffer emotionally and possibly financially.

Disagreements about caregiving are common, but all family members' opinions should be heard and respected if possible. Siblings of the patient often want to offer assistance, but these offers may be refused. It is easier if the primary family caregiver asks for specific help and does not expect siblings to anticipate what help might be needed. It is also important that families are aware of local community services that can offer support. Families may avoid serious conflict by remaining flexible about responsibilities and the roles they are willing to assume.

Conflict can be minimised or avoided altogether if parents and adult children acknowledge the influence of their personalities, confront their changing relationships and consider honestly their individual abilities to handle responsibilities. A family conference or interview about carers' responsibilities may help, and could cover issues such as financial and legal planning, and the roles for relatives who live a long distance away – for example, visiting the patient so that the principal carer can have a break from caring.

All family members who may be potentially involved with providing care, and perhaps a trained counsellor, a friend, nurse or social worker, should meet to address the care package.

### TIME OUT 5

The family becomes the patient when family-centred care is arranged. This acknowledges that some members of the family might be considered 'casualties' while others might be considered 'carers'. Nurses need to identify who feels competent to contribute to care and whether these individuals are able to learn care techniques that may be necessary. To what extent have you engaged in assessments of 'casualties' and 'carers'? How did this affect your approach to families and their support?





Stackhouse (1998) suggests that adequately functioning families have certain core characteristics and are said to be basically healthy (Box 1).

Home visiting involves initiating relationships with a variety of family members and assessing the home situation to plan individual patient and family care. Family nursing interventions need to be tailored to meet different family needs, allowing for family strengths, styles and levels of functioning (Smith and Maurer 2000). To do this effectively requires good communication skills. Leitch and Tinker (1978) discuss clusters of essential communication skills:

- Listening skills – assist the nurse in clarifying and validating messages.
- Leading skills – assist the nurse in focusing and questioning the information given to avoid confusion.
- Reflecting skills – allow the nurse to understand the meaning of the concerns the family may have. These skills are especially important for community nurses because in most cases they are the sole collectors of information.

While it is acknowledged that caring for a patient in the community can be a demanding responsibility (Ferrell *et al* 1992), the key to successful management is thorough and accurate assessment of patient and family needs. Community nurses will need to collect information regarding the family's response to potential health problems, and the assessment should also make provision for any technology needed in the home, as well as issues related to continuity of care.

Assessment of the family includes evaluation of the normal family routines and roles, including the health status of the family members (Ferrell *et al* 1992). After an assessment of the individuals in the family unit, the community nurse can identify areas of need or concern.

Studies by Price *et al* (1991) and Wilson (1999) have indicated that families of patients with a chronic or critical illness have pressing psychological needs and concerns. Price *et al* (1991) demonstrated that family members of patients who are critically ill 'need to have honest, intelligible and timely information and to feel assured that their loved one is being cared for by competent and caring people'. These findings were supported eight years later by Wilson (1999) who stated that family members want information about the patient's illness and also what to do if the patient's condition deteriorates.

Smith and Maurer (2000) suggest that in the area of community nursing care, the needs of families fall into five categories:

- Dealing with growth and development.
- Dealing with illness or loss.
- Dealing with external stressors.
- Coping with inadequate resources or support.
- Coping with disturbances in organisation.

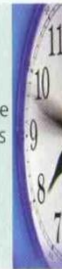
In addition to family needs, it is important to identify family strengths and style when choosing appropriate ways of interacting with a family. A family

needs framework for nursing is based on four assumptions (Smith and Maurer 2000):

- Improvement in the functioning of an individual will result in improvement in the functioning of the whole family.
- Because of the systemic nature of the family, interventions can be directed at any of several levels with a resultant change in family operation.
- Nurse-patient interaction is a crucial part of family nursing intervention.
- Family nursing intervention needs to be modified to match different family needs, strengths, styles and levels of family functioning.

### TIME OUT 6

Look at the Smith and Maurer (2000) list of categories above and decide whether you have encountered families facing these challenges. Did you notice that the families faced challenges in more than one area? Did one category of need dominate the family situation? If so, how did this influence your approach to them?



### Gathering family information

Skilled nursing care means carrying out assessments and procedures that only specialist community nurses can perform (Lawton *et al* 2000). Family assessment and intervention are at the core of family-oriented primary healthcare practice. Effective family assessment requires a map of the family and the use of a family assessment tool, such as that developed by Spradley and Allender (1996). Other tools such as the Family Caregiving Factors Inventory (FCFI) (Shyu 2000) measure the degree of understanding the carer has for the patient and may assist the community nurse to discuss the carer's and family's expectations when performing the caregiving role. Another format for assessment is the family meeting/interview or conference in which two or more family members meet to make decisions, discuss information or clarify health status or treatment. The above tools can be used by the community nurse during interviews with family members. Following assessment the community nurse can then collaborate and communicate with the patient, family members and other members of the multi-disciplinary care team and direct any available resources in a flexible way to meet the patient's and family's needs.

### Identifying key questions to ask

When faced with a complicated family situation and time is at a premium, it is important that nurses ask the appropriate questions that will keep them focused, enable them to collaborate with families and other professionals and help them to prepare an action plan. Think of examples of clinical situations



## Box 2. Skills needed to support families

- Engaging family members, including reluctant ones, in planned family conferences
- Structuring a family conference in such a way that all members have a chance to express themselves, even in poorly communicating families
- Systematically assessing family level of functioning
- Reframing the family's definition of its problem in a way that makes problem-solving more achievable
- Helping family members view their difficulty as requiring new forms of collaborative effort
- Helping family members generate alternative, mutually acceptable ways to cope with their difficulty
- Helping family members balance their coping efforts by calibrating their various roles in a way that allows support without sacrificing anyone's autonomy
- Identifying family dysfunction that lies beyond primary care treatment and orchestrate a referral by educating the family and the provider about what to expect from each other

(Doherty 1985)

that you have been involved with in the community setting. Rolland (1994) suggests that the following key issues should be addressed:

- What are the main family concerns?
- What is the stand of family or carers on these concerns?
- Prioritise the concerns with the patient and family.
- Assess the family's strengths and resources for managing its needs.
- Assess family members' previous experiences with stress and its effects on other family members.

### TIME OUT 7

Read the following case study. Using Rolland's (1994) list of key issues, described above, briefly explain how you might work with this family to secure support for the patient. Emily is 73 and lives with her husband in a first-floor flat. She has recently been diagnosed with a terminal illness and is currently in hospital. According to Emily's husband, she stated recently while in hospital that she wanted to spend her last days at home with her family. She has two daughters who wish to be involved in her care. One of her daughters works part-time and cares for her own adult child who has special needs. The other daughter works part-time in an office and has no nursing or caring experience.



If the patient is discharged in a condition that requires continued nursing care at home, the hospital liaison nurse should inform the community nurse before discharge about specific needs the patient and family might have. These may include, for example, a pressure-relieving mattress, or a Marie Curie nurse who stays overnight to ensure the family members are able to get sufficient sleep to enable them to cope during the day. In some cases the community nurse may visit the patient in hospital to ensure the transition from hospital to home is as effective as possible.

The community nurse then visits the patient in the community and undertakes an assessment of the patient and the family unit and helps family members to negotiate their needs. This includes providing appropriate direct care to the person who is ill, and supporting the caregiver and other family members, especially the immediate carers, by providing information regarding the services available immediately in the community. This may also include discussing control of symptoms if they arise and anticipating problems, thus demonstrating that the community nurse is a professional, accountable practitioner. Appropriate family assessment assists in developing clear treatment plans.

During the assessment it transpires that before Emily's hospital admission her husband needed his daughters to bathe their mother. The community nurse may also discuss how the family could set

up, for example, a rota system to prevent individual carer burnout and to ensure all the patient's physical and emotional needs are met. The community nurse will also identify the health and social needs of the family and will work collaboratively with the family and with community resources, such as carers' groups organised by the local hospice, to respond to these needs. In addition, the community nurse may provide consultation to families in the community, and may provide health education on, for example:

- How to prevent pressure ulcers.
- How to administer medications and carry out personal care for the patient, for example, if he or she has oral thrush.
- Safe moving and handling techniques to prevent back injury.
- How to prevent the patient experiencing constipation as a result of taking opioid analgesics.
- How to request a welfare rights benefit check to ensure that the family is receiving all the financial benefits to which they are entitled.

### Supporting families

Doherty (1985) suggests that new skills are needed to support families. Some of those proposed are listed in Box 2. Other strategies that can be adopted by community health practitioners to help carers include:

- Suggest that carers explain to their employers (if they are working) that they may need flexible working hours at certain times.
- Obtain information about the medical condition of the person being caring for from the GP and other members of the multidisciplinary health-care team.
- Advise carers to ask other people for support and seek out and use community services, both for themselves and the person for whom they are caring.
- Advise carers to make a family care rota to ensure that the person being cared for is looked after adequately and is safe in his or her environment.
- Suggest that carers plan some time out for themselves and their partners or significant others.

It is important to advise carers to make time for themselves. Otherwise they will not be able to meet the ongoing physical and mental demands of caring.

The goal of prevention is most easily achieved when there is continuity of care, and the same community nurse can manage most of a family's needs through all the stages of health and illness. It is clear that effective family-oriented primary care requires a great degree of collaboration and communication between all members of the primary healthcare team.

Comprehensive and thorough assessment of patients and their families is necessary to provide a quality service to those involved. Becker *et al* (1998) report that families may need professional guidance in making decisions regarding care to

### REFERENCES

- Addington-Hall J *et al* (1991) The views of bereaved family and friends about the experiences of terminally ill patients. *Palliative Medicine*, 5, 5, 207-214.
- Astedt-Kurki P, Hopia H (1996) The family interview: exploring experiences of family health and wellbeing. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 3, 506-511.
- Axelsson B, Sjoden P (1998) Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*, 12, 1, 29-39.
- Baldwin S, Twigg J (1991) Women and community care: reflections on a debate. In Groves D (Eds) *Women and Community Care: Reflections on a Debate*. London, Routledge.
- Becker S *et al* (1998) *Young Carers and their Families*. Oxford, Blackwell Science.
- Brewin T (1996) *Relating to the Relatives*. Oxford, Radcliffe Medical Press.
- British Medical Association (1995) *Taking Care of the Carers*. London, BMA.



ensure that the interests of all family members are taken into account. Using standardised assessment tools may be helpful in collating information regarding patients and their families, which would provide a more structured approach to managing care.

## Conclusion

Knowledge concerning a family's ability to care for a person with a chronic illness at home is essential for nurses. The ability of families to cope depends on the resources available within the family unit and the wider support system. Directing resources in a flexible way to address or solve patients' and carers' needs is of paramount importance. Effective community care services depend on successful integration, co-ordination and collaboration between

families, health care and social services. Consideration should be given to carer competence to reduce the risk of injury to patients and to prevent illness or hospitalisation of carers as a result of caregiving activities. Families may need guidance from professionals so that their needs, not just those of the patient, are given careful consideration.

Further research is necessary to explore families' experiences of caring for patients at home and to consider the health and social implications for patients and their families ■

## TIME OUT 8

Now that you have completed the article, you might like to write a practice profile. Guidelines to help you are on page 55.



Brody E (1995) Prospects for family caregiving: response to change, continuity and diversity. In Kane R, Penrod J (Eds) *Family Caregiving in an Aging Society*. Thousand Oaks CA, Sage Publications.

Brown A, Mullaly G (1997) Injuries sustained by caregivers of disabled elderly people. *Age and Ageing*, 26, 21-23.

Buck D et al (1997) Psychological distress among informal supporters of frail older people at home and in institutions. The Resource Implications Study Group of the MRC Cognitive Function and Ageing Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 7, 737-744.

Calman K, Hine D (1995) *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*. London, HMSO.

Chesman S (1996) Community care or rationing. *Journal of Community Nursing*, 10, 2, 10-14.

Cooley M, Smith C (2000) The nursing process and families. In Smith C, Maurer F (Eds) *Community Health Nursing*. Second edition. Philadelphia PA, WB Saunders.

Coyne J (1995) Interventions in close relationships to improve coping with illness. In Ritvo P (Eds) *Interventions in Close Relationships to Improve Coping with Illness*. London, Sage.

Department of Health (2001) *Caring About Carers*. [www.carers.gov.uk/newsletter.htm](http://www.carers.gov.uk/newsletter.htm) (Last accessed: February 18 2004.)

Department of Health (1999) *Making A Difference: Strengthening the Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Healthcare*. London, The Stationery Office.

Department of Health (1998) Minister welcomes formation of 480 primary care groups – gigantic step towards ending internal market and modernising NHS – Milburn. [www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleases](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleases) Notices/fs/en?CONTENT\_ID=4024725&chk=Rp92wO (Last accessed: March 19 2004.)

Doherty W (1985) Family interventions in healthcare. *Family Relations*, 34, 129-137.

Doran T et al (2003) Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data. *British Medical Journal*, 327, 7428, 1388.

Evers A (1995) The future of elderly care in Europe: limits and aspirations. In Wenger G (Eds) *The Future of Elderly Care in Europe: Limits and Aspirations*. London, King's Fund.

Ferrell B, O'Neil E (1993) Continuity of care. In Yarbro C (Ed) *Continuity of Care*. London, Jones and Bartlett.

Ferrell B et al (1992) Home care: maintaining quality of life for patient and family. *Oncology*, 6, 2 Suppl, 136-140.

Friedman M (1998) *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. Fourth edition. Stamford Connecticut, Appelton and Lange.

Gilleard C (2003) Carers. [www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskell/semOAP/ch18.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskell/semOAP/ch18.pdf) (Last accessed: March 23 2004.)

Grant I et al (2002) Health consequences of Alzheimer's caregiving transitions: effects of placement and bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 64, 3, 477-486.

Henwood M (1998) *Ignored and Invisible? Carers' Experience of the NHS*. London, Carers' National Association.

Higginson I et al (1990) Palliative care: views of patients and their families. *British Medical Journal*, 301, 6746, 277-281.

Jolley M, Bryczynska G (Eds) (1992) *Nursing Care: The Challenge to Change*. London, Edward Arnold.

Jones R et al (1993) Death from cancer at home: the carers' perspective. *British Medical Journal*, 306, 6872, 249-251.

Kristjanson L (1996) Family members' perceptions of palliative cancer care: predictors of family functioning and family members' health. *Journal of Palliative Care*, 12, 4, 10-20.

Lalos A et al (1995) Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer – a prospective interview study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16, 3, 153-165.

Lawton S et al (2000) *District Nursing: Providing Care in a Supportive Context*. London, Churchill Livingstone.

Leitch C, Tinker R (1978) *Primary Care*. Philadelphia PA, FA Davis.

Mozes A (2003) Patient's wife often stressed more by cancer diagnosis. [www.nccc-online.org/caregivers\\_4.htm](http://www.nccc-online.org/caregivers_4.htm) (Last accessed: March 23 2004.)

Murphy S (1986) Family study and nursing research. *Image*, 18, 4, 170-174.

Nolan M et al (1996) *Understanding Family Care*. Buckingham, Open University Press.

Northouse L (2000) The overlooked (and overworked) caregiver. *Social Science and Medicine*, 50, January, 271-284.

Paavilainen A (1998) Child maltreatment. In Astedt-Kurki P et al (Eds) *Methodological issues in interviewing families in family nursing research* *Journal of Advanced Nursing*, 35, 2, 288-293.

Price D et al (1991) Critical care family needs in an urban teaching medical centre. *Heart and Lung*, 20, 183-188.

Qureshi H et al (1998) Overview: outcomes of social care for older people and carers. *Outcomes in Community Care Practice*, 5, 5, 12-15.

Rolland J (1999) Parental illness and disability: a family systems framework. *The Journal of Family Therapy*, 21, 3, 242-266.

Rolland J (1994) *Families, Illness and Disability: An Integrative Treatment Model*. New York NY, Basic Books.

Scottish Executive (1997) *Designed to Care*. Edinburgh, The Stationery Office.

Sherman A, Simonton S (1999) Family therapy for cancer patients. *Family Journal*, 7, 1, 38.

Shyu Y (2000) Development and testing of the Family Caregiving Factors Inventory (FCFI) for home health assessment in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1, 226-234.

Smith C, Maurer F (2000) *Community Health Nursing*. Second edition. Philadelphia PA, WB Saunders.

Spradley B, Allender J (1996) *Community Health Nursing: Concepts and Practice*. Philadelphia PA, Lippincott-Raven.

Stackhouse J (1998) *Into the Community: Nursing in Ambulatory and Home Care*. Philadelphia PA, Lippincott.

University of Glasgow, Strathclyde Centre For Disability Research and the Centre For the Child and Society (1999) *The Extent, Nature and Needs of Young Carers in Easterhouse*. Glasgow, University of Glasgow.

Whall A, Fawcett J (1991) *The Family as a Focal Phenomenon in Nursing*. Philadelphia PA, FA Davis.

Wilson V (1999) Meeting the needs of dying patients and their carers. *Journal of Community Nursing*, 13, 9, 26-34.

Woods S et al (2000) Users' views of palliative care services: ethical implications. *Nursing Ethics*, 7, 4, 314.

Woods N et al (1989) Supporting families during chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 21, 41, 40-50.

Zimmerman G et al (2000) A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *American Family Physician*. [www.aafp.org/atfp/20000301/1409.html](http://www.aafp.org/atfp/20000301/1409.html) (Last accessed: March 19 2004.)

ANEXO V – QUADRO RESUMO POR ÁREAS DE ATENÇÃO

FAMÍLIAS	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	GANHOS EM SAÚDE
A	Papel prestador de cuidados - não adequado Processo Familiar Disfuncional	Avaliar as dimensões conflituais no papel  Promover estratégias de coping para o papel Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família Promover estratégias adaptativas-coping na família Negociar estratégias adaptativas - coping na família	Processo Familiar Funcional Papel de prestador de Cuidados Adequado
B	Papel prestador de cuidados - não adequado	Ensinar o prestador de cuidados sobre importância de um sono reparador; estratégias de promoção do sono e repouso; sobre fisiopatologia da doença e esquema terapêutico prescrito	Papel Prestador de Cuidados -Adequado
C	Rendimento Familiar Insuficiente Satisfação conjugal - não mantida Papel Parental - não adequado Processo Familiar Disfuncional	Promover a gestão do rendimento familiar Motivar para a redefinição da divisão das tarefas domésticas, Planejar rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Promover a comunicação expressiva de emoções Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas as crianças; desenvolvimento infantil, regras estruturantes; Promover estratégias de coping Avaliar os conflitos do papel	Rendimento Familiar Suficiente Satisfação conjugal - Mantida Papel Parental - não adequado Processo Familiar Funcional
D	Rendimento Familiar Insuficiente Edifício residencial Não Seguro Edifício residencial Negligenciado Papel parental- não adequado	Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil; Ensinar os pais sobre importância de regras estruturantes; Ensinar os pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; Promover a comunicação expressiva de emoções; Avaliar as dimensões não consensuais; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover estratégias de coping	Rendimento Familiar Suficiente Edifício Residencial Seguro Edifício Residencial Não Negligenciado Papel Parental não Demonstrado
E	Rendimento Familiar Insuficiente Papel parental - não demonstrado	Promover a gestão do rendimento familiar Motivar para a redefinição da divisão das tarefas domésticas, Planejar rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Promover a comunicação expressiva de emoções Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas as crianças; desenvolvimento infantil, regras estruturantes; Promover estratégias de coping Avaliar os conflitos do papel	Rendimento Familiar Suficiente Papel Parental – não Demonstrado



ANEXO VI – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

PROJETO DE ESTÁGIO

**MESTRANDA:**

Mafalda Girão

Santarém, março, 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

**MESTRANDA:**

Mafalda Girão

**ENFERMEIRA COOPERANTE**

Enfermeira Especialista Saúde Comunitária Paula Abreu

**ORIENTADORA:**

Professora Mestre Rosário Machado

**TITULAR da UNIDADE CURRICULAR:**

Professor Doutor José Amendoeira

Santarém, março, 2014

SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

ACES-ON - Agrupamento Centros de Saúde Oeste Norte

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CMESF – Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

USF – Unidade Saúde Familiar

USF RDL – Unidade Saúde Familiar Rainha Dona Leonor

**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>9</b>
<b>2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....</b>	<b>10</b>
<b>3. PLANO DE ATIVIDADES.....</b>	<b>16</b>
3.1- CRONOGRAMA.....	19
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO I – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>24</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Avaliação Dinâmica e Intervenção Familiar em 5 famílias .....	10
Quadro 2 - Plano de atividades .....	16
Quadro 3 - Cronograma do estágio.....	20

## **INTRODUÇÃO**

Em todos os contextos onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional, o seu foco, direta ou indiretamente, é centrado na família, tendo em conta a sua saúde global, desenvolvimento, e a forma como a família contribui para a sociedade. Cuidar a família é assim um dos primordiais interesses da enfermagem (ICN, 2002), sendo que o contexto familiar possibilita a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros.

Integrado no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, surge o Estágio II a fim de consolidar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar adquiridas na parte teórica e dar continuidade ao trabalho desenvolvido no Estágio I, onde foi efetuada a avaliação de cinco famílias, através da aplicação da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar, para assim efetuar o diagnóstico de necessidades.

O desenvolvimento do projeto decorrerá durante o Estágio, na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor, de 10 de março de 2014 a 25 de julho de 2014, de acordo com o Cronograma de Estágio, num total de 420 horas. A orientação a nível pedagógico é da responsabilidade da professora Mestre Maria do Rosário Machado e a nível prático e técnico da enfermeira cooperante Paula Abreu, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, sendo o titular da Unidade Curricular o Professor Doutor José Amendoeira.

A elaboração deste trabalho tem como foco, a consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, em que este interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família de modo a identificar os problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, de prognósticos, de objetivos e o planeamento das intervenções ou contrato de ação com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste sentido os objetivos do estágio que se constituem como guias para o desenvolvimento do mesmo, contribuindo para a clarificação das competências a desenvolver e mobilizando conteúdos numa perspetiva de enfermagem avançada, são:

- Demonstrar competência que promove a capacitação da família, enquanto unidade de cuidados, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;

- Demonstrar competência que permite prestar cuidados aos três níveis, focalizar-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- Demonstrar competências no domínio, da melhoria da qualidade, da responsabilidade profissional, ético e legal, da gestão de cuidados, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para Figueiredo (2012:67), o conceito de família é especificado sob uma perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos. Da interdependência entre os seus elementos, emerge um contexto de coesão e covariação em que todos se encontram em interação, formando uma totalidade coerente, mantendo-se em funcionamento, evoluindo de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida.

Tendo como alvo de intervenção a família, surge a proposta de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como eixo organizador “os projetos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2007:20), a qual consideramos de extrema pertinência face ao atual enquadramento dos CSP. Dirigindo a intervenção aos processos de saúde/doença, verificamos que as práticas de cuidados dirigidos às famílias, no contexto comunitário, desenvolvidas pelo enfermeiro de família, reportam-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (OE, 2002).

A prestação de cuidados sendo um processo interacional implica a reestruturação da família, cuja identificação de dificuldades no desempenho desta função impulsionará o desenvolvimento de estratégias de comunicação para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes. A avaliação é sempre processual e integrativa seja qual for a área de atenção focalizada. Nesta dimensão, pretende-se essencialmente uma avaliação que interligue a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada, considerando a estrutura familiar, o seu desenvolvimento, as crenças e valores e, ainda, o seu padrão interacional. Apenas desta forma é possível identificar as forças e os recursos que permitirão à família a apreensão de uma visão mais apreciativa e consequentemente a definição de estratégias conducentes à resolução dos seus problemas, (Figueiredo, 2012).

O aumento do envelhecimento da população terá como efeito um número cada vez maior de pessoas que terá que desenvolver funções de prestador de cuidados, no contexto familiar, associado ao aumento do número de pessoas a viverem sós e à diversificação nos modos de vida,

os cuidados de saúde terão de dar resposta a estas mudanças e a enfermagem assumir o seu papel nos cuidados dirigidos às famílias.

Tendo em conta esta realidade, e porque diariamente no meu desempenho profissional como enfermeira de família me deparo com utentes com níveis elevados de dependência na realização das suas atividades de vida diária, em que um dos seus membros familiares assume o papel de prestador de cuidados, constituindo-se assim, como um fator de stresse para a família. É importante perceber quais as necessidades da família para a transição para este papel, daí a minha inquietação sobre esta área temática.

Ao longo deste estágio irá ser elaborado um relatório que tem como objetivos: enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática; inventariar recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência e fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariando a sua natureza. Este relatório irá servir de documento de avaliação para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

## **1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O Estágio II irá decorrer no mesmo local de contexto do estágio anterior, onde foi realizada a avaliação familiar e diagnóstico de necessidades: Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor (USF RDL).

A Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor, é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES-ON) que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e está situada na freguesia de Nossa Sr.ª do Pópulo, em Caldas da Rainha, no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha. Neste edifício funciona ainda a Unidade de Saúde Familiar Bordalo Pinheiro; a Unidade de Cuidados Personalizados de Caldas da Rainha; a Unidade de Cuidados na Comunidade de Caldas e a Unidade de Apoio à Gestão do ACES Oeste Norte.

A equipa da Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor é coordenada pela Dr.ª Leonor Salvo e constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, organizados em equipas nucleares de família (médico, enfermeiro e assistente técnica).

Prestam cuidados de saúde a cerca de 16000 utentes inscritos, sendo este número naturalmente dinâmico; são cerca de 2000 utentes por cada equipa de família, tendo utentes inscritos de todas as freguesias do Concelho de Caldas de Rainha, mas predominantemente das freguesias de Nossa Sra. do Pópulo e Sto. Onofre.

O horário de funcionamento está compreendido entre as 8h e as 20h de todos os dias úteis e entre as 9h e as 13h aos sábados.

## 2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Resultante da análise dos dados obtidos na interação com as famílias e face à complexidade, intersubjetividade e contextualidade das mesmas, os diagnósticos correspondem às necessidades ou problemas da família. Estes são enunciados com base nos critérios definidos, mas essencialmente no que a família considera ser problema para si, (Figueiredo, 2012).

Os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas. Nesta etapa existem princípios fundamentais:

- Validação com a família sobre as suas forças e problemas;
- Enumeração dos problemas de acordo com a sua importância para o restabelecimento da Saúde Familiar;
- Estabelecimento com a família acerca dos principais objetivos da mudança.

Como resultado dos diagnósticos por mim efetuados, foram propostas as intervenções do modo a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, conforme descritos no quadro 1.

Quadro nº1 – Avaliação Dinâmica e Intervenção Familiar em 5 famílias

<b>FAMILIA 1</b>	
<b>Tipo de Família</b>	<b>Alargada</b> Etapa de ciclo vital - Família com filhos adultos
<b>Instrumentos avaliação</b>	Genograma Ecomapa Escala de Graffar Adaptada APGAR Familiar de Smilkstein Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
<b>Diagnósticos de necessidades</b>	Papel prestador de cuidados - não adequado Processo Familiar Disfuncional
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Promover a comunicação expressiva de emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Promover estratégias de coping para o papel Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família Promover estratégias adaptativas- coping na família Negociar estratégias adaptativas - coping na família
<b>Ganhos em saúde</b>	Processo Familiar Funcional

	Papel de prestador de Cuidados Adequado
<b>FAMILIA 2</b>	
<b>Tipo de Família</b>	<b>Alargada</b> Etapa de ciclo vital - Família com filhos adulto
<b>Instrumentos avaliação</b>	Genograma Ecomapa Escala de Graffar Adaptada APGAR Familiar de Smilkstein Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe FACES II
<b>Diagnósticos de necessidades</b>	Papel Prestador de Cuidados -Não adequado
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Ensinar o prestador de cuidados sobre importância de um sono reparador; estratégias de promoção do sono e repouso; sobre fisiopatologia da doença e esquema terapêutico prescrito
<b>Ganhos em saúde</b>	Papel Prestador de Cuidados -Adequado
<b>FAMILIA 3</b>	
<b>Tipo de Família</b>	<b>Reconstruída</b> Etapa de ciclo vital - Família com filhos na escola
<b>Instrumentos avaliação</b>	Genograma Ecomapa Escala de Graffar Adaptada APGAR Familiar de Smilkstein Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
<b>Diagnósticos de necessidades</b>	Rendimento Familiar Insuficiente Satisfação conjugal - Não mantida Papel Parental - Não adequado Processo Familiar Disfuncional
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Promover a gestão do rendimento familiar Motivar para a redefinição da divisão das tarefas domésticas Planejar rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Promover a comunicação expressiva de emoções Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas as crianças; Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil; Ensinar os pais sobre regras estruturantes; Promover estratégias de coping Avaliar os conflitos do papel
<b>Ganhos em saúde</b>	Rendimento Familiar Suficiente Satisfação conjugal - Mantida Papel Parental - Adequado Processo Familiar Funcional
<b>FAMILIA 4</b>	

<b>Tipo de Família</b>	<b>Reconstruída</b> Etapa de ciclo vital - Família com filhos adolescentes
<b>Instrumentos avaliação</b>	Genograma Ecomapa Escala de Graffar Adaptada APGAR Familiar de Smilkstein Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
<b>Diagnósticos de necessidades</b>	Rendimento Familiar Insuficiente Edifício Residencial Não Seguro Edifício Residencial Negligenciado Papel Parental- Não adequado
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Requerer serviços sociais Promover a gestão do rendimento familiar Instruir a família para governo da casa Motivar a família sobre governo da casa Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas as crianças; Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil; Ensinar os pais sobre importância de regras estruturantes; Ensinar os pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; Promover a comunicação expressiva de emoções; Avaliar as dimensões não consensuais; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover estratégias de coping
<b>Ganhos em saúde</b>	Rendimento Familiar Suficiente Edifício Residencial Seguro Edifício Residencial Não Negligenciado Papel Parental Adequado

**FAMILIA 5**

<b>Tipo de Família</b>	<b>Reconstruída</b> Etapa de ciclo vital - Família com filhos na escola
<b>Instrumentos avaliação</b>	Genograma Ecomapa Escala de Graffar Adaptada APGAR Familiar de Smilkstein Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe Faces II
<b>Diagnósticos de necessidades</b>	Rendimento Familiar Insuficiente Papel Parental - não demonstrado

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Requerer serviços sociais Promover a gestão do rendimento familiar Ensinar/ instruir sobre o padrão alimentar adequado à criança; Ensinar os pais sobre importância de regras estruturantes; Ensinar os pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; Promover a comunicação expressiva das emoções; Elogiar as forças da família e dos indivíduos; Avaliar a saturação do papel; Promover estratégias de coping para o papel; Promover o envolvimento da família alargada.
<b>Ganhos em saúde</b>	Rendimento Familiar Suficiente Papel Parental - Demonstrado

Concluída a avaliação familiar, efetuado o diagnóstico de necessidades e sugeridas as intervenções, a reflexão de que forma estas irão ser desenvolvidas é crucial para facilitar o processo de transição das famílias (Wright e Leahey, 2002). As intervenções visam promover, melhorar ou sustentar o funcionamento da família. No entanto ainda segundo as autoras, apenas podemos sugerir intervenções, após termos confirmado se a família irá ou não abrir espaço para que estas se desenvolvam. Esta abertura dependerá da constituição genética da família e das interações entre os seus membros, sendo que as intervenções deverão ser adaptadas a cada família.

Para Hanson (2005), as famílias estão sujeitas a tensões quando os fatores de stress que se apresentam sob a forma de problemas penetram no seu sistema de defesa. A reação da família irá depender, por um lado, até onde o problema penetra na unidade familiar por outro até que ponto a família se adapta a fim de manter a sua estrutura básica, onde estão incluídas as funções e os seus recursos energéticos. A reconstrução ou adaptação é todo o trabalho que a família faz para preservar ou restaurar a estabilidade familiar.

A família enquanto unidade de cuidados requer intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter um funcionamento adequado, face a transições normativas ou acidentais que implicam alterações na dinâmica familiar. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e família, através de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Dá ênfase às relações e à reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido em conjunto com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, (Figueiredo,2012).

A identificação das necessidades da família e posteriormente a elaboração dos diagnósticos são elementos organizadores do processo de cuidados com as famílias, atendendo que essas mesmas necessidades foram contextualizadas num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar. Assim, quando a família é conceptualizada como unidade sistémica, permite-nos integrar os diagnósticos como problemas, mas sempre enquadrados num sistema detentor de forças e recursos para a resolução dos mesmos, (Figueiredo,2012).

Para que a mudança seja percebida pela família como viável e assim obter o seu comprometimento no plano elaborado, após validar com estas os diagnósticos, o planeamento das intervenções devem considerar primordialmente suas forças. O enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e atendendo às suas competências descritas: Cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Cada competência é composta por unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, conforme consta no anexo I, e especificamente para este estágio realço a unidade de competência: “realiza e avalia as intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”, dado tratar-se de um estágio de intervenção.

De acordo com Figueiredo (2012), a utilização das perguntas de intervenção, como questões que geram mudanças e que, integradas no contexto das intervenções propostas, possibilitam mudanças concretas no funcionamento família, são de extrema importância. Face aos objetivos definidos com a família, tendo em conta as suas fragilidades e forças, o enfermeiro deve determinar as situações em que se torna mais adequado a utilização das perguntas de intervenção, englobando-as num contexto de intencionalidade.

Segundo Wright e Leahey (2002) as perguntas de intervenção geralmente são de dois tipos: lineares e circulares, tendo objetivos diferenciados. As perguntas lineares tem como finalidade obter informação, são investigativas dado que exploram a perceção ou a descrição de um problema por um membro da família. As perguntas circulares são direcionadas às explicações do problema. Auxiliam a obter valiosas informações pois investigam os relacionamentos entre os membros da família os factos ou crenças.

As famílias movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global a nível dos padrões familiares A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. O resultado traduz-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a

dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos, Figueiredo (2012).

Durante os processos de transição, as pessoas tendem a ficar mais suscetíveis aos riscos e esse facto pode afetar a sua saúde e bem-estar razão pela qual são considerados uma área importante para a enfermagem. Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. (Meleis,1997; Meleis et al, 2000). O conceito de transição e de vulnerabilidade estão fortemente interligados, definindo as autoras, transição como “a passagem entre uma fase, condição ou estado de vida a outro, associado a algum grau de auto redefinição” e vulnerabilidade como “a pré-disposição que surge na vida da pessoa em contexto de vivência diária e que é revelada através da compreensão das suas experiências e das respostas dadas durante a transição”, Meleis e Schumacher (2000).

No modelo de avaliação integrado no MDAIF, no enunciado das intervenções são utilizados os termos descritos na ICNP/CIPE® (ICN, 2002) relativamente ao termo do eixo das ações, conforme indicações da OE (2002) citado por Figueiredo (2012), no sentido de que se possam posteriormente definir indicadores que permitam tornar visível os ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de cuidados.

Embora se tenham desenvolvido esforços no sentido de se obter a parametrização da matriz operativa do MDAIF no Sistema Aplicativo à Prática de Enfermagem (SAPE), em uso nas unidades de prestação de cuidados à família, UCSP e USF, e sendo uma realidade em outras zonas do país, no ACES Oeste Norte ainda não é possível, no entanto esperamos que o Programa de Saúde Familiar no sistema informático se torne uma realidade para assim se poderem obter indicadores de desempenho nesta área.

### 3. PLANO DE ATIVIDADES

O Plano de atividades traduz o processo de planejamento e constitui uma parte fundamental, a partir da qual, se define para determinado período de tempo os objetivos, a estratégia e metodologia a seguir. Visa a programação de uma série de ações que convergem para a concretização dos objetivos. Após ter efetuado o diagnóstico de necessidades às famílias avaliadas através da aplicação do MDAIF, foram sugeridas as intervenções de modo a obter ganhos em saúde. Relacionadas com o objetivo e atividades em questão são referidas as unidades de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (anexo I). Este plano é flexível e passível de alterações, dado que cada família tem a sua própria dinâmica. De modo a delinear as atividades de acordo com o espaço temporal, elaborou-se o cronograma que se apresenta após este plano.

Quadro nº2 – Plano de atividades

1. ELABORAR O PLANO DE INTEGRAÇÃO AO ESTÁGIO					
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
1 e 2	Planear o estágio II do 2º CMESF	Reunião de integração ao estágio II	12.março	ESSS	Prof. Titular da UC Prof. Orientadora Alunas do 2º CMESF
		Reunião de apresentação à enfermeira cooperante	13. março	USF RDL	Elsa Bispo Mafalda Girão Prof. Orientadora
	Dar conhecimento do projeto de estágio	Elaboração do projeto de estágio	13 a 18 março	USF RDL	Mafalda Girão
		Apresentação do projeto de estágio à Enf.ª cooperante	18 Março 2014	USF RDL	Enf.ª Cooperante Mafalda Girão
		Apresentação do projeto de estágio à prof. Orientadora	20 Março 2014	ESSS	Profª Orientadora Mafalda Girão

2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR					
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
1 e 2	Intervir com as famílias face aos diagnósticos efetuados a fim de obter ganhos em saúde e mudanças no funcionamento da família	Validação com as famílias os diagnósticos de necessidades efetuados	24 a 28 março	USF RDL Domicilio	Mafalda Girão Enfermeira cooperante
		Planeamento das intervenções de enfermagem Consultas de Enfermagem com um ou mais elementos da família	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio	Mafalda Girão
	<b>FAMILIA 1:</b> Capacitar o prestador de cuidados para o seu papel Capacitar a família para Processo Familiar Funcional	Entrevista com o prestador de cuidados a fim de promover a comunicação expressiva de emoções e avaliação das dimensões conflituais no papel Marcar reunião com a família extensa a fim de negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família Fornecer apoio familiar na busca de informação, Promoção de estratégias adaptativas- coping na família	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio	Mafalda Girão
	<b>FAMILIA 2:</b> Capacitar o prestador de cuidados para o seu papel	Ensinar o prestador de cuidados sobre importância de um sono reparador; estratégias de promoção do sono e repouso; sobre fisiopatologia da doença e esquema terapêutico prescrito	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio	Mafalda Girão
	<b>FAMILIA 3:</b> Promover uma gestão do rendimento familiar Melhorar a satisfação conjugal	Entrevista com o casal a fim de promover a comunicação expressiva de emoções e avaliar conflito do papel parental Planear com a família atividades em conjunto e rituais familiares Entrevista com enfermeira da Saúde Escolar	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio Outras Unidades	Mafalda Girão

	Capacitar para um Papel Parental Adequado Capacitar a família para Processo Familiar Funcional	Marcar consulta de saúde Infantil para ensinar sobre desenvolvimento infantil Articular com a Técnica do serviço social para promover a gestão do rendimento familiar			
	<b>FAMILIA 4:</b> Promover uma gestão do rendimento familiar Capacitar a família para a importância de um edifício residencial seguro e não Negligenciado Capacitar para um Papel Parental Adequado	Articular com a Técnica do serviço social para promover a gestão do rendimento familiar Entrevista com o casal a fim de promover a comunicação expressiva de emoções e avaliar conflito do papel parental Planear com a família atividades em conjunto e rituais familiares Entrevista com enfermeira da Saúde Escolar Consulta de saúde Infantil para ensinar sobre desenvolvimento infantil	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio Outras Unidades	Mafalda Girão
1 e 2	<b>FAMILIA 5:</b> Promover uma gestão do rendimento familiar Capacitar para um Papel Parental Adequado	Articular com a Técnica do serviço social para promover a gestão do rendimento família Consultas de saúde Infantil para ensinar sobre desenvolvimento infantil, padrão alimentar adequado à criança e regras estruturantes e sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; Entrevista com enfermeira da Saúde Escolar a fim de planear sessão de educação para a saúde sobre adolescência Entrevista com o casal a fim de promover a comunicação expressiva de emoções e avaliar conflito do papel parental	24 de março a 4 de julho	USF RDL Domicilio Outras Unidades	Mafalda Girão

<b>3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO</b>					
	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
	Avaliar o desenvolvimento do projeto	Apresentação do decorrer do projeto sob forma de Seminário	13 Maio 2014 2 Julho 2014	ESSS	Mestrandas do CMESF Professor Titular Professora Orientadora Enfermeira cooperante Outros convidados
<b>4. FORMAÇÃO SOBRE MDAIF</b>					
	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
	Dar conhecimento dos objetivos do CMESF	Apresentação do plano de estudos do CMESF Informar das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar	23/ Abril	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Sensibilizar sobre a importância da aplicação do MDAIF	Reflexão sobre os conceitos subjacentes ao MDAIF Apresentação das 3 dimensões da avaliação familiar	21 / maio	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Dar conhecimento dos vários instrumentos de avaliação familiar	Apresentação dos instrumentos de avaliação familiar e das suas vantagens	4 / junho	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Demonstrar a aplicação prática do MDAIF	Apresentação de dois casos clínicos com aplicação prática do MDAIF	25 / Junho	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão

- CRONOGRAMA

Quadro nº 3 – Cronograma do Estágio II

ANO	2014																		
MÊS	MARÇO			ABRIL				MAIO				JUNHO			JULHO				
SEMANA	10-14	17-21	24-28	31-04	07-11	14-25	28-02	05-09	12-16	19-23	26-30	02-06	9-13	16-20	23-27	30-04	07-11	14-18	21-25
ATIVIDADE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Elaboração do Projeto de Estágio																			
Avaliação e Intervenção Familiar																			
Elaboração do Relatório do Estágio																			
Pesquisa bibliográfica																			
Avaliação do desenvolvimento do projeto									13							2			
TOTAL DE HORAS	420																		

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, evidencia o papel do enfermeiro como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos nos seus processos de vida. São referenciados como promotores de saúde, pela materialização do seu papel no trabalho de proximidade com as famílias, Figueiredo (2012).

Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. A utilização de um modelo de avaliação e intervenção familiar facilita a síntese dos dados, tornando mais proficiente a identificação dos recursos e das dificuldades da família. A agregação dos dados permite a análise multidimensional, a estruturação dos mesmos e a identificação dos focos de atenção (Wright e Leahey, 2002).

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. O resultado traduz-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos, (Figueiredo, 2012).

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Figueiredo, M. (2012), *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência: Loures.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusodidata. Loures
- International Council of Nurses (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN.
- Meleis, A. (1997) *Theoretical Nursing: Development and progresso*. Filadelfia:Lippincott
- Meleis, A. (2000). *Experience Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. New York:Springer Publishing. Vol 23 pp12-28
- Meleis,A. e Schumaker, K. (2000) –*Experiencing transitions: An emergingppincott Williams & Wilkins*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Familiar*. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (2002), *Saúde 21 – Saúde para todos no SÉC XXI – Uma Introdução*, Lusociência, Loures
- Wright, L. e Leahey, M.( 2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. , São Paulo: Roca

**ANEXOS**

ANEXO I – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
FAMILIAR

**Regulamento n.º 126/2011****Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar****Preâmbulo**

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

As famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stress (problemas) afectam as linhas de defesa da família. A reacção da família depende da forma como esses factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A reconstrução ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais;

O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente.

O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou contrato de acção com a família. Na implementação dos planos de acção, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, mais especificamente, aos de enfermagem assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais.

Assim:

Nos termos da alínea ~~o~~ do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea ~~o~~ do artigo 20.º e da alínea *i*) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e

os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

**Artigo 1.º****Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar.

**Artigo 2.º****Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3.º****Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4.º****Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar**

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar são as seguintes:

*a)* Cuida da família como unidade de cuidados;

~~1)~~ Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

**ANEXO I****Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar****Competência**

II. Cuida da família como unidade de cuidados.

**Descritivo**

Considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
II.1. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.	II.1.1. Identifica a família como um sistema social que se auto define e que desenvolve funções internas e externas, específicas do seu desenvolvimento. II.1.2. Reconhece a unicidade da família, perspectivando-a num contexto desenvolvimental ecossistémico. II.1.3. Demonstra compreender a unidade familiar incorporando as múltiplas formas de organização familiar, associadas à diversidade de configurações familiares. II.1.4. Identifica a família como um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de supra sistemas mais amplos.
II.2. Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.	II.2.1. Reconhece a relação entre os níveis de saúde individual e familiar, apercebendo-se dos diferentes níveis de saúde entre os membros da família. II.2.2. Identifica o ciclo vital como o percurso transversal previsível a todas as famílias, com eventos típicos associados a entradas e saídas de elementos. II.2.3. Reconhece os factores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença, que ocorrem no seu percurso de desenvolvimento. II.2.4. Identifica os processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
11.3. Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.	11.3.1. Identifica na abordagem familiar as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente. 11.3.2. Utiliza diversos níveis de abordagem familiar de acordo com o contexto de cuidados, considerando que qualquer que seja o nível de cuidados, serão mais eficazes quando é dada maior ênfase à família. 11.3.3. Utiliza modelos conceptuais de enfermagem de família que orientam tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. 11.3.4. Reconhece e respeita a competência da família para tomar decisões, gerir o seu modo de vida e abordar a doença. 11.3.5. Consulta a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde.

**Competência**

12. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

**Descritivo**

Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
12.1. Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento	12.1.1. Avalia o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos membros da família. 12.1.2. Avalia a funcionalidade da família pelo equilíbrio dinâmico entre a harmonização das forças que impulsionam para a mudança e os mecanismos que apoiam a estabilidade do sistema. 12.1.3. Integra na avaliação a percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família. 12.1.4. Analisa a perspectiva dos valores e crenças da família na compreensão dos seus processos de transição. 12.1.5. Identifica o estágio do ciclo vital que mais se adequa à família, focando-se nas tarefas que ocorrem para o seu desenvolvimento. 12.1.6. Identifica os recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição. 12.1.7. Avalia as preocupações da família relacionadas com a saúde, os seus pontos fortes e limitações. 12.1.8. Utiliza diferentes estratégias e outros meios de avaliação culturalmente adequados na recolha de dados. 12.1.9. Aplica diferentes instrumentos que permitem a sistematização da avaliação familiar. 12.1.10. Faz uma avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar, integrando uma perspectiva sistémica. 12.1.11. Analisa os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados seguros à família.
12.2. Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.	12.2.1. Demonstra conhecimentos que permitem a identificação de novos focos de atenção face à alteração do funcionamento da família ou do estado de saúde de um dos membros. 12.2.2. Faz o diagnóstico de necessidades específicas da família com base nos problemas percebidos pela família e considerando os dados colhidos relativos à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais. 12.2.3. Demonstra e mobiliza conhecimentos aprofundados para situações que comprometem as tarefas fundamentais ao desenvolvimento familiar. 12.2.4. Utiliza modelos, como a gestão de casos da família e outros, apropriados para trabalhar com as famílias no planeamento dos cuidados.
12.3. Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.	12.3.1. Enumera os problemas identificados, priorizando de acordo com a percepção da família sobre a importância da resolução dos mesmos para o restabelecimento da saúde familiar. 12.3.10. Colabora com as famílias e seus membros para enfrentar as alterações da situação de saúde, e abordar situações de stress, deficiência e morte. 12.3.2. Promove o comprometimento da família com os objectivos estabelecidos com base num processo de negociação com a família. 12.3.3. Promove a participação da família de acordo com recursos internos e externos da família, incentivando os membros da família a explorar possíveis soluções para os problemas. 12.3.4. Valida com a família as intervenções para os problemas identificados, verificando se estas permitem fortalecer a capacidade funcional da família. 12.3.5. Mobiliza com a família outros recursos para a maximização do seu potencial de saúde. 12.3.6. Toma decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família com base na evidência científica. 12.3.7. Demonstra compreensão e disposição para incorporar nos cuidados as práticas curativas tradicionais benéficas ou inócuas, que as famílias utilizam. 12.3.8. As intervenções de enfermagem integram respostas afectivas e cognitivas que decorrem no contexto da interacção entre o enfermeiro e a família. 12.3.9. Utiliza métodos participativos que interessam e promovem a capacidade da família para os seus próprios cuidados de saúde.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

ANEXO VII – PLANOS DE SESSÃO

## PLANO DE SESSÃO



LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 23 de abril de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: Enfermagem de Saúde Familiar

DURAÇÃO: 45'

ÉTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Objetivos da formação	5	Expositivo	Computador Projetor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Apresentação do plano curricular do CMESF; Competências do EEESF Enfermeiro saúde familiar vs enfermeiro de família	25	Expositivo	Computador Projetor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	15	Interativo	Computador Projetor	Interesse e participação

LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 12 de Maio de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: Instrumentos de avaliação familiar

DURAÇÃO: 45'

ÊTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AValiação
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Objetivos da formação	2	Expositivo	Computador Projektor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Etapas do ciclo vital da família Instrumentos Genograma Ecomapa Graffar adaptado Apgar familiar Escala de readaptação social Faces II Exercícios práticos	35	Expositivo Interativo	Computador Projektor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	8	Interativo		Interesse e participativo

LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 12 de Maio de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: MDAIF

DURAÇÃO: 45'

ÈTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Cuidados de enfermagem centrados no indivíduo aos cuidados de enfermagem centrados na família	8	Expositivo	Computador Projetor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Definição dos conceitos Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar matriz operativa Avaliação Estrutural Avaliação de desenvolvimento Avaliação Funcional	30	Expositivo Interativo	Computador Projetor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	7	Interativo		Interesse e participativo

LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 25 de Junho de 2014

MESTRANDA: Mafalda Girão

TEMA: Apresentação de um caso prático

DURAÇÃO: 45'

ETAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação da família em estudo	5	Expositivo Interativo	Computador Projetor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Avaliação Estrutural Avaliação de Desenvolvimento Avaliação Funcional Dos diagnósticos às Intervenções em Enfermagem de saúde familiar	25	Expositivo Interativo	Computador Projetor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	10	Interativo		Interesse e participativo

ANEXO VIII – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

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

## **Crêterios relativos ao Tipo de Habita o**

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventila o + luz natural + 3 dos seguintes cr terios (casa com dum tica; court de t nis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decora o raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventila o + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + electrodomésticos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventila o + luz natural

Grau 4 – condi oes ex guas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conserva o (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os electrodomésticos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventila o + sem um dos seguintes elementos:  gua/ saneamento básico/electricidade + escassa ventila o + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conserva o (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventila o + condi oes ex guas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/electricidade + sem ventila o + sem luz natural

## Apgar Familiar De Smilkstein

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

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

**Avaliação final:**

## Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26

27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no numero de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

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

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

- Nota:
- 1- Quase nunca
  - 2- De vez em quando
  - 3- Às vezes
  - 4- Muitas vezes
  - 5- Quase sempre

ANEXO IX – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
FAMILIAR



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS:  
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO UTENTE DEPENDENTE

Elaborado por:

Mafalda Girão

Junho, 2014

## INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, causando sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores podendo levar à morte, constituindo um problema recorrente em Portugal, de acordo com a DGS (2011).

O primeiro passo para a prevenção de úlceras de pressão é identificar os utentes em risco, a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. De forma a prevenir o seu desenvolvimento é necessário realizar uma avaliação contínua das pessoas. Relativamente ao aparecimento de úlceras por pressão, as intervenções autónomas do Enfermeiro, sendo estas da sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, tendo um grande impacto sobre a prevenção destas lesões. Esta tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do cuidador familiar, adequando na implementação das intervenções, dos resultados da investigação na sua prática, de acordo com OE (2003).

A nível dos Cuidados de Saúde Primários, a DGS preconiza a aplicação da Escala de Braden ao utente no domicílio devendo ser aplicada durante a primeira visita domiciliária e os resultados obtidos serem registados no processo clínico. O risco de desenvolvimento de úlcera por pressão deve ser reavaliado semanalmente, para utentes com cuidados domiciliários. É constituída por seis subescalas: (1) perceção sensorial, (2) humidade, (3) atividade, (4) mobilidade, (5) nutrição e (6) fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de úlceras de pressão e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente

Todas as dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3, sendo cada uma delas operacionalizada por critérios predefinidos. A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), ou seja, quanto maior for a pontuação menor o risco desenvolvimento de úlcera por pressão.

A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e dos familiares cuidadores, relativamente aos cuidados a ter com a prevenção destas complicações, é prioritária não só para se reduzir o aparecimento de novos casos como também a gravidade do quadro clínico. (DGS, 2011).

Segundo Figueiredo et al, (2012), sendo os indicadores, medidas orientadoras na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao serem parametrizados, facilitarão a inclusão de medidas de processo, resultado e de efeito no âmbito dos cuidados às famílias. Com a implementação do MDAIF, os ganhos em saúde traduzidos em mudanças no estado diagnóstico, possibilitarão avaliar o contributo real dos enfermeiros nas mudanças produzidas nos sistemas familiar. A identificação das necessidades das famílias permitirá a implementação de estratégias locais conducentes à potencialização das competências das famílias na gestão dos seus processos de saúde.

A avaliação do risco de desenvolver UPP é um elemento chave da prevenção destas lesões. A avaliação permite identificar utentes mais suscetíveis ao desenvolvimento deste tipo de feridas, e adequar os cuidados às suas necessidades. Compete aos enfermeiros, identificar potenciais problemas de saúde, implementando medidas que os previnam evidenciando assim a qualidade dos cuidados de enfermagem, OE (2001).

Para avaliar a qualidade dos cuidados é necessário analisar os três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultados. Em que os indicadores de estrutura são: os registos, protocolos e normas, os indicadores de processo: técnicas aplicadas e tipologia de doentes, e indicadores de resultados: os benefícios finais obtidos da prestação de cuidados, (Donabedian, 1980; Vuori e Saturno,1988).

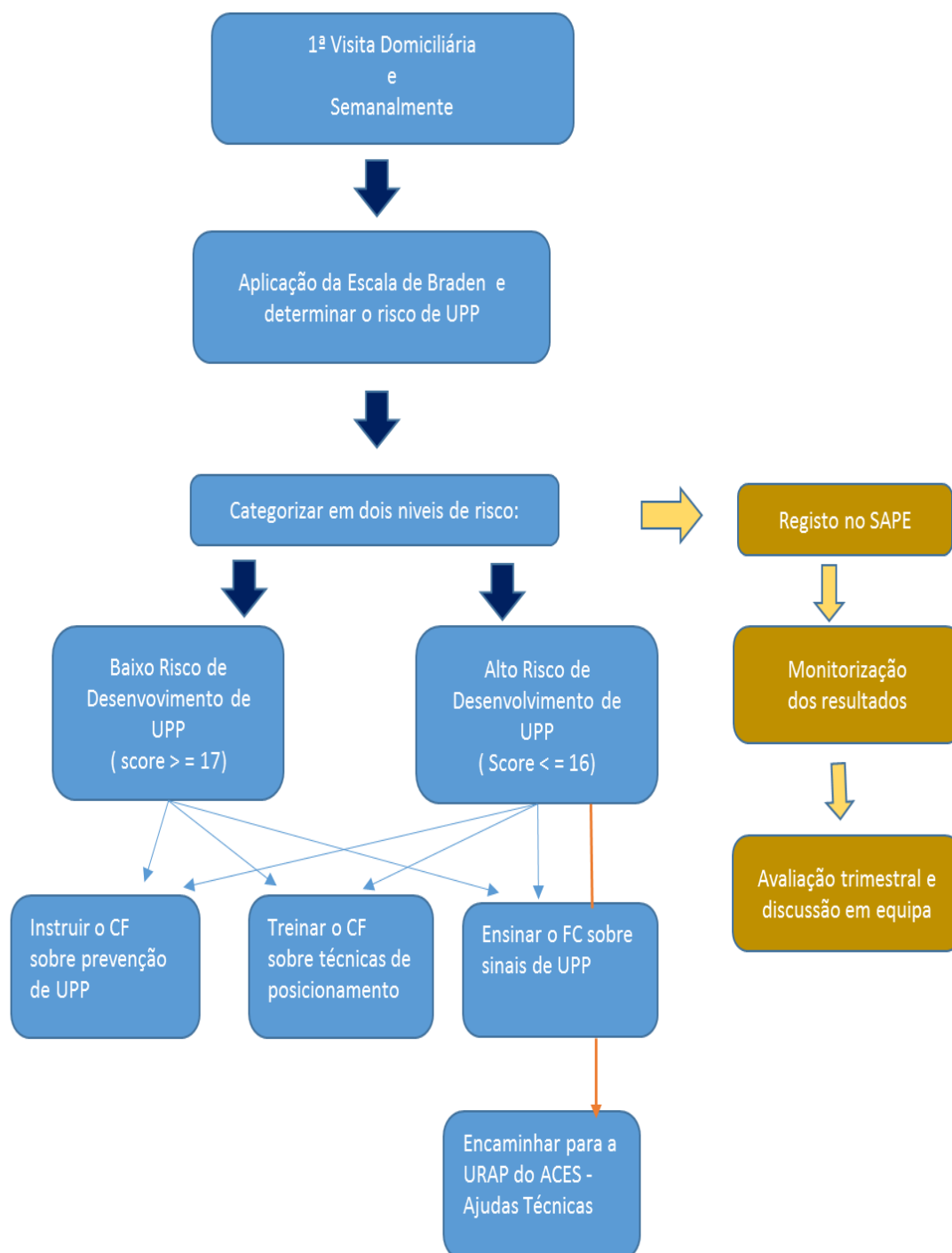
A taxa de eficácia de prevenção de úlceras de pressão, possibilitando à equipa de enfermagem a reflexão sobre os cuidados de saúde prestados e uma organização das intervenções face às necessidades identificadas, poderá ser avaliada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Nº de utentes dependentes que não desenvolveram UPP no período em análise}}{\text{Nº total de utentes dependentes}} \times 100$$

Relativamente à taxa de tratamento de UPP, onde a equipa pode refletir sobre as técnicas utilizadas na realização dos tratamentos da pessoa com ferida, poderá ser da seguinte forma:

$$\frac{\text{Nº de utentes com UPP cicatrizadas no período em análise}}{\text{Nº total de utentes com UPP}} \times 100$$

## 1 - PROCEDIMENTO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN



SIGLAS:

FC - Familiar Cuidador

UPP - Úlceras por Pressão

URAP - Unidade de Recursos Partilhados

## 2- CONCLUSÃO

A arte de cuidar no domicílio tem como objetivos: avaliar quais os indivíduos que necessitam de apoio no domicílio; planejar as intervenções adequadas e executar de forma a resolver ou aliviar os problemas, só desta forma se poderá definir a necessidade de cuidados bem como a sua frequência e manter o utente no domicílio, Collière (2003).

Para os intervenientes no processo: enfermeiro – pessoa- família, o domicílio como local de cuidados, é gerador de bem-estar. A casa é considerada o espaço ideal de cuidados que permite à pessoa e família cooperarem no manuseio da doença ou da dependência em ambiente familiar. O domicílio é, ainda, o espaço libertador das normas institucionais para a enfermeira, para a pessoa e para a família, facilitando a gestão do tempo e o controlo com base nas necessidades daquelas e não nas da organização. Permite a centralidade da pessoa no cuidado, com a sua conseqüente participação ativa nas decisões e intervenções, estimulando a capacidade de decisão e autonomia. As atividades desenvolvidas dependem do grau de dependência do utente (Imaginário, 2004; Martins, 2006).

A avaliação da estrutura familiar e do seu desenvolvimento, crenças e valores deve ser efetuada em interligação com a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada, de forma a identificar as forças e os recursos que permitem à família a definição de estratégias com vista à resolução dos seus problemas, Figueiredo (2012).

A comunidade científica advoga que as úlceras por pressão são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento. A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras por pressão são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Ferreira et al., 2007; ICE, 2011; DGS, 2011).

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colliére, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). Escala de Braden: versão adulto e pediatra (Braden Q) orientação nº 17/2011. Lisboa: DGS.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? Acedido em 20 de outubro de 2014 em [post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The\\_Quality\\_of\\_Care\\_\\_How\\_Can\\_it\\_Be\\_Assessed\\_-\\_Donabedian.pdf](http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf).
- Ferreira, P., Miguéis, C., Gouveia, J., e Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. et al (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, Escola Superior de Enfermagem do Porto. In Carvalho, J. et al. (2012). Transferabilidade do Conhecimento em Enfermagem. (p.55). Porto: ESEP. Acedido em 15 de julho de 2014 em [www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)
- ICE – Investigação Científica em Enfermagem (2011). Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados. Acedido em 15 de julho de 2014 em [ice mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf](http://ice.mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf).
- Imaginário, C. (2004). O Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formação e Saúde Lda.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formação e Saúde Lda.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Conselho de Enfermagem – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003). *Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Divulgar. Lisboa: OE.
- Vuori, H. e Saturno, P. (1988). El control de Calidad en los Servicios Sanitarios: Conceptos e Metodologia. Barcelona: Masson.