

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Paula Cristina Pereira de Brito Fernandes

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

jul | 2022

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI TÉCNICO GUARDA

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Saúde**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Paula Cristina Pereira de Brito Fernandes
julho / 2022**

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola superior de saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Professora Orientadora: Maria Hermínia Nunes Barbosa

Paula Cristina Pereira de Brito Fernandes

julho / 2022

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho foi um desafio gratificante e de referência para a vida pessoal e profissional.

No entanto, a concretização de um trabalho desta natureza, não se faz sozinha. Por isso pretende-se demonstrar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial: à enfermeira Célia Bonifácio e ao Enfermeiro Carlos Martins por toda a orientação meticulosa, pelo apoio e ânimo ao longo desta etapa, às colegas mestrandas pelo companheirismo e trabalho de equipa; à equipa da UCSP Covilhã do ACES Cova da Beira, pelo acolhimento afetuoso; às colaboradoras da Quero Ser Mais 7G pela fantástica e entusiástica forma de receber e partilhar.

À corajosa família “C” que teve a amabilidade de receber no seu lar durante a pandemia COVID-19 e colaborar com todas as questões e pedidos solicitados.

O último agradecimento dirijo-o aos que ocupam o primeiro lugar: à minha família pela paciência e compreensão nos momentos de maior ansiedade.

E sempre no meu coração; aquele que partiu cedo demais e a quem devo quem sou, ao meu Pai.

Pensamento

“Alguns homens veem as coisas como são, e dizem ‘Por quê?’ Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’”

(George Bernard Shaw)

Resumo

O Estágio com Relatório final compõe-se por duas componentes Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública com o desenvolvimento de um programa de Intervenção Comunitária “Sem Resistência” e a componente intervenção na área de Enfermagem de Saúde Familiar com o estudo da família “C”.

O projeto “Sem Resistência” foi ao encontro do desenvolvimento da literacia em saúde no âmbito da vacinação de forma a promover imunidade de grupo reduzindo a morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis. Desta forma, o projeto pressupõe um impacto na redução da necessidade de recorrer à antibioterapia com terapêutica, vindo a refletir-se na diminuição da resistência antimicrobiana. Ao mesmo tempo que se pretende melhorar os conhecimentos dos pais das crianças e dos jovens, não só desta problemática, como também, a consciencialização do contributo individual na prevenção da disseminação de doenças, através de comportamentos de higiene das mãos e etiqueta respiratória.

As escolas têm elevadas taxas de transmissão de doenças infecciosas. A operacionalização do projeto e-Bug na saúde escolar fornece ferramentas essenciais para educar crianças e jovens sobre microrganismos, prevenção da infeção e utilização de antibióticos. O projeto foi desenvolvido de acordo com as diferentes fases do Planeamento em Saúde e teve como ponto de partida um problema de saúde identificado no Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira.

A intervenção na área de Enfermagem de Saúde Familiar incidiu no estudo da família “C”, em tempos de COVID-19, em que o cenário atual exige confinamento. A aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surgiu durante este flagelo de Saúde Pública, dando oportunidade ao estudo numa realidade emergente. A pandemia pelo novo coronavírus obrigou ao encerramento das escolas, à necessidade de distanciamento físico, à proibição de atividades culturais e ao teletrabalho, que geraram impactos académicos, sociais, económicos e psicológicos nas famílias. Os pais sobrecarregados pelas mudanças de vida exigidas pela nova situação, têm também de gerir o dia a dia dos seus filhos, minimizando o impacto das atuais circunstâncias na saúde mental e social das crianças e adolescentes.

Neste contexto, o desconhecimento sobre coronavírus e a necessidade emergente de obter conhecimento, surgiu a oportunidade de desenvolver uma palestra via remota para os alunos e docentes da ESS sobre o tema “Precauções Básicas de Controlo de Infeção a Emergência da Comunidade”. Esta atividade, não planeada, veio ao encontro da necessidade de enfatizar a Saúde Pública e a sua relevância para a saúde das populações.

Palavras-chave: *Enfermagem de Saúde Comunitária; Enfermagem de Saúde Familiar; Programas de saúde; Intervenções de Enfermagem; COVID-19.*

Abstract

The Internship with Final Report consists of two community health nursing and public health components: the development of a Community Intervention program called “Without Resistance”; and the intervention component in the area of Community Nursing with the study of the “C” family.

The “Without Resistance” project was in line with the development of health literacy in the field of vaccination, in order to promote group immunity and reduce the morbidity and mortality from infectious diseases. Thus, the project aims to reduce the use of antibiotics, which in consequence, reduces antimicrobial resistance. At the same time, it is intended to improve the knowledge of the community children’s and youngster’s parents, not only on this issue, but also create awareness for the simple individual behaviors such as hand hygiene and cough etiquette, to prevent the widespread of infectious diseases.

Schools are known to have high rates of infectious disease transmission. Therefore, the implementation of the e-Bug project in school health, provides essential tools to educate children and youngsters about microorganisms, infection prevention and the use of antibiotics. The project was developed in accordance with the different phases of Health Planning and started with an health problem identified through the Cova da Beira’s Health Situation Diagnosis.

The intervention in the area of Community Nursing focused on the study of the “C” family during the COVID-19 pandemic, in which the current scenario requires confinement. The application of the Dynamic Model of Assessment and Intervention emerged during this Public Health emergency, providing an opportunity for study in an emerging reality. The pandemic caused by the new coronavirus forced the closure of schools, the need for physical distance, the suspension of all cultural activities and the emerging of telework reality, which generated academic, social, economic and psychological impacts on families. Parents, overwhelmed by the changes in their lives required by this new situation, also had to attend to their children’s needs trying to minimize the impact of current circumstances on their mental and social health.

In this context, from the lack of knowledge about coronaviruses and the emerging need to obtain knowledge, the opportunity arose to develop a lecture via a remote digital platform for the ESS students and teachers on the topic “Basic Infection Control Precautions at Community Emergency”. This unplanned activity met the need to highlight Public Health and its relevance to the population’s health.

Keywords: Community Nursing; Health Programs; Nursing Interventions; COVID-19.

SIGLAS

ACESCB - Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DSS CB – Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

ESCSP - Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESS - Escola Superior de Saúde

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

IC - Intervenção Comunitária

MDAIF - Modelo Dinâmico de Intervenção e Avaliação Familiar

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

PS - Planeamento em Saúde

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO – ACESCB	23
1.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE	24
2. ÁREA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	31
2.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL	31
2.2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO-INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	31
3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO, ESTUDO DA FAMÍLIA “C”	37
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE A- PROGRAMA SEM RESISTÊNCIA	43
APÊNDICE B- ESTUDO DA FAMÍLIA “C”	121

INDICE FIGURAS

Figura 1: Enquadramento geográfico do ACESCB	24
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização da população abrangida na área de influência do ACESCB.....	28
Quadro 2: Caracterização da distribuição das crianças na área de influência do ACESCB.....	28

INTRODUÇÃO

O Estágio com relatório final integra-se no 3.º Semestre do Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária, decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACESCB), na unidade funcional Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Covilhã.

O estágio teve uma duração total de dezoito semanas, com início a 25 de novembro de 2019 e término a 30 de junho de 2020, devido à interrupção causada pela pandemia de COVID-19.

A criação da Enfermagem Comunitária trouxe um novo paradigma à enfermagem, enfatizou a intervenção comunitária, tendo como foco não só o indivíduo, mas também as famílias, grupos e comunidade em geral. Tem em consideração os determinantes em saúde que envolvem as suas situações vida e saúde, ao mesmo tempo que descentraliza o cuidado de enfermagem exclusivamente aos doentes em contexto hospitalar (Gato, 2013).

O objetivo da Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ECSCSP) é a intervenção na comunidade e desenvolve-se a partir de projetos de saúde para a população em contexto dos processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2017).

A presente Unidade Curricular - Estágio com relatório final, no Guia de Funcionamento (ESS, 2019/2020), apresenta os seguintes objetivos:

- Aplicar conhecimentos e desenvolver a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, implementando projetos de IC, aos três níveis de prevenção, de acordo com as necessidades detetadas;

- Demonstrar capacidade de integração de conhecimentos para lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e fundamentada;

- Desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;

- Demonstrar conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em diferentes contextos de investigação na área de especialização em

Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCP) e de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Nesta fase de desenvolvimento pessoal e profissional, o objetivo geral foi adquirir competências clínicas especializadas, comuns e específicas, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, ESCSP, e na área da Enfermagem de Saúde Familiar, ESF, com vista à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Assim, como objetivos específicos pretende-se:

- Descrever todas as atividades realizadas durante a fase de planeamento e execução do Estágio;
- Avaliar as atividades realizadas durante o Estágio;
- Refletir sobre as atividades realizadas durante o Estágio;
- Refletir sobre as competências adquiridas para a prática de cuidados em enfermagem na comunidade e família.

Para o presente estudo foram adotadas as duas metodologias sugeridas: assim a metodologia do Planeamento em Saúde (PS), para a Intervenção de Saúde Comunitária e no Estudo da Família aplicou-se o Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF).

Durante o Estágio com relatório final preconiza-se a fundamentação, análise crítica e visibilidade das intervenções especializadas do enfermeiro na área de ESCSP, e na área ESF.

Pretende-se que o estágio com relatório final seja revelador de aprendizagens numa perspetiva de enfermagem avançada, utilizando uma metodologia de pesquisa-ação e refletindo no agir em contexto da prática clínica.

O Estágio com relatório final iniciou-se na componente de ESCSP com o desenvolvimento inicial de um programa de IC “Sem Resistência”, cujas intervenções são no âmbito da saúde escolar e desenvolvido de acordo com as diferentes fases do Planeamento em Saúde PS. Este programa de IC teve como ponto de partida um problema de saúde identificado no Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira (DSS CB).

Deu-se prioridade à literacia em saúde com o incremento do conhecimento das crianças, dos jovens, dos pais e a consciencialização do seu contributo individual na prevenção da disseminação de doenças, através de comportamentos corretos de higiene das mãos e etiqueta respiratória, com impacto na redução da necessidade de recorrer a antibioterapia com terapêutica que se reflete no programa “Sem Resistência”.

Como recursos para a elaboração do presente relatório foi imprescindível o apoio dos Orientadores do ACESCB, recursos bibliográficos em artigos publicados, legislação aplicável, documentos do ACESCB, Normas de Orientação Clínica da DGS e do ECDC e páginas Web: DGS, SNS, plataforma e-Bug e Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório encontra-se estruturado em capítulos e subcapítulos. O primeiro capítulo desenvolve o enquadramento do local de estágio, o segundo capítulo, área de Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública compreende uma análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas no estágio, compreende a análise e reflexão crítica das competências adquiridas e desenvolvidas no estágio de – Intervenção Comunitária. O segundo capítulo compreende a análise reflexão crítica e competências adquiridas e desenvolvidas no estágio – Estudo da família “C”

São tecidas conclusões no último capítulo referentes às conclusões das duas experiências em contexto de aprendizagem. No final, e como suporte, são apresentados os apêndices: A - Programa “Sem Resistências”, apêndice B- Estudo da Família “C”.

1. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO – ACESCB

Nos últimos anos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sofrido várias reestruturações, com mudanças organizacionais e legislativas do qual resultam alterações nos modelos organizacionais dos serviços. Esta reestruturação trouxe maior autonomia, contribuindo para ganhos de racionalização e eficiência que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, entretanto alterado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro, estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este Decreto-Lei veio criar uma nova organização na prestação de CSP, sendo estruturados em unidades funcionais.

Sendo assim, os respetivos Centros de Saúde (CS) deram lugar a unidades funcionais, que permitem e garantem a prestação de cuidados de proximidade, e, acima de tudo, procuram uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde, uma maior qualidade assistencial e uma maior satisfação dos utentes, com vista à obtenção de maiores ganhos em saúde.

O ACES Cova da Beira foi criado pela Portaria n.º 274/2009 de 18 de março e, entretanto, reformulado pela Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro ACESCB, 2015.

Tem como missão, visão e os valores pelos quais de rege:

Missão:

Garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados aos utentes inscritos, com elevado desempenho assistencial, qualidade e eficiência, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade.

Visão:

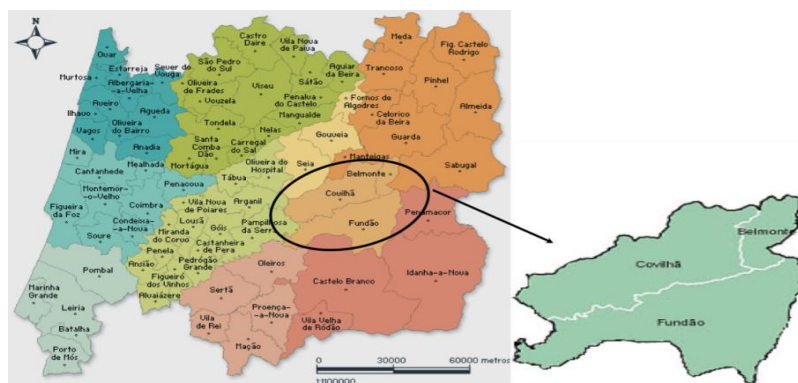
Ser uma Instituição prestadora de cuidados de saúde personalizados e de proximidade de referência, pela excelência e qualidade do trabalho desempenhado por profissionais comprometidos com a satisfação dos utentes, promovendo e contribuindo para comunidades saudáveis e uma cultura de saúde e bem-estar.

Valores:

No desenvolvimento da sua atividade a UCSP Covilhã e os seus profissionais regem-se pelos seguintes princípios e valores: Qualidade; Cultura, Trabalho em Equipa e Comunicação; Compromisso e Humanização; Ética, Responsabilidade Social e Ambiental; e Valorização, das pessoas e com as pessoas (SNS, 2021:s/p).

É um serviço de saúde, desconcentrado da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), I.P., estando sujeito ao seu poder de direção. A sua área geográfica de influência engloba os concelhos de Belmonte, da Covilhã e do Fundão (Figura 1), (ACESCB), 2018.

Figura 1: Enquadramento geográfico do ACESCB



Fonte: ACESCB (2018:2)

O ACESCB é constituído pelas seguintes unidades de saúde: UCSP Belmonte; UCSP Covilhã; UCSP Fundão; UCSP Teixoso; UCSP Tortosendo; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Belmonte; UCC Cava Juliana; UCC Fundão; Unidade de Saúde Pública USP Cova da Beira; Equipa Coordenadora Local; Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Em conjunto, estas unidades funcionais têm como objetivo garantir mais e melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde, sempre orientada para as necessidades das pessoas e grupos populacionais (ACESCB, 2017).

Em termos de recursos humanos, o ACESCB está dotado de uma equipa multidisciplinar constituída por: médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública; enfermeiros e enfermeiros especialistas; técnicos de saúde ambiental; assistentes técnicos; assistentes operacionais; nutricionista; técnicas de serviço social; técnica de higiene oral e técnica de radiologia; entre outros. No seu conjunto possibilitam o exercício de várias intervenções no âmbito da Saúde Familiar, Pública e Comunitária (ACESCB, 2015).

1.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Para dar resposta às necessidades de saúde da população, torna-se indispensável conhecer os serviços e recursos existentes no ACESCB, uma vez que este, como já foi mencionado anteriormente, tem diferentes tipologias de unidade funcionais de saúde.

As UCSP's foram criadas segundo o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, têm uma estrutura e missão idêntica às unidades de saúde familiares, cujo como objetivo é garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma área geográfica determinada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados de saúde,

no âmbito comunitário. Segundo o ACES (2015:16), os cuidados prestados pelas UCSP's deverão incluir:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases do ciclo vital: a nível da saúde geral, reprodutiva, materna, recém-nascido, criança, adolescente, adulto e idoso;
- Cuidados em situação de doença aguda;
- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, de modo a proporcionar ao utente os cuidados mais adequados.

Todas as UCSP's possuem uma equipa multidisciplinar que engloba diferentes setores profissionais, como médicos de saúde geral e familiar, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. A equipa médica e de enfermagem organizara-se por ficheiro de utentes, isto é, cada médico e enfermeiro possui um determinado número de utentes, e cabe a esta equipa profissional, designada “médico e enfermeiro de família”, realizar as consultas de vigilância, prestando assim cuidados de saúde personalizados. Esta organização permite estabelecer uma relação de proximidade e continuidade de cuidados ao utente, visando, não só, bem-estar, como também a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

As UCC's são unidades funcionais que têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Além de prestarem cuidados de saúde, prestam ainda apoio psicológico e social a nível domiciliário e comunitário, especialmente aos indivíduos, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento mais próximo. Outras áreas de atuação são na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril).

Na UCC funciona ainda, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta equipa tem como missão prestar cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, se encontrem em situação de dependência em qualquer faixa etária. Estes cuidados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

A USP abrange todo o agrupamento e está também sediada no ACESCB. Esta unidade funcional tem como missão elaborar informação e planos, no domínio da saúde pública, procedendo à vigilância epidemiológica. Faz também a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de

saúde. A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que sejam considerados necessários na área da saúde pública (Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro).

Segundo o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, são também funções da USP, entre outras que lhe são atribuídas, a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para produção estatística, medidas de acompanhamento nas áreas de doenças comunicáveis, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de acompanhamento de estilos de vida e padrões de comportamento.

A URAP abrange todo o agrupamento e também está sediada no ACESCB. Tem como missão prestar serviços de consultoria e serviços assistenciais às unidades funcionais referidas anteriormente e organizar ligações funcionais aos serviços hospitalares (Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro).

A equipa da URAP do ACESCB é composta por profissionais de várias especialidades, tais como: médicos; nutricionista; técnicas de serviços sociais; técnica de higiene oral; técnica de radiologia; e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais. Neste momento, a equipa da URAP do ACESCB, como prevê o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, não tem psicólogo nem fisioterapeuta.

Procede-se a uma breve caracterização da UCSP Covilhã, local de realização do estágio.

Estrutura e orgânica da UCSP Covilhã

A UCSP Covilhã com sede localizada na cidade da Covilhã, é constituída por mais três polos assistenciais: Boidobra, Ferro e Peraboa (ACESCB, 2014).

A UCSP Covilhã tem instalações espaçosas e modernas, com paragem para transportes públicos junto ao edifício, possui estacionamento e condições de acesso para utentes com mobilidade reduzida. É um espaço com áreas de circulação bem definidas que permitem o acesso imediato aos respetivos gabinetes, sem barreiras arquitetónicas, existindo proximidade entre os gabinetes de enfermagem e os gabinetes médicos. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 horas às 20 horas, sendo prestada assistência às respetivas populações em situações agudas e programadas (ACESCB, 2014).

Esta unidade funcional tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados aos utentes, com elevado desempenho assistencial, qualidade e eficiência, mantendo os princípios de equidade e solidariedade. Tem como visão ser uma instituição

prestadora de cuidados de saúde personalizados e de proximidade, tendo como pontos de referência a excelência e a qualidade do trabalho desempenhado por profissionais envolvidos na satisfação dos utentes, promovendo e contribuindo para comunidades saudáveis (SNS, 2021).

No início do estágio com relatório final, a unidade funcional UCSP Covilhã era constituída por uma equipa multidisciplinar composta por dezassete médicos, dezassete enfermeiros, sete assistentes técnicos e dois médicos internos e dois assistentes operacionais. Esta equipa prestava cuidados de saúde a 28.267 utentes inscritos, com um índice de dependência de 58,54% (jovens 18,91%, e idosos 39,62%, num total de 58,54%).

Em termos estruturais, a UCSP Covilhã encontra-se dividida em sete módulos de (A a G) e sala de vacinas. Cada módulo de (A a E), funcionava com dois médicos de medicina geral e familiar, dois enfermeiros de família e um assistente técnico. Nos módulos módulo (F) e (G) desenvolvem funções três médicos de medicina geral e familiar, três enfermeiros de família e dois assistentes técnicos. Na sala de vacinação, mantém-se um enfermeiro em funções a tempo inteiro. Nos polos assistenciais de Ferro e Peraboa, o enfermeiro é destacado pela UCSP Covilhã, e no polo da Boidobra não existe equipa de enfermagem.

Como as equipas multidisciplinares são dinâmicas, e segundo dados mais recentes datados do ano de 2021, a UCSP Covilhã tem atualmente uma equipa multidisciplinar constituída por quinze médicos, catorze enfermeiros, onze assistentes técnicos, um médico interno, e dois Assistentes Operacionais, prestando cuidados de saúde a 19.043 utentes inscritos, com um índice de dependência de 59,32% (jovens 17,3%, e idosos 42,04%), (SNS, 2021). Atualmente, a UCSP Covilhã já não funciona por módulos.

No Plano de Ação da Unidade Funcional 2019, A UCSP Covilhã, estão descritos os principais problemas de saúde, objetivos e o plano de atividades para esse ano.

Na sede da UCSP Covilhã, as consultas interdependentes de enfermagem e médicas são organizadas, planificadas e articuladas conjuntamente. No âmbito da Gestão da Saúde encontram-se a Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e a Saúde do Idoso. No âmbito da Gestão da Doença encontram-se a Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, as Doenças Cérebro-cardiovasculares, Morbilidades e Outros Tipos de Doenças (ACES, 2019). Desta forma, pretende-se garantir uma relação de proximidade com continuidade dos cuidados de saúde prestar e um serviço de excelência.

A UCSP Covilhã leva a cabo os seguintes Programas Nacionais de Saúde:

- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar;
- Programa de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco;
- Plano Nacional de Vacinação;
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;

- Programa Nacional de Saúde do Adulto;
- Programa Nacional de Saúde de Pessoas Idosas;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes;
- Programa Nacional de Doenças Cérebro-cardiovasculares;

Estes programas são desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) com vista à excelência dos cuidados ajustados à comunidade.

A população abrangida pela UCSP Covilhã compreende 19043 inscritos, sendo 10009 mulheres e 9034 Homens. O Índice de dependência é de 59,32%, sendo maioritariamente idosos com 42,04% e 17,3% de jovens.

Quadro 1: Caracterização da população abrangida na área de influência da UCSP Covilhã

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	Unidades Ponderadas
< 6 anos	408	424	832	1284,88
7-64 Anos	6517	6672	13189	13189,00
65-74 Anos	1199	1325	2524	5048,00
< 74 Anos	910	1588	2498	6245,00

Fonte: SNS BICSP (2021)

No que respeita aos grupos específico, mulheres em período fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos encontram-se 4028.

O quadro seguinte pretende caracterizar o grupo das crianças

Quadro 2: Caracterização da distribuição das crianças na área de influência da UCSP Covilhã

Descrição específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	Unidades Ponderadas
Até ao primeiro ano de vida	<1 Ano	48	49	97	145,50
Exames Globais de Saúde vacinação	10-13	314	317	631	631,00
Vacinação	15-17	262	284	546	546,00

Fonte: SNS BICSP (2021)

Durante a elaboração DSS CB, verificou-se que, no respeitante ao indicador “proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido”, a taxa de cobertura vacinal do último triénio na UCSP Covilhã é de 94,64%, em 2016 e 95,11% no ano de 2017, voltando a diminuir ligeiramente

para 94,13% em 2018. O indicador “proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou execução”, aparenta valores mais baixos que faixa etária anterior. Assim, apresenta 92,3% em 2016, 94,72% em 2017 e voltando a diminuir ligeiramente em 2018 para 93,09%. No que respeita ao indicador “proporção de jovens com 14 anos, como PNV cumprido” foi aumentando paulatinamente ao longo do triénio, 86,92% em 2016, 90,04% em 2017 e em 2018 observamos uma taxa de 95,09% (DSS CB, 2019).

Estes valores encontrados foram alvo de uma análise refletida e conduziram à decisão de realizar um programa de intervenção dirigido a esta população-alvo denominado “Sem Resistências”.

2. ÁREA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O Estágio com Relatório final iniciou-se a dia 25 de novembro de 2019, nas duas componentes do estágio: a ESCSP e a ESF.

Na primeira parte deste relatório serão descritas as atividades desenvolvidas quer na área de intervenção de ESCSP, quer na área UCSP Covilhã, por forma, a alcançar os objetivos inicialmente propostos. Desenvolveu-se um programa de IC designado “Sem Resistência”, na área de saúde escolar, em equipa com outra colega.

Surgiu ainda a oportunidade de planear e desenvolver uma palestra, a título individual, no enquadramento da atual pandemia por SARS-CoV-2, para alunos e docentes da escola Superior de Saúde do IPG.

Serão tecidas algumas considerações finais sobre os saberes e as competências adquiridas ao longo desta jornada de conhecimento.

2.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

No ACESCB teve lugar uma reunião no dia 26 de novembro de 2019, com os orientadores de estágio, o Presidente da Direção de Enfermagem e Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACESCB, e a Enf.^a a exercer funções na UCSP Covilhã. O Estágio com Relatório final iniciou-se na componente de ESCSP, com a elaboração do programa de IC “Sem Resistência”, estruturado em duas áreas de intervenção distintas: A primeira no âmbito da saúde infantil e a segunda no âmbito da saúde escolar. O programa de IC “Sem resistência”, apêndice A, foi realizado e desenvolvido em equipa com a colega mestranda A. M.

Surgiram duas oportunidades de desenvolvimento de competências na área da Saúde comunitária não planeadas. Uma delas foi a elaboração de um Procedimento Interno para o ACES-Cova da Beira sobre Precauções Básicas em Controlo da Infecção. A outra foi elaborar e apresentar por via remota, uma palestra “Precauções Básicas de Controlo de Infecção -Emergência da Comunidade”.

2.2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO-INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O estágio em contexto dos cuidados de saúde primários constitui um marco fundamental na formação e na preparação do enfermeiro enquanto profissional de saúde.

O estágio foi orientado para a promoção da saúde como “processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde” (OMS, 2005:1).

Tendo em conta que o percurso profissional como enfermeira foi até ao momento realizado em ambiente hospitalar, e na última década, em Controlo da Infecção Hospitalar, a possibilidade de desenvolver esta temática na comunidade, foi um desafio às capacidades profissionais e pessoais. Deste modo, os objetivos pessoais e profissionais traçados, durante a realização deste Estágio, foram os seguintes:

- Adquirir competências na utilização da metodologia do Planeamento em Saúde;
- Adquirir conhecimentos na área da saúde Comunitária;
- Adquirir competências na área da educação para a saúde como estratégia de promoção da saúde;
- Desenvolver competências na interação com grupos de jovens;

Refletir sobre as Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, descritas pela Ordem dos Enfermeiros:

São as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2018:4745).

A excelência do exercício é um percurso constante, uma procura permanente que consubstancia a mudança sustentada na atualização dos saberes, nomeadamente do Enfermeiro Especialista.

Assim, pretende-se descrever e avaliar as intervenções realizadas, baseando-se no ponto da competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que define como competência “Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2018:19355).

Tendo como referência o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República, “Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019: 4744).

Neste contexto, os objetivos do estágio de saúde comunitária e familiar no ACES Cova da Beira, já referenciados anteriormente, de acordo com os domínios das competências do Enfermeiro Especialista abordam-se de forma crítica e reflexiva relativa às atividades/estratégias, salientando a sua relevância e adequação.

A metodologia do Planeamento em Saúde deve partir da avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018). Assim, e considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, no estágio final, que decorreu de 25 de novembro de 2019 a 30 de junho de 2020, deu-se seguimento ao diagnóstico, anteriormente elaborado, onde se constatou existir lugar à melhoria dos indicadores das taxas de vacinação.

Diagnosticado o problema de saúde da comunidade, os enfermeiros especialistas elaboram planos de intervenção pretendendo dar resposta às necessidades identificadas e ajustam estratégias de intervenção, promovendo o bem-estar individual, familiar e conseqüentemente da comunidade (OE, 2018).

É objetivo primordial desenvolver literacia em saúde capacitando a população na manutenção e na promoção da saúde (OE, 2018). Tendo em conta que a DGS (2017), pretendia que Portugal desse continuidade ao projeto europeu e-Bug, dirigido a professores e alunos, este foi o recurso selecionado para promover a literacia quanto à adesão à vacinação, à prevenção da disseminação das infeções na comunidade escolar e conseqüentemente à diminuição do consumo de antimicrobianos e na prevenção das suas resistências.

Os recursos do projeto e-Bug são um vasto conjunto de ferramentas desenvolvidas e testadas por vários países da Europa, e que se encontram à disposição dos enfermeiros de saúde escolar e dos docentes. Estas ferramentas estão ajustadas às várias faixas etárias e programas curriculares do ensino público. Mais concretamente o e-Bug é um recurso pedagógico gratuito para ser utilizado na sala de aula ou atividades de IC, que propõe planos educativos por módulos e um conjunto de atividades sobre os microrganismos, a higiene, o uso correto de antibióticos e as vacinas.

Cada módulo do e-Bug é composto por um plano educativo pormenorizado, destinado aos profissionais de saúde e aos professores. Podem encontrar-se fichas de atividades divertidas para os alunos trabalharem na sala de aula. É possível descarregar fichas de atividades, várias animações e apresentações que permitem compreender melhor os aspetos mais complexos da microbiologia.

O programa “Sem Resistências” (apêndice A), sem resistência à lavagem das mãos e à etiqueta respiratória, sem resistência à vacinação e sobretudo no futuro, sem resistência aos antimicrobianos é um programa que pretendeu ir ao encontro do desenvolvimento da literacia em saúde no âmbito da vacinação capaz de promover a imunidade de grupo reduzindo a morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis. Desta forma pressupõe-se que venha a existir impacto na redução da necessidade de recorrer a antibioterapia com terapêutica, vindo a refletir-se na diminuição da resistência a este recurso terapêutico. Ao mesmo tempo que se pretendeu melhorar os conhecimentos dos pais das crianças e dos jovens, não só desta problemática, como também a

conscientização do contributo individual na prevenção da disseminação de doenças, através de comportamentos de higiene das mãos e etiqueta respiratória. O programa: “**Sem Resistência**”. teve duas vertentes com públicos-alvo complementares. Por um lado, desenvolveu-se uma intervenção comunitária para crianças e jovens da associação Quero Ser Mais E7G,¹ alusivo aos “Super Espirros “e Higiene das Mãos, com o objetivo de capacitar este grupo de jovens para “Resiste à Gripe Constipações” através do conhecimento de medidas simples ao alcance de todos que permitem mais saúde e menor absentismo escolar e conseqüentemente reduzir a probabilidade do consumo de antibióticos.

Por outro lado, projetou-se e divulgou-se o projeto europeu e-Bug aos enfermeiros do ACES Cova da Beira, dando a conhecer uma panóplia de recursos disponíveis para as intervenções de saúde escolar, em conjunto e complementaridade com os docentes do ensino básico e ensino secundário, em que uma das atividades se prende com a importância da vacinação, entre outras.

Desta forma, considera-se que foram adquiridas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019).

Refletindo ainda, sobre as competências específicas adquiridas na área da saúde comunitária, alude-se ao segundo ponto das unidades de competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2018 e considera-se que se contribuiu para processos de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

Por meio desta intervenção comunitária, desenvolveu-se e deu-se cumprimento à unidade de competência de liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e no exercício da cidadania.

Adquiriram-se competências de integração, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas. Procedeu-se também à gestão da informação em saúde, nas vastas componentes de promoção de uma vida saudável com recurso do projeto europeu e-Bug, tanto para um grupo comunitário como para os Enfermeiros do ACES

¹ O “Quero Ser Mais E7G” é um projeto com uma duração de 24 meses que tem como objetivo promover a inclusão social de crianças e jovens do Tortosendo através de metodologias interpares e de mentoria. É promovido pelo Agrupamento de Escolas Frei Heitor Pinto e gerido pela Coolabora e conta com a parceria da ACES - Unidade de Saúde do Tortosendo, da AEBC - Associação Empresarial da Beira Baixa, do Centro de Convívio e Apoio à Terceira Idade, da CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Covilhã, da Junta de Freguesia do Tortosendo, do Modatex - Centro de Formação da Indústria Têxtil, do Município da Covilhã e da Universidade da Beira Interior e é financiado pelo programa Escolhas

Cova da Beira. Ainda no domínio desta competência a palestra “Precauções Básicas a emergência na comunidade” foi mais uma oportunidade que surgiu neste âmbito.

A Enfermagem comunitária e de saúde pública pretende responder adequadamente de forma organizada e personalizada atendendo à qualidade e proximidade com foco na promoção saúde, gestão do risco, prevenção de doenças e acidentes nos cuidados quer de adaptação quer de suporte (OE, 2017).

Desta forma a OE (2015), na elaboração dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e saúde pública identificou sete categorias de enunciados descritivos que são: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, e planeamento em vigilância epidemiológica. Neste contexto o programa de IC, Sem Resistências (Apêndice A), cumpriu adequadamente com os padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, no âmbito da gestão do risco identificou uma oportunidade para promover a saúde de uma comunidade na localidade de Tortosendo, capacitando-a a prevenir doenças de fácil transmissibilidade com o objetivo de prevenir não só o absentismo escolar, como também o recurso à antibioterapia. Divulgou do projeto e-Bug ao grupo de profissionais do ACESCB com vista a fornecer recursos adequados à promoção de melhor e mais saúde das suas populações.

No que respeita à satisfação dos clientes deve o enfermeiro especialista atender às crenças, valores e vontades dos grupos e das comunidades a que são alvo das suas intervenções, com vista à resolução dos problemas identificados. Para tal desenvolve projetos de saúde que vão ao encontro dos diagnósticos elaborados nos grupos e comunidade recorrendo à otimização dos fluxos de informação, (OE 2015). Neste contexto, procedeu-se à avaliação da satisfação dos clientes medindo o impacto imediato das ações implementadas. Obteve-se um bom nível de satisfação por parte das crianças e jovem da Quero Ser Mais E7G. Promoveu-se o autocuidado da comunidade referida, complementando as atividades de vida, com a contribuição para os processos de capacitação da mesma.

Em suma, na promoção da saúde o enfermeiro especialista lidera, avalia, integra e medeia projetos da saúde coletivos com vista a alcançar o máximo potencial de saúde, (OE, 2017).

O estágio permitiu claramente a aquisição de competências específicas inerentes ao desempenho e percurso para concretização da especialização, tendo sido rico em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em enfermagem.

Considera-se que as competências na área da intervenção comunitária foram desenvolvidas, aprendidas e adquiridas.

Como complementaridade e em conjunto com os orientadores de estágio, foi oportuno e pertinente operacionalizar o Procedimento Interno de Precauções Básicas em Controlo da Infecção para o ACESCBC, com base na norma das PBCI da (DGS,2013).

Em 28 de maio de 2020, por solicitação da coordenação do curso de Mestrado em Enfermagem, no contexto da nova pandemia, desenvolveu-se uma palestra “Precauções Básicas em Controlo da Infecção a Emergência na Comunidade”, para docentes e alunos da escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Nesta palestra foram abordadas as suas dez componentes com enfoque principal no novo coronavírus, formas de transmissão e proteção individual. Com a apresentação de dois vídeos sobre a técnica de vestir e despir os equipamentos de forma segura.

Foi uma experiência muito gratificante, pela oportunidade de partilhar uma experiência pessoal e a pertinência, não só do assunto, como também poder contribuir para melhorar o conhecimento numa fase complexa que estávamos a vivenciar.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO, ESTUDO DA FAMÍLIA “C”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico. 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 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 meio ambiente (OE, 2011).

Cada família é única e, desde logo, as intervenções direcionadas para uma família podem não ser adequadas noutras. Compete ao enfermeiro, face aos objetivos definidos com a família, e tendo em conta as suas fragilidades e forças, determinar as situações em que se torna mais adequada a intervenção. As famílias movem-se através de períodos de transição, e a mudança, num dos níveis de funcionamento, implica habitualmente uma mudança global ao nível dos padrões familiares. A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e traduzido pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos (Figueiredo, 2009).

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro de Saúde Comunitária, na área de Saúde Familiar, o profissional cuida, considerando a família como unidade de cuidados, e promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (OE, 2019). Na atualidade estamos perante uma necessidade real de promover cuidados de proximidade às famílias que se encontram a vivenciar momentos conturbados por privação da sua liberdade devido ao confinamento imposto pelo surgimento da pandemia, A família “C”, alvo deste estudo, experienciou esta dura e nova realidade.

A família “C” está inscrita na UCSP da Covilhã, é acompanhada clinicamente nesta organização de saúde, e foi selecionada pela orientadora de estágio com vista a elaboração de um estudo familiar.

No que respeita à recolha dos dados, foi realizada através de entrevistas programadas, mediante a disponibilidade da família.

No decorrer das entrevistas à família “C”, foram explicados os objetivos do presente estudo, garantindo anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos.

No que respeita à identificação e vínculos existentes entre os vários membros da família, o Sr. “J” é casado com a dona “C” há cerca de 10 anos e têm uma relação amorosa e complementar no seio do casal. Têm dois filhos em conjunto.

Apresentam rendimentos familiares certos, por conta de outrem, com profissões: Assistente Técnica e Docente 3º ciclo e Secundário.

A família “C” é composta pelo Sr. “J”, pela Dona “C” e os filhos “F” e “D”.

O Sr. “J” nasceu em Coimbra, tem 46 anos, tem mestrado em biologia e é docente numa escola da região.

A Dona “C” nasceu na Covilhã e é licenciada em Língua e Cultura Portuguesa, a profissão é assistente técnica numa organização pública da cidade.

O filho “D” tem 6 anos, é estudante do ensino básico numa escola da cidade. A filha “F” com 8 anos estudante do ensino básico numa escola da cidade.

O tipo de habitação: andar com 3 quartos, 2 WC, 1 sala, 1 cozinha, Garagem e Sótão, espaçoso e confortável. Após aplicação da escala de Graffar obteve-se uma pontuação de 18, correspondendo a uma posição social II, de classe média Alta.

Assim, desenvolveu-se a competência de estabelecer uma relação com a família “C” para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. Situações complexas que se prenderam não só o confinamento, como também com o regresso de um membro da família dependente. Foram colhidos dados pertinentes para o estado de saúde da família, e desenvolveu-se a prática de enfermeiro de família, baseada na evidência científica de uma nova realidade denominada Pandemia COVID-19.

Procurou-se intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, como o ensino à distância das duas crianças em idade escolar ou na gestão dos tempos de laser, com restrições de liberdade de circulação.

O Estudo da família “C” seguiu a metodologia do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF). O MDAIF surge assim como uma ferramenta-chave na prestação de cuidados à família. Este modelo permitiu a concretização de forma sistematizada, da avaliação familiar, indicando para os diagnósticos e intervenções alicerçados no cuidar à família. Foi patente a aquisição de competências facilitadoras de respostas da família em situação de transição complexa. E por fim, com a metodologia MDAIF, formalizou-se a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem, planeando-se o regresso de um membro dependente e capacitando a família para a gestão quotidiana da dependência e confinamento. O estudo configura o (Apêndice B), que integra o presente relatório.

CONCLUSÃO

A opção de especialização em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública prendeu-se com a necessidade sentida ao longo da carreira profissional.

A metodologia de Planeamento em Saúde é fundamental no desempenho da vida profissional, que pese embora não seja exercida na comunidade, é base de trabalho do controlo da infeção em qualquer parte do mundo e em qualquer sistema de qualidade em saúde.

Os acontecimentos mais recentes na saúde mundial vieram evidenciar a importância da Saúde Pública e o seu impacto nos processos de saúde/ doença das populações.

A Intervenção Comunitária foi a realização de uma vontade pessoal de há vários anos, pois sendo conhecedora do projeto europeu e-Bug, todo ele desenhado para crianças e jovens com o objetivo de melhor saúde agora e para o futuro, deu oportunidade de o dar a conhecer tanto aos profissionais de saúde como às crianças, no exato momento que se desencadeia uma pandemia de fácil e rápida transmissão.

Neste sentido, com a elaboração do programa “Sem Resistência” pretendeu-se contribuir para o aumento da literacia em saúde, imponderando a comunidade de saberes que conduzem a ganhos em saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida das pessoas de várias idades.

Foi ainda possível desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre a temática, utilizando fontes bibliográficas credíveis e de elevado valor científico.

Naturalmente que também surgiram algumas dificuldades na realização deste programa, nomeadamente na sua estruturação inicial e mesmo no seu desenvolvimento. Foram superadas as dificuldades com o apoio dos orientadores de estágio e muito debate de ideias entre as mestrandas até se conseguir uma estrutura lógica. Recorreu-se ainda ao e-Bug UK que tem mantido uma boa continuidade sendo que é o que se encontra mais desenvolvido e atualizado.

Em relação ao programa elaborado, espera-se que este possa ser implementado e tenha continuidade no ACESCB.

Desta forma, conclui-se uma etapa que se considera bem-sucedida e gratificante, considerando que os objetivos, quer pessoais quer académicos, foram cumpridos.

A elaboração do estudo da família “C”, com recurso à metodologia do MDAIF, numa época epidemiológica sem par e socialmente diferente, foi um desafio. Contudo, veio reforçar a necessidade dos profissionais de enfermagem e, principalmente, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar de se adaptarem a situações cada vez mais imprevisíveis. A sua aplicabilidade conduziu à perceção de que o modelo tem como objetivo primordial, ajudar as famílias a responder às necessidades específicas. Numa abordagem sistémica e com ênfase no

carácter colaborativo, em que os enfermeiros cuidam e acompanham as famílias, evidenciou-se a necessidade de potencializar as suas forças, recursos e competências.

Assim, na prática da aplicação deste modelo, acredita-se que este surge como uma resposta à emergência de uma filosofia de cuidados centrados na família.

Seguindo as orientações do MDAIF, e de forma muito resumida, conclui-se com o estudo da família “C”, que se trata de uma família altamente funcional, com uma liderança partilhada pelo casal, que se depara com restrições sociais, nomeadamente o ensino à distância por parte de pai e escola em casa para os filhos. Acresce, ao reinventar de viver, a vinda programada de um membro da família semi-dependente, que no fim do estudo teve-se conhecimento do agudizar da sua dependência.

Este estudo nesta época de medos e incertezas foi um desafio que permitiu desbastar o medo e alicerçar a confiança. A família “C” brindou a mestrandia de grande generosidade e empatia, aceitando a invasão do seu lar por alguém estranho, numa fase de confinamento.

Refletiu-se sobre os objetivos traçados na fase de planeamento, tal como demonstra o relatório, explanando-se na fase de avaliação do trabalho desenvolvido durante a execução do estágio.

Relacionaram-se as atividades desenvolvidas com as competências adquiridas para a prática dos cuidados de enfermagem especializada.

O projeto e-Bug continua em franco desenvolvimento na Europa, comporta agora toda uma secção dedicada à COVID-19 com recursos para os educadores, para a comunidade e para as famílias. Tem publicado um livro on-line de livre acesso com o título “*My Back to School Bubble*”. O livro de histórias foi criado com a contribuição de uma rede de professores, pais e profissionais de saúde pública. As histórias têm como objetivo ajudar as crianças a compreender as novas medidas de proteção individual e coletivas, que podem estar em vigor nas suas escolas.

O objetivo traçado para o futuro seria dar continuidade ao projeto e-Bug que se encontra estagnado em Portugal. O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) recomenda que as escolas, ambientes residenciais e educacionais para crianças e jovens, usem os recursos e-Bug da *Public Health England* para instruir sobre higiene, infeções e antibióticos. O e-Bug apoia a implementação da orientação NICE – NG63, sobre administração de antimicrobianos: mudança de comportamentos relacionados ao risco na população em geral.

Ao terminar relembram-se angústias, desafios e incertezas que valeram a pena vivenciar.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

- ACES Cova da Beira (2014). *Plano local de saúde 2014-2016. Cova da Beira*. Covilhã. ACES Cova da Beira.
- ACES Cova da Beira (2015). *Manual de integração para enfermeiros e estudantes de enfermagem*. Direção de Enfermagem do ACES Cova da Beira.
- ACES Cova da Beira (2017). *Relatório anual sobre acesso a cuidados de saúde*. Covilhã: ACES Cova da Beira.
- ACES Cova da Beira (2018). *Apresentação em power point do plano local de saúde ACES Cova da Beira*. Covilhã: ACES Cova da Beira.
- ACES Cova da Beira (2019). *Plano de ação UCSP Covilhã ACES Cova da Beira, ARS Centro: Cova da Beira*. Covilhã: ACES Cova da Beira
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República, Série I -A, n.º 109, de 6 de junho de 2006, Lisboa, 3856-3865. Acedido em out., 28,2019.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, I Série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2008, Lisboa, 1182-1189. Acedido em 29 de out., 2019, em <https://dre.pt>.
- Decreto-Lei n.º 137/2013. Diário da República, I Série, n.º 193, de 7 de outubro de 2013, Lisboa, 6050-6061. Acedido em out., 29,2019, em <https://dre.pt>.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Diário da República n.º 74, Série II. Assembleia da República. Lisboa. Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade
- DGS (2013). *Norma n.º 029/2012 precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Acedido em out. 2019. Disponível em degs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx;
- DGS (2017). *Programa de prevenção e resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: DGS
- Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira – DSSCB (2019). *Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira*. Trabalho realizado no Estágio I, Escola Superior de Saúde da Guarda.
- ESS (2019/2020). *Guia de funcionamento da unidade curricular*. Guarda;

- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar (Tese de Doutoramento)*. Porto: Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade, Escola de Enfermagem
- Gato, A. (2013). *Enfermagem comunitária memória e identidades. mesa de apoio ao colégio de enfermagem comunitária da ordem dos enfermeiros*. Évora.
- OE (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em nov. 02 de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- OE (2015). Diário da República, II Serie, nº 118-19. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Acedido em 02 de nov. 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- OE (2017). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Acedido em 02 de nov. 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- OE (2018). *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. Diário da República, I Serie, n.º 135, de 6 de jun., pp. 191354-191359. Acedido em 19 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt>.
- OE (2019). Diário da República, II Serie, n.º 26. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, pp. 4744-4750. Acedido em nov. 02 de 2019. Disponível em <https://dre.pt>; de 6 de fev.
- OMS (2005). *Carta de Banguecoque: promoção da saúde num mundo globalizado_ 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. In Portal de Saúde Pública. Acedido em 15 de out. de 2019. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm.
- SNS (2021). *BI-CSP, Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Consultado em abril. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/Pages/default.aspx>

APÊNDICE A- PROGRAMA SEM RESISTÊNCIA



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

3.º Semestre

Programa: “Sem Resistência “



Arlete Amarelo
Maria Adelaide Marques
Paula Brito
Vera Pereira

Guarda

2020



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

3.º Semestre



Trabalho elaborado na Unidade Curricular de Estágio com
relatório final, na componente de Intervenção Comunitária

Elaborado por:

Arlete dos Reis Amarelo n.º 1701910

Maria Adelaide Caetano Marques n.º 7000538

Paula Cristina Pereira de Brito Fernandes n.º 1702468

Vera Sofia dos Santos Pereira n.º 1701461

Orientado por Prof.º Ezequiel Carrondo e Prof.ª Hermínia Barbosa
com a orientação da Enf.ª Célia Bonifácio e Enf.º Carlos Martins

Guarda

2020

*Planear em saúde é o alicerce
para um futuro mais próspero e sadio.
Adelaide Marques*

SIGLAS

ACESCB – Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira

ARS – Administração Regional de Saúde

CDC – *Center Disease Control*

CE – Comissão Europeia

CHUCB – Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DNA – Ácido desoxirribonucleico

D.G.S – Direção-Geral da Saúde

DSS CB – Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira

EMA – Agência Europeia de Medicamentos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC – Intervenção Comunitária

MES – Microrganismos Epidemiologicamente Significativos

MRSA – *Stafilococos aureus meticilina resistentes*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PPCIRA – Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PS – Planeamento em Saúde

RNA – Ácido ribonucleico

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UE – União Europeia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	57
1. PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	65
1.1.ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	65
1.1.1. Identificação E descrição do problema	66
1.1.3. Estratégias e calendarização	90
1.1.4. Impacto, gestão, recursos, avaliação e controlo	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXO A – Esquema Vacinal Recomendado (DGS, 2016).....	109
APÊNDICE A – Apresentação da sessão de educação sobre “Resistência à gripe e às constipações	99
APÊNDICE B – Procedimento Operativo sobre as Precauções Básicas do Controlo da Infecção em CSP	101
APÊNDICE C – PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DA INFEÇÃO A EMERGÊNCIA NA COMUNIDADE.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Roda de Deming	92
Figura 2: Indicadores de Estrutura Processo e Resultado	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Microrganismos mais incidentes em crianças com internamento ou episódio de urgência no CHUCB	73
Quadro 2: Cronograma das atividades.....	91
Quadro 3: Avaliação de satisfação da ação de formação aos profissionais do ACESCB	96
Quadro 4: Resultados obtidos da melhoria da literacia em saúde, ação de educação para a saúde na Quero Ser Mais E7G	96

INTRODUÇÃO

Atualmente, face ao contexto socioeconómico e político, a preocupação com a promoção da saúde e com a prevenção da doença é cada vez mais premente. Contudo, nas instituições de saúde ainda se verificam intervenções aleatórias que não potenciam os recursos existentes nem os ganhos pretendidos (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2017). Tal situação impõe às organizações a necessidade de congregarem esforços para utilizarem, eficazmente, os recursos e aumentarem os ganhos em saúde, o que implica a adoção de novos conceitos de gestão. A este propósito, já em 1978 na Conferência de Alma Ata recomendava que os governos deveriam aperfeiçoar a estrutura administrativa e aplicar em todos os níveis, métodos apropriados de gestão, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os CSP são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois são primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os CSP se revistam como elemento-chave na obtenção da saúde para todos. Desta forma é fundamental que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as adequadas. Para que isto aconteça é, pois, necessário por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, bem como trabalhar com outros sectores, estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitação. Relativamente ao Planeamento em Saúde (PS) este consiste em elaborar um plano de ação, face às necessidades sentidas, pretendendo-se alcançar melhoria no estado de saúde de uma população e/ou comunidade, desta forma obter ganhos em saúde. Imperatori e Giraldes (1993) referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde:

- Os recursos são escassos, logo têm que ser utilizados de forma o mais eficaz e o mais eficiente;
- Necessidade de intervenção nas causas dos problemas, de forma a evitar que o problema se repita;
- Necessidade de definição de prioridades;
- Evitar intervenções isoladas e por isso desajustadas;
- Necessidade de racionalização de infraestruturas que são caras;
- Utilização polivalente e integral de equipamentos.

A conjuntura apresentada, impõem desta forma, sobretudo, aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, a otimização das suas competências, particularmente no âmbito do

planeamento estratégico (OE, 2011), sendo que as intervenções devidamente planeadas, poderão conduzir à prestação de cuidados de excelência e à obtenção de ganhos em saúde.

O planeamento foi inicialmente utilizado no setor económico e, progressivamente aplicado aos setores sociais e de saúde. Este deve constituir parte essencial da metodologia de trabalho do enfermeiro especialista em saúde comunitária, sendo que, a sua atuação não deve ser conduzida pela improvisação ou falta de sistematização.

Imperatori e Giraldes (1993: 21), definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real” e, defendem que o mesmo engloba três premissas: a da racionalidade das decisões, a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado e a de referir-se ao futuro.

No que respeita à saúde, o PS pode ser definido como:

...a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos [sic] fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos. (Imperatori e Giraldes, 1993: 23).

Na verdade, para avaliar o estado de saúde das populações, devemos recorrer ao PS, o que se encontra inerente às competências, devidamente regulamentadas, expressas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, segundo o qual “estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2018).

Assim sendo, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, na área da Intervenção Comunitária (IC) da Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), da Covilhã, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, foi-nos proposta a elaboração de um programa, com aplicação prática da metodologia de PS.

Após ter sido realizado o Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira (DSS CB) e de terem sido identificadas as necessidades/problemas de saúde da população, pretende-se cumprir todas as fases do PS.

Deste modo, neste trabalho, em termos metodológicos, depois de ter sido já identificado o nosso problema prioritário, iremos definir os objetivos, delinear as estratégias, elaborar e implementar um programa de IC e avaliar o seu impacto em termos de ganhos em saúde para a população visada, recursos e previsão orçamental necessários.

Para a sua realização foram definidos os seguintes objetivos:

- Dar resposta a um meio de avaliação da unidade curricular.
- Identificar e compreender as etapas do PS, produzindo um programa na área da saúde comunitária;
- Formular objetivos e estratégias face às necessidades em saúde estabelecidas;

- Desenvolver um programa de IC “Sem Resistência” com vista à resolução do problema identificado;
- Definir formas de avaliação do programa IC com vista a resolução do problema identificado;
- Desenvolver uma atitude reflexiva sobre a temática, tendo por base referências bibliográficas de elevado valor científico;
- Obter ganhos em saúde, a longo prazo, para a população da CB.

A abordagem metodológica é revisão narrativa da literatura recorrendo-se a obras de referência e sites de organizações nacionais e internacionais.

O presente trabalho engloba o programa IC “Sem Resistência” cujas intervenções serão no âmbito da saúde familiar e saúde escolar.

1. PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

O PS caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (Queirós, Costa, Souza, Chaveiro, Silva, Silva, Silva e Calpiñeiro, 2010).

O PS é a determinação de uma sequência de ações que têm por objetivo alcançar um resultado desejado; determina aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade. O seu objetivo deve ser definido de forma clara, com precisão, para favorecer a implementação do próprio plano. Com o planeamento procura-se concretizar o máximo de objetivos com uma economia de esforços e meios, dominar o tempo, antecipar o que pode acontecer no futuro, equacionar práticas que recaiam sobre a realidade que se pretende mudar, para se poder aproximar, tanto quanto possível dos objetivos delineados. As motivações centrais do planeamento consistem assim em antecipar o que deve ocorrer no futuro.

A necessidade de PS surge devido a um conjunto de razões que se prendem com a escassez de recursos e para que se usem de forma eficaz e eficiente; necessidade de intervir nas causas dos problemas, definindo prioridades e evitando intervenções isoladas; e o rentabilizar infraestruturas e equipamentos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para a elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita selecionar intervenções adequadas a uma determinada necessidade, numa determinada área.

Segundo Imperatori e Giraldes (1982) as principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação.

No âmbito deste trabalho irão ser desenvolvidas as etapas de elaboração de um programa, sua preparação, execução e avaliação.

1.1. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

É a primeira fase do planeamento operacional e consiste no estudo das atividades necessárias à execução de determinada estratégia (Imperatori e Giraldes, 1993).

Um programa diz respeito a um conjunto de atividade necessárias à execução de uma determinada estratégia, que necessitam da utilização de recursos humanos, materiais e

financeiros, geridos por um mesmo organismo, procurando-se que sejam estruturados em torno de um ou mais problemas de saúde. Já um projeto é uma atividade que decorre num espaço de tempo bem delimitado, tendo como objetivo obter um resultado específico que contribui para a execução de programa. O fator tempo é uma característica fundamental que distingue um programa de um projeto, dado que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, enquanto que, o projeto decorre num período de tempo bem definido (Tavares, 1990).

A elaboração de um projeto deve possuir os seguintes aspetos: identificação e descrição do problema; objetivos; estratégias e calendarização; impacto; gestão e recursos; orçamento e avaliação e controlo (Tavares, 1990).

Procede-se em seguida à elaboração do programa, iniciando-se com um breve enquadramento do problema de saúde sobre o qual o programa propriamente dito incidirá.

1.1.1. Identificação E descrição do problema

Durante a elaboração DSS CB, verificou-se, que o indicador “proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido”, a taxa de cobertura vacinal do último triénio no Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira ACESCB é de 94,64%, em 2016 e 95,11% no ano de 2017, voltando a diminuir ligeiramente para 94,13% em 2018. O indicador “proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou execução”, aparenta valores mais baixos que faixa etária anterior. Assim, apresenta 92,3% em 2016, 94,72% em 2017 e voltando a diminuir ligeiramente em 2018 para 93,09%. No que respeita ao indicador “proporção de jovens com 14 anos, como PNV cumprido” foi aumentando paulatinamente ao longo do triénio, 86,92% em 2016, 90,04% em 2017 e em 2018 observamos uma taxa de 95,09% (DSS CB, 2019).

Sendo considerado pela comunidade científica de forma irrefutável a vital importância da vacinação e a mais elevada taxa de vacinação possível, justifica-se a pertinência de um programa que vá ao encontro do desenvolvimento da literacia em saúde no âmbito da vacinação que promova a imunidade de grupo reduzindo a morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis. Desta forma pressupõe-se um impacto na redução da necessidade de recorrer a antibioterapia com terapêutica, vindo a refletir-se na diminuição da resistência a este recurso terapêutico. Ao mesmo tempo que se pretende melhorar os conhecimentos dos pais das crianças e dos jovens, não só desta problemática, como também a consciencialização do contributo individual na prevenção da disseminação de doenças, através de comportamentos de higiene das mãos e etiqueta respiratória. Neste contexto surge o programa: “**Sem Resistência**”. Sem resistência à lavagem das mãos e à etiqueta respiratória, sem resistência à vacinação e sobretudo no futuro, sem resistência aos antimicrobianos.

Os microrganismos são seres vivos essenciais à vida na Terra. Vários registros fósseis mostram que foram os primeiros organismos vivos a habitar o planeta e, desde então, até aos dias de hoje, a sua relação com todos os outros seres vivos tem vindo a ser muito estreita.

Apesar de se saber que alguns microrganismos provocam grandes malefícios aos seres vivos, também se sabe, desde há muitas décadas, que a maioria desempenha importante papel na existência e bem-estar da humanidade, sendo responsáveis por fenómenos essenciais à vida no nosso planeta. Estes seres estão presentes nos fenómenos de vida e de morte de todos os seres vivos e, desde há milénios, que o Homem usufrui dos benefícios dos microrganismos e da atividade microbiana nas mais diversas áreas, como por exemplo, o fabrico do pão, queijo, iogurte, chocolate, bebidas fermentadas (vinho, cerveja, etc.), o vinagre, assim como, a sua influência na cura de certos alimentos, atribuindo-lhes um sabor característico (ex.: das azeitonas, dos enchidos e de alguns queijos). Os microrganismos são igualmente responsáveis pela produção de antibióticos e vacinas no combate à doença e por outros medicamentos relacionados com a restauração da flora intestinal (Lima e Nicolau, 2012).

De seguida, apresentam-se algumas considerações relativas a estes organismos, na sua componente de diversidade biológica, nas perceções que a sociedade, em particular as crianças, apresenta acerca destes seres vivos e como devem ser abordados na escola.

O objeto de estudo da microbiologia diz respeito a organismos que são constituídos por uma única célula, ou por um agregado de poucas células semelhantes, que não sofrem diferenciação. Dado o reduzido tamanho das células, para se conseguirem observar os microrganismos, é necessário um microscópio. Assim, podemos dizer que a microbiologia estuda, geralmente, os seguintes cinco grandes grupos de seres vivos unicelulares ou não celulares – algas, protozoários, fungos, bactérias e vírus (Lima e Nicolau, 2012).

De acordo com Ferreira, Sousa e Lima (2010), a microbiologia é uma ciência relativamente recente, tendo sido reconhecida como tal em meados do século XIX, com as importantes experiências de Louis Pasteur e Robert Koch. Os micróbios foram, pela primeira vez, descritos no século XVII, pelo holandês Anton Van Leeuwenhoek e dados a conhecer numa sequência de cartas enviadas à *Royal Society* de Londres. Leeuwenhoek construiu um microscópio primitivo, mas muito eficiente, com o qual conseguiu observar microrganismos.

De acordo com Postgate (2002), Leeuwenhoek nos seus registos descreveu os micróbios, ou microrganismos desconhecidos até à data. No entanto, durante muitos anos estas descobertas mantiveram-se no esquecimento e só durante a época de Louis Pasteur, com o uso simultâneo do microscópio e dos meios de cultura bacterianos, assistiu-se à descoberta do mundo microbiano. Os microrganismos são hoje estudados em diversas áreas, tais como a bacteriologia, que desenvolve variadas formas do saber respeitantes à vida das bactérias; a micologia, que estuda os

fungos existentes na natureza e a sua interligação com o Homem e com o ambiente; a ficologia ou algologia, que estuda as algas existentes em água doce e águas marinhas; e a virologia, que aprofunda conhecimentos sobre os vírus (Ferreira et al., 2010).

Bactérias

Este é o grupo dos microrganismos com mais destaque, dado o seu elevado número, diversidade de processos metabólicos e enorme versatilidade na natureza e na interação com o Homem e com outros seres vivos. Calcula-se que existem mais de dez milhões de espécies de bactérias. Uma das suas características é o seu pequeno tamanho, na ordem dos micrómetros (μm). Normalmente, têm um único cromossoma e apresentam morfologias diversas, podendo ser esféricas (cocos), alongadas (bacilos), espiraladas (espirilos); sob a forma de vírgula (vibriões), fusiformes e onduladas. A maioria das bactérias, após a replicação do seu material genético, divide-se de acordo com os planos da divisão celular, podendo, conseqüentemente, apresentar diversos agrupamentos. Assim, os cocos podem agrupar-se aos pares (diplococos), em cadeia (estreptococos), em cacho (estafilococos) (Ferreira et al., 2010).

Na relação das bactérias com o Homem e com outros animais, elas estão presentes em grande número sem que provoquem doença. Habitam a superfície do corpo ou crescem nas mucosas, sejam as da boca, fossas nasais, garganta, aparelho urogenital ou do tubo digestivo, tornando-se comensais. Algumas vivem no intestino humano e sintetizam a vitamina K, necessária nos processos de coagulação. A *Echerichia coli* é uma das muitas bactérias que vive no intestino, como uma bactéria indígena. Se por razões várias perdermos a microflora natural existente, constituída por diversas espécies bacterianas, quer a nível de tubo digestivo quer a nível de algumas mucosas do aparelho respiratório ou do aparelho urogenital, seremos invadidos por espécies patogénicas que nos causarão doença (Ferreira et al., 2010).

Para além de todas as células que constituem o corpo humano, estima-se que transportamos cerca de 10^{14} células bacterianas, sendo que a grande maioria delas habita o nosso intestino. Algumas bactérias que estão menos frequentemente presentes, designam-se de oportunistas, porque sendo habitualmente inofensivos podem tornar-se patogénicos em determinadas situações, nas quais se rompem equilíbrios biológicos existentes entre eles e a flora residente. Este facto pode ocorrer durante o uso inadequado de antibióticos ou em situações de acentuada quebra de imunidade específica do hospedeiro, como sucede em casos graves de imunodeficiência. Outros agentes, porém, são altamente patogénicos, estando a sua presença no organismo quase sempre associada a doença (Ferreira et al., 2010).

Fungos

Os fungos são seres que vivem em todas as zonas do planeta, na presença de condições adequadas de humidade, temperatura e de um substrato orgânico disponível. São um dos principais microrganismos responsáveis pela decomposição da matéria orgânica, interferindo no ciclo do carbono, do azoto e de outros nutrientes da biosfera. Existe um vasto número de espécies de fungos, as quais possuem características muito diversas. Os fungos podem ser leveduras, bolores, cogumelos, trufas, entre outros, com aspetos morfológicos e dimensões diferentes, para além de possuírem outras propriedades específicas. Os fungos podem apresentar dois tipos de formas principais: leveduriformes, designados habitualmente por leveduras e constituídos apenas por uma célula, ou fungos filamentosos e multicelulares, no entanto, são, na sua maioria, organismos filamentosos. Alguns fungos são agentes patogénicos em humanos, noutros animais e especialmente em plantas, com gravidade diversa. No entanto, beneficiam o Homem em várias áreas. Na área da saúde como produtores de diversos antibióticos e outros medicamentos. A penicilina, por exemplo, foi o primeiro antibiótico conhecido e é produzido pelo fungo *Penicillium notatum*. Na indústria alimentar são especialmente associados ao fabrico do pão, vinho, cerveja, queijos e outros alimentos (Ferreira et al., 2010).

Protozoários

Os protozoários constituem um grupo de microrganismos com grande diversidade morfológica e fisiológica. Na sua grande maioria, são seres unicelulares simples com organização celular eucariótica e dimensões entre os 2 e os 100 μm . São encontrados em grande variedade na água e no meio ambiente em geral. Poucos causam doença em seres humanos ou noutros animais. No entanto, algumas das doenças que provocam são bastante graves. São exemplos a malária, a leishmaniose visceral, a doença do sono ou diversos tipos de diarreia causadas por flagelados intestinais, além de outras patologias devidas a parasitismo por protozoários (Ferreira et al., 2010).

Vírus

Os vírus são os micróbios mais pequenos e são geralmente nocivos para os humanos. A estrutura dos vírus é relativamente simples pois possuem, de uma forma geral, um nucleóide de ácido nucleico (DNA- ácido desoxirribonucleico ou RNA – ácido ribonucleico), protegido externamente por uma cápsula de natureza proteica. Os vírus variam muito na sua estrutura, organização genética e expressão, estratégias de replicação e de transmissão. São parasitas intracelulares obrigatórios, dado que só se multiplicam em células vivas por não possuírem sistemas necessários à síntese dos seus próprios ácidos nucleicos e proteínas. A sua multiplicação faz-se por síntese celular (pela célula parasitada) de componentes do vírus e por reunião posterior

de todos esses elementos. Após a replicação, convertem-se em novas partículas infecciosas que penetram noutras células, perpetuando a infecção até que uma reação imunitária eficaz do hospedeiro a possa interromper (Ferreira et al., 2010).

A infecção viral pode ter um efeito reduzido ou até nenhum efeito aparente nas células do hospedeiro, ou pode resultar em prejuízo ou mesmo a morte das células. Os vírus são agentes infetantes temporários, embora haja os que se alojam por toda a vida do hospedeiro em estruturas celulares do organismo infetado, produzindo infecções persistentes (latentes ou crônicas) ou mesmo dando origem a tumores (Ferreira et al., 2010).

Durante o período em que nos encontramos no útero materno encontramos-nos num ambiente estéril, protegidos pela placenta e pelo saco amniótico. No instante do nascimento começamos a inalar, engolir e a adquirir uma vasta diversidade de micróbios, em resultado do nosso contacto com o ambiente, processo que continuará ao longo da nossa vida.

Caso os microrganismos, com os quais entramos em contacto, encontrem um nicho ecológico favorável, multiplicar-se-ão e formarão comunidades complexas, interagindo entre si e com o organismo humano. Este processo requer que os micróbios se juntem ao hospedeiro numa fase inicial de colonização e posteriormente se multipliquem. A flora comensal residente é constituída por populações com características próprias, em determinadas zonas do corpo. Na cavidade oral existe uma flora diferente da que existe no intestino ou no trato genital. Essa flora comensal é constituída por uma grande diversidade de microrganismos, principalmente por bactérias (Heritage, Evans e Killington, 2012).

Certas bactérias tornam-se residentes pois conseguem competir seletivamente com todas as outras - conseguem fazê-lo adotando algumas estratégias, como a produção de substâncias antimicrobianas, para além de possuírem a capacidade de se aderirem às células do hospedeiro. Normalmente, essas bactérias habitam locais do organismo onde não causam qualquer dano, no entanto, se algumas dessas bactérias passarem de um local para outro podem causar doenças, designando-se, nesses casos, por patogénicas oportunistas. Nem todos os micróbios que contactam com o nosso organismo encontram em nós um habitat hospitaleiro. Alguns nem sequer têm êxito na colonização. Outros, embora consigam colonizar os humanos, não se conseguem estabelecer, devido à competição com a flora residente e à sua suscetibilidade às várias defesas do hospedeiro. Tais organismos, que não fazem de nós uma residência permanente, são chamados de flora transitória, nome que reflete a natureza temporária do relacionamento com o hospedeiro humano (Hertitage et al., 2012).

Existe, ainda, um terceiro grupo de micróbios que formam um relacionamento com os seres humanos. Estes estabelecem-se à superfície ou no interior do hospedeiro, dando início a uma infecção, prosseguindo-se uma ação nociva. Nos casos mais graves, os danos podem resultar

na morte do hospedeiro. Na maioria das situações, as suas defesas são mobilizadas para limitar os danos e, em geral, para eliminar o microrganismo agressor. Tais micróbios chamam-se patogénicos. Assim, os microrganismos comensais coexistem harmoniosamente com o hospedeiro e os microrganismos patogénicos são considerados nocivos (Heritage et al. 2012).

Infeção e aparecimento de doença

Existem algumas bactérias que apresentam uma capacidade intrínseca de causar doença, designam-se por isso patogénicas. Essa capacidade chamada virulência e inclui uma série de características metabólicas relacionadas com a elaboração de compostos como toxinas, enzimas, entre outros, e determinadas estratégias que estes microrganismos recorrem para depois de entrarem no hospedeiro, vencerem os mecanismos de defesa. Dizemos que estamos perante uma infeção quando um microrganismo é capaz de provocar doença no hospedeiro (Heritage et al., 2012).

Quando essa doença produz sintomas chama-se doença infecciosa. Pode acontecer uma infeção assintomática em que, apesar do microrganismo patogénico se encontrar dentro do hospedeiro, este não mostrar qualquer sintoma clínico. Esta situação poderá ser particularmente problemática, pois o próprio hospedeiro não sabe que está a ser invadido por um microrganismo patogénico, podendo, assim, transmiti-lo a outras pessoas sem ter conhecimento que o está a fazer, podendo originar problemas de saúde pública. Com a entrada do microrganismo no organismo inicia-se o período de incubação, que corresponde ao período que vai desde primeiro contacto com o hospedeiro até este desenvolver os primeiros sintomas da doença. Este período é variável em função da doença e pode ir desde algumas horas, ou poucos dias (ex. gripe, meningite), até alguns anos (ex. infeção pelo vírus da SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). No entanto, a exposição do hospedeiro a microrganismos patogénicos não tem de levar necessariamente ao aparecimento de doença. Para além disso, existem diferenças em função do hospedeiro, ou seja, o mesmo agente de doença, nuns hospedeiros pode provocar a infeção e noutros não produzir qualquer sintoma. Existe assim um fenómeno de resistência natural, ou seja, a capacidade de um indivíduo conseguir evitar que um agente patogénico que entre nele provoque doença. Essa resistência deve-se às defesas do próprio organismo que atuam quando existe esse contacto. Ao conjunto das defesas naturais chama-se imunidade inata (Heritage et al., 2012).

Por sua vez, ao conjunto das defesas que se desenvolvem com o tempo, resultantes de uma resposta do hospedeiro aos microrganismos, chama-se imunidade adquirida ou resposta imunológica. Um indivíduo no seu estado normal dispõe dessas capacidades de tal forma que consegue evitar a infeção, permanecendo saudável, apesar do constante contacto com

microrganismos potencialmente patogénicos. Mesmo nos casos em que a infeção começa a desenvolver-se, consegue resolver a seu favor essa infeção, eliminando o agente (Heritage et al., 2012).

Os Microrganismos Epidemiologicamente Significativos (MES)

Os MES são Microrganismos multirresistentes, ou outros epidemiologicamente significativos (*Clostridium difficile*), que pelas suas características específicas possam ser relevantes, na transmissão cruzada da infeção, justificando o seu estudo nas unidades de saúde. A presença de MES tem merecido a especial atenção dos hospitais e cada vez mais dos cuidados não agudos pelo risco de aparecimento e propagação de novas estirpes de microrganismos resistentes através da grande mobilidade de pessoas pelos três níveis de cuidados de saúde. Os MES podem propagar-se nas instituições de saúde e durante a transferência de pessoas entre instituições, se não forem cumpridas medidas para evitar a sua propagação.

De acordo com Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), (2008) ao longo dos anos foi surgindo a necessidade gradual de compilação sistemática dos dados recebidos das Instituições de saúde de forma a perceber que tipos de Microrganismos circulam entre instituições.

De acordo com o relatório nacional da notificação de MES, referente ao ano 2017, do Grupo de Coordenação Regional do PPCIRA do Algarve, são vários os MES na comunidade, nomeadamente: Ácaro *Sarcoptes scabiei*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Acinetobacter baumannii*, *Clostridium difficile* e MRSA (*Stafilococos aureus meticilina resistentes*). Relativamente aos MES identificados em doentes provenientes de Lares, o mais frequente é a *Escherichia coli*, seguido pelo *Staphylococcus aureus*, o *Clostridium difficile*, e já com um número razoável a *Klebsiella pneumoniae*.

No quadro seguinte podem observar os MES, com maior incidência na urgência e internamento do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira (CHUCB).

Quadro 1: Microrganismos mais incidentes em crianças com internamento ou episódio de urgência no CHUCB

Clínica	Etiologia possível
Diarreia (em criança com fraldas, lavar as mãos após mudança da fralda e antes de vestir a roupa)	<i>Shigella</i> <i>Salmonella</i> Rotavírus <i>E.coli</i> Norovírus <i>Adenovírus</i>
Meningite	<i>Neisseria meningitidis</i>
Erupções exantemas generalizados Petequial Vesicular	Varicela Rubéola Sarampo
Infeção respiratória Bronquiolite ou “Croup” Tosse paroxística	Influenza Parainfluenza VSR Adenovírus <i>Streptococcus</i> grupo A <i>Bordetella pertussis</i> Vírus Epstein - Barr
Infeção da pele Abscesso ou fístula que não pode ser coberta	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> grupo A

Fonte: adaptado do guia do GCL-PPCIRA CHUCB, 2019; Siegel; Rhinehart; Jackson e Chiarello (2007).

Para melhor direcionar as medidas de prevenção de infeções, é necessário conhecer a cadeia epidemiológica da infeção. A transmissão da infeção requer três elementos: uma **fonte** ou **reservatório** de microrganismos/infeção; um **hospedeiro** e as **vias de transmissão** dos microrganismos/infeção (DGS, 2007).

Só poderá haver infeção quando todos os elos da cadeia estiverem presentes e se se quebrar um desses mesmos elos, quebra-se o ciclo. De acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS) Algarve (2013), o Reservatório é o local onde o microrganismo se mantém, metaboliza e multiplica. Todos os microrganismos têm o seu reservatório próprio e as medidas de prevenção devem ser dirigidos a ele em primeiro lugar (ARS Algarve, 2013).

Os reservatórios possíveis são de natureza inanimada, de origem animal, de origem no Homem, de origem no Ambiente. A fonte é o local de onde o agente infeccioso passa para o hospedeiro quer por contacto direto ou indireto. A fonte pode ser o próprio reservatório ou a fonte

pode ser contaminada pelo reservatório e pode ser fixa ou móvel. As principais portas de saída no ser humano são as vias gastrintestinais e respiratória, mas as feridas e a pele também o podem ser (ARS Algarve, 2013).

As Vias de Transmissão a partir da fonte até ao hospedeiro podem ser através do contacto direto (pessoa para pessoa) ou indireto (através de equipamento contaminado), veículo comum, por via aérea ou através de vetores. A principal via de transmissão exógena é o contacto direto ou indireto. Os alimentos e o ar são vias possíveis, mas menos frequentes. As principais portas de entrada são: aparelho respiratório, aparelho digestivo, pele e membranas mucosas e placenta. Para além das vias respiratória, gastrintestinal, geniturinária, as mucosas e a pele lesada, os procedimentos invasivos criam portas de entrada na medida em que ultrapassam as barreiras naturais de proteção do indivíduo e expõem ao contacto com o exterior locais normalmente protegidos (ARS Algarve, 2013).

O Hospedeiro é suscetível, ou seja, após a entrada dos microrganismos no corpo humano, podem ocorrer três situações: não encontram um ambiente favorável e morrem rapidamente; encontram um ambiente favorável numa área favorável da pele ou mucosas e mantêm-se aí criando uma relação inofensiva ou benéfica (colonização) ou invadem os tecidos diretamente ou através das toxinas que produzem e causam efeitos clínicos adversos (infecção). Para surgir uma infecção são necessárias algumas condições: é necessário que os microrganismos tenham acesso a uma porta de entrada que lhes seja favorável; que o número de microrganismos seja significativo em função da sua virulência; que o microrganismo tenha afinidade para o tecido em causa e que o hospedeiro seja suscetível. As características do hospedeiro que podem afetar a sua suscetibilidade à infecção são: a idade, o estado da imunidade, as doenças subjacentes e as intervenções médicas, cirúrgicas e outros procedimentos invasivos (ARS Algarve, 2013).

Lavagem das mãos

As crianças exploram tudo ao seu redor, tocam noutras crianças, assim como nos adultos, e, os contágios multiplicam-se facilmente. A DGS (2017:25) dá uma especial atenção a este assunto, no seu microsite do Departamento de Qualidade na Saúde no qual afirma:

a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (...) a higiene das mãos integrada no conjunto das Precauções Básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e o controlo da infeção. É também considerada uma medida com impacto no controlo das resistências aos antibióticos.

No entanto, verifica-se que não existe uma rotina de lavagem das mãos. A higiene é essencial para a saúde individual e coletiva das crianças, seja qual for o seu contexto de vida, assim, a criação deste hábito promove e leva à preservação de uma boa higiene, entendida “como

um conjunto de meios para atingir o equilíbrio na saúde” (Costa, 1995, citado por Esteves e Anastácio, s.d.). A DGS (2015) refere que a higiene é fundamental para a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e a convivência social, sendo compreendida como um conjunto de cuidados que promovem estes mesmos aspetos, assim como melhoram a autoestima dos indivíduos. González (2009) refere também o conceito de higiene infantil como a compreensão, estudo e planificação de medidas que promovem e conservam a saúde, prevenindo as doenças infantis, e em que o sujeito é passivo e dependente nesta etapa evolutiva.

Sendo que a higiene tem impacto na vida de qualquer indivíduo, torna-se necessária a promoção da saúde em qualquer contexto. A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa no ano de 1986, como sendo um processo que pretende desenvolver a capacidade dos indivíduos, assim como das comunidades, para controlarem a sua saúde, melhorando-a (WHO, 1986).

Tendo em conta que para atingir o bem-estar físico, psicológico e social é necessário que os indivíduos sejam capazes de satisfazer as suas necessidades, identificar e realizar as suas aspirações e adaptar-se ao meio que os envolve. Ainda na Carta de Ottawa é possível ler que “a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”, sendo que existe uma diferença entre saúde e promoção da saúde; a primeira consiste na acentuação dos recursos sociais, pessoais, assim como das capacidades físicas; a segunda não é de exclusiva responsabilidade do setor da saúde devido a exigir a escolha de estilos de vida saudáveis de modo a alcançar o bem-estar (WHO, 1986).

Segundo a WHO (1986) é necessária a existência de certas condições e requisitos para que exista saúde. Estas condições são paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Ao serem satisfeitas estas condições básicas a melhoria da saúde irá suceder.

Os hábitos de higiene englobam diversos aspetos, como a higiene corporal, a higiene oral, ou higiene coletiva. Sendo assim, foi destacada a higienização das mãos, visto que as mãos são o principal meio de contaminação bacteriana (Militão, 2011), assim como de transmissão de germes, que podem contaminar o homem com doenças, constipações, gripes ou diarreias. Sendo que as mãos e o toque são o principal meio, tanto de locomoção (gatinhar) como de exploração e aprendizagem em crianças em idade de creche, deve-se ter em atenção que as crianças necessitam de uma higiene cuidada, principalmente das mãos, para evitar que contraíam alguma doença, ou mesmo de uma simples (ou não) constipação.

É então importante referir quando é que a higienização das mãos deve ser realizada, dado que se trata de uma rotina. Deve ser interiorizada pelos adultos e ensinada às crianças pequenas, para que se torne um hábito. Lavar as mãos demora apenas 60 segundos e, devem ser bem lavadas a palma das mãos, as costas das mãos e entre os dedos. As mãos devem ser lavadas antes de comer

ou manusear alimentos, após a ida à casa de banho, após assoar o nariz, tossir ou espirrar, após tocar em animais, sempre que estejam visivelmente sujas, ou após tocar em alguém doente ou numa ferida (Associação Nacional de Controlo de Infeção, 2015).

De acordo com Esteves e Anastácio (s.d.), as crianças devem lavar as mãos antes e depois das refeições, antes e depois do uso da casa de banho e em qualquer circunstância em que as mesmas se encontrem sujas. As mãos devem ser lavadas diversas vezes ao dia e secas cuidadosamente.

Para salientar a importância e necessidade da lavagem das mãos foi criada em 2001, a Parceria Global da Lavagem das Mãos (*The Global Handwashing Partnership*), composta por membros de diversas organizações não-governamentais, companhias do setor privado e instituições académicas. Esta parceria internacional pretende promover a lavagem das mãos com sabão e reconhece a higiene como um pilar de desenvolvimento internacional e saúde pública (*Global Handwashing Partnership*, 2015)

Os principais países onde esta parceria desenvolve a sua ação são África, Ásia e América Latina porquê lavar as mãos com sabão? A Parceria Global da Lavagem das Mãos em 2015 refere que todos os anos 1,7 milhões de crianças falecem antes de completar os 5 anos devido a diarreia e pneumonia; lavar as mãos com sabão é a medida mais eficaz, de baixo custo e preventiva destas doenças, é também considerada uma medida de controlo das resistências aos antibióticos (DGS, 2017).

A higienização das mãos tem impacto, na saúde, como já foi referido, porque contribui para prevenir infeções provocadas por bactérias e vírus, assim como a contaminação de pessoa para pessoa. Por isso é tão importante lavar as mãos, particularmente depois do contacto com matéria fecal, depois de uma ida à casa de banho ou da mudança de uma fralda, pois as fezes de uma criança são especialmente patogénicas (Militão, 2011).

A higienização das mãos tem impacto, segundo a Parceria Global da Lavagem das Mãos, nível da nutrição, pois caso a pessoa esteja infetada por bactérias ou vírus causadores de doenças, através das suas mãos pode atingir o seu estômago ou intestinos e danificar a capacidade de o corpo processar e usar os nutrientes presentes nos alimentos. Tem também um forte impacto na economia, pois a lavagem das mãos tem um custo bastante mais baixo do que outras intervenções de saúde pública, intervenções essas que podem ser evitadas se existir uma boa higienização das mãos, pois as infeções associadas aos cuidados de saúde podem ser bastante dispendiosas para os indivíduos, os sistemas de saúde e os países. Na educação, tendo em conta que uma saúde fragilizada não atinge a criança apenas fisicamente, mas cognitivamente, o que prejudica o seu desempenho escolar e aprendizagens, e, ao mesmo tempo, muitas crianças são obrigadas a

ausentar-se das aulas devido a doenças. Uma pequena ação pode ajudar a reduzir o absentismo e promover o sucesso escolar de milhares de crianças.

Esta organização internacional refere ainda o impacto na equidade. As condições socioeconómicas diferem em grande medida, de tal modo que as classes mais pobres, as populações localizadas em meios rurais ou com uma educação de um nível menor, têm menos acesso a estas instalações para higienização das mãos com boas condições do que as classes mais altas ou as zonas urbanas, o que faz com que a desigualdade seja maior, o que contribui para a desigualdade na saúde global, nutrição, educação e economia (*Global Handwashing Partnership*, 2015).

Desta forma, foi criado, em 2008, o Dia Global da Lavagem das Mãos (*The Global Handwashing Day*), celebrado a 15 de outubro, com os objetivos de fomentar e apoiar a cultura global e local da lavagem das mãos com sabão, consciencializar a população sobre os benefícios da higienização das mãos com sabão e compreender a importância que é atribuída ao ato de lavar das mãos em todo o mundo. Desde 2008, esta comunidade construiu lavatórios, torneiras e demonstrou a simplicidade e valor da higienização das mãos, sendo que todos os anos mais de 200 milhões de pessoas estão envolvidas nesta celebração, incluindo crianças. (*Global Handwashing Partnership*, 2015)

Em Portugal, pode não se considerar imprescindível uma intervenção deste tipo, no entanto, a importância da promoção deste hábito de higiene e as suas consequências para a saúde observam-se em intervenções como a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que criou o 1º desafio *Clean Care is Safer Care*, da *World Alliance for Patient Safety*. Portugal aderiu ao desafio em 2008, com o objetivo de promover a higiene das mãos em todos os hospitais, mundial e nacionalmente. Esta estratégia de higiene das mãos demonstrou sucesso na redução de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. A adesão e cumprimento da estratégia para a melhoria da higiene das mãos nos locais de saúde revelam um crescente interesse e preocupação dos profissionais de saúde, em Portugal, na segurança e melhoria da qualidade da prestação de cuidados. Torna também visível a importância e essencialidade da higienização das mãos como fator promotor da saúde e bem-estar.

Tendo em conta que a escola é uma parte integrante e essencial na comunidade, faz parte do seu papel tentar reduzir as desigualdades existentes na área da saúde. Para uma escola ser promotora da saúde deve implementar planos estruturados, com vista ao bem-estar e saúde e para um desenvolvimento social para os alunos, docentes e não docentes (Ministério da Educação, 2009). É necessário ter em conta que as crianças pequenas, muitas vezes, ainda não são autónomas na realização das rotinas de higiene, incluindo a higienização das mãos.

Durante bastante tempo ainda dependem do adulto para realizar estas rotinas por si, como mudar a fralda, tomar banho, vestir e despir e a lavagem das mãos. Como tal, González, 2009, refere que durante o primeiro ano de vida da criança, é o adulto quem satisfaz as suas necessidades de higiene e saúde e o primeiro objetivo na aquisição de hábitos de higiene é tornar essa experiência prazerosa e gratificante para os mais pequenos.

No final do primeiro ano de vida, as crianças pequenas participam na lavagem das mãos, esticando as mãos, aproximando a cara e explorando a água, por ser um elemento atrativo, pois as crianças pequenas tocam e exploram algo por que se sintam atraídas (Postgate e Hohmann, 2011). Entre o primeiro e segundo ano de vida, as crianças começam a querer aprender a lavar as mãos e a cara, mesmo que seja apenas pelo prazer do contacto com a água. Do segundo ao terceiro ano, as crianças querem brincar com água e com areia, o que não significa que estejam a perder as atitudes de limpeza que adquiriram, mas apenas porque precisam de manter um contacto regular com este tipo de materiais. Isto não constitui um obstáculo no ensino da necessidade de manter as mãos e cara limpas, principalmente antes das refeições (González, 2009).

As escolas são um paraíso para os micróbios nocivos, porque estes passam facilmente de aluno para aluno através do contacto das mãos. A lavagem correta das mãos é o método mais eficaz para impedir a transmissão dos micróbios e prevenir o aparecimento de doenças infecciosas.

Os adultos devem certificar-se, que as crianças entendem a importância da lavagem das mãos antes e após ir á casa de banho, e antes e depois de comer. Orientar a criança enquanto lava as mãos para se certificar do procedimento correto. A lavagem das mãos com água quente ou fria apenas elimina a sujidade visível. O sabão é indispensável para remover a gordura superficial que contém os micróbios.

Etiqueta respiratória

As infeções respiratórias são doenças que podem afetar as vias respiratórias superiores (nariz, garganta, ouvido, laringe) e inferiores (pulmões). As provocadas por vírus, provocam constipações, gripes, amigdalite, laringite. As crianças, estão mais suscetíveis por aglomeração e estado nutricional (Kirzner, 2019).

A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas (Comissão de Controlo de Infeção, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, 2014).

Segundo o Plano de Contingência para a Família, elaborado pelo Governo dos Açores (2009), as precauções essenciais, são:

- Não tossir nem espirrar para o ar;

- Não amparar a tosse nem o espirro com a mão;
- Para tossir e espirrar, tapar a boca e nariz com um lenço de papel que deve ser utilizado apenas uma vez;
- Colocar o lenço no lixo com o cuidado de este não tocar na roupa ou noutros objetos ou superfícies;
- Lavar ou desinfetar as mãos imediatamente a seguir;
- Se não for possível a utilização do lenço quando tossir ou espirrar, utilizar a parte interna do cotovelo;
- Não tocar com as mãos nos olhos nem no nariz sem as ter lavado anteriormente e lavá-las a seguir;
- Na presença, de sintomas de gripe manter uma distância mínima de 1 metro das outras pessoas, não cumprimentar outras pessoas, nem com beijo, nem com aperto de mão.

Devem ser afixados, em locais estratégicos, posters com instruções para o cumprimento da Etiqueta Respiratória para quem apresente sintomas respiratórios. Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade, os profissionais de saúde devem oferecer máscaras cirúrgicas aos indivíduos sintomáticos que acedam à instituição e aconselhá-los a manter uma distância mínima de 1 metro das outras pessoas (por exemplo nas salas de espera). Idealmente devem ser observados num gabinete individual (Comissão de Controlo de Infeção, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, 2014).

As medidas de proteção individual são fundamentais no controlo de infeção em unidades de saúde para reduzir as oportunidades de transmissão pessoa a pessoa, quer entre os doentes quer entre doentes e profissionais de saúde, pelo que se considera pertinente recomendar o reforço da aplicação destas medidas aos profissionais de saúde e aos doentes. Para os profissionais de saúde a lavagem adequada e frequente das mãos é a medida de proteção individual mais importante na redução deste risco de transmissão. Os doentes devem ser informados, através de cartazes, por exemplo, sobre as medidas gerais de higiene e de etiqueta respiratória (DGS, 2006).

Vacinação

O nosso sistema imunológico geralmente combate uma grande variedade de microrganismos patogênicos. Ter hábitos de sono adequados e seguindo uma alimentação saudável, ajuda o sistema imunitário a funcionar corretamente, evitando a infeção. A descoberta das vacinas foi uma mais-valia para reforçar o sistema imunológico contra agentes nocivos que podem provocar danos graves no nosso organismo (e-Bug, 2019).

A primeira vacina, a vacina da varíola, foi descoberta pelo médico inglês Edward Jenner, no final do século XVIII. Nesse século a varíola aterrorizava a população, originava cicatrizes

severas e por vezes as pessoas não resistiam e acabavam por morrer. Ele descobriu que as pessoas que tinham contacto próximo com as vacas tinham uma doença mais leve, a varíola bovina. Ele utilizou o pus das pessoas infetadas com varíola bovina em crianças, as quais adoeciam com a varíola bovina e passados uns dias recuperavam. Repetiu o processo depois com pus da doença da varíola nessas crianças e verificou que não adoeciam com a doença, como se elas já tivessem resistência promovida pela varíola bovina. O termo "vacinação" derivado do latim *vaccinia* (varíola bovina) (e-Bug, 2019).

Em 1956, deu-se a primeira implementação à escala planetária de uma vacina- a vacina da varíola, com o patrocínio da OMS, tendo sido erradicada a doença em 1980 (OE, 2019).

O acesso à vacinação é reconhecido como um direito fundamental. É um dos investimentos em saúde mais económicos, com estratégias comprovadas que o tornam acessível até para as populações mais difíceis de alcançar e vulneráveis. A vacinação é uma ferramenta comprovada para controlar e eliminar doenças infecciosas com risco de vida e estima-se que evite entre 2 e 3 milhões de mortes a cada ano, reduz os custos com o tratamento específico das doenças, incluindo os tratamentos antimicrobianos (prescritos para as infeções virais) (WHO, 2019a).

Neste sentido foi criado o Plano Global de Ação para a Vacinação (2011-2020), constituído pelos 194 membros da Assembleia Mundial de Saúde, para evitar milhões de mortes até ao ano de 2020, através de um acesso mais equitativo das vacinas existentes para pessoas em todas as comunidades (WHO, 2019b).

Atualmente, todos os anos são vacinadas mais de 100 milhões de crianças no mundo contra doenças como a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a tuberculose, a poliomielite, o sarampo e a hepatite B (Comissão Europeia (CE), 2019a)

A vacinação é um modo seguro e económico de proteger as pessoas, especialmente os lactentes e as crianças mais pequenas, de certas doenças infecciosas. Todos os países da União Europeia (UE) têm um programa de vacinação que estabelece as vacinas e a idade em que as mesmas devem ser administradas na infância. Apesar disso, na Europa, existem demasiadas crianças que não são vacinadas e que são vulneráveis a doenças potencialmente mortais. Para evitar consequências graves, é necessário que cada comunidade esteja não só preparada como bem informada. Tão importante como proporcionar um acesso equitativo às vacinas disponíveis para proteger as crianças é acabar com os mitos, promover argumentos científicos e assegurar que as pessoas compreendem a importância das vacinas em cada etapa da vida (CE, 2019a).

Tendo em conta as conclusões do Conselho sobre a Imunização Infantil, no ano de 2011, salienta-se a necessidade de aumentar a adesão à vacinação infantil em toda a UE. A CE juntamente com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) apoia os países da UE, aconselhando-os sobre as melhores práticas a

adotar durante surtos de doenças que se podem prevenir por vacinação; a financiar projetos de vacinação melhorando os dados para o acompanhamento da cobertura vacinal; incentivando também as associações europeias de profissionais da saúde a sensibilizar os pais para a importância de vacinarem os filhos, facultando informações objetivas e fundamentadas (CE, 2019b).

Atualmente a política de vacinação é da competência das autoridades nacionais. Todavia, a CE ajuda os países da UE a coordenarem as suas políticas e programas nesta área. Em dezembro de 2018, o Conselho Europeu adotou uma recomendação para reforçar a cooperação na UE em matéria de doenças que é possível evitar através de vacinação. A iniciativa tem por objetivo combater as reticências em relação à vacinação, melhorar a coordenação em matéria de aquisição de vacinas, apoiar a investigação e a inovação e reforçar a cooperação na UE em matéria de prevenção de doenças por vacinação. Os países da UE são incentivados a definir e aplicar planos de vacinação nacionais, com iniciativas para melhorar a cobertura, e a introduzir controlos regulares da situação (CE, 2019a).

Em Portugal, o PNV existe desde 1965, estando em constante e permanente revisão. Aplica-se gratuitamente a todas as pessoas, e é um exemplo de boas práticas, fundamentado cientificamente com os mais elevados padrões de qualidade, sendo atualizado de acordo com a realidade portuguesa. A sua última atualização foi no ano de 2017, aprovada pelo Despacho n.º 10441/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 9 de agosto de 2016 e publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 159, de 19 de agosto de 2016 (DGS, 2016).

As principais características do PNV são ser; gratuito, universal, um calendário recomendado, uma prescrição universal administrada por enfermeiros, aplicado nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e hospitais (DGS, 2018).

O PNV é coordenado de forma dinâmica e transparente pela DGS, financiado pelo orçamento de estado, e tem como metas: promover a equidade; manter a saúde e prevenir as doenças o mais precocemente possível, independentemente do género, da etnia, da cor da pele, da religião, do estatuto social (DGS, 2018 e DGS, 2016).

A última revisão do esquema de vacinação recomendado data do final de dezembro de 2016, estando atualmente em curso uma revisão, conforme o despacho n.º 1243/2019, de 30 dezembro, com implementação a 1 outubro 2020, sendo dirigido a toda a população presente em Portugal, de acordo com a sua idade. Naturalmente que o esquema vacinal recomendado tem como objetivo fornecer a melhor proteção na idade mais adequada e sempre o mais precocemente possível (DGS, 2018).

No PNV o esquema de vacinação varia em função da idade e do estado vacinal anterior e ainda existem esquemas vacinais específicos para grupos de risco ou em circunstâncias especiais.

A seleção das vacinas tem por base a epidemiologia das doenças, a evidência científica do seu impacto, a relação custo efetividade e a disponibilidade no mercado (DGS, 2018 e DGS, 2016).

No caso português, as alterações ao PNV são feitas segundo proposta da Comissão Técnica de Vacinação. Esta comissão é um órgão consultivo da DGS, fazendo parte dela diversos especialistas de diferentes áreas, que fundamentam as suas propostas (DGS, 2018).

O esquema recomendado desde o nascimento (Anexo A) tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível. De acordo com este esquema, aos 6 e aos 12 meses de idade completa-se a primeira vacinação. A vacinação no primeiro ano de vida deve ser escrupulosamente cumprida nas idades recomendadas, sem atrasos. O primeiro ano de vida é a idade de maior vulnerabilidade, requerendo imunização precoce, para evitar as respetivas doenças que podem ser graves (DGS, 2016).

As vacinas constituem um dos maiores avanços na medicina moderna, sendo que, desde o seu início, têm-se verificado grandes avanços, tendo mudado por completo o paradigma das doenças infecciosas. Assim, as vacinas são produtos imunobiológicos constituídos por microrganismos que irão produzir uma resposta similar à da infeção natural, induzindo a imunidade sem risco para o vacinado. Além da proteção individual, a maioria das vacinas tem ainda a capacidade, a partir de determinadas taxas de cobertura, de interromper a circulação de microrganismos, originando aquilo a que se chama de imunidade de grupo, sendo estes um dos principais benefícios para a sociedade (DGS, 2018).

Neste contexto, a administração de vacinas promove a imunização, processo pelo qual uma pessoa se torna imune ou resistente a uma doença infecciosa. As vacinas ajudam e estimulam o próprio sistema imunológico do corpo para proteger a pessoa contra infeções (WHO, 2019a).

As vacinas são usadas para evitar e não tratar infeções e geralmente são feitas a partir de versões fracas ou inativas dos mesmos microrganismos que nos deixam doentes. Quando a vacina é introduzida no corpo, o sistema imunológico, através dos glóbulos brancos, ataca os microrganismos como se de agentes nocivos se tratassem para o organismo. Os glóbulos brancos criam anticorpos para combater aos antígenos na superfície da vacina. Como a vacina é uma versão extremamente enfraquecida do microrganismo, faz com que os glóbulos brancos eliminem com sucesso todas as células microbianas presentes na vacina. Assim, se o sistema imunológico for atacado novamente por agentes patogénicos com o mesmo antígeno, este encontra-se preparado para lutar, pois recorda como combater esses microrganismos, evitando a doença (e-Bug, 2019).

Todos os componentes das vacinas comercializadas na UE são objeto de um controlo intenso e foram considerados seguros no contexto dessas vacinas, na sequência de uma série de estudos.

No entanto, alguns micróbios como o vírus influenza, são complicados e alteram seus antígenos. Isso significa que o sistema imunológico não está mais equipado para lutar contra eles e por esse motivo, temos vacinas anuais contra a gripe (e-Bug, 2019).

Segundo a (DGS, 2016:15) “uma elevada cobertura vacinal permite imunizar quem é vacinado, mas também evitar a propagação de doenças, uma vez que a imunidade de grupo impede a circulação de agentes patogénicos”.

Em Portugal tem as taxas de cobertura vacinal são as mais elevadas do mundo, com percentagens de 96 a 97% na primeira vacinação (OE, 2019). Na região centro do país as taxas de cobertura têm percentagens iguais ou superiores a 96%. (Administração Regional de Saúde do Centro, 2018).

Os objetivos dos programas prioritários de erradicação da poliomielite e de eliminação do sarampo e da rubéola, na componente da vacinação, estão a ser atingidos (Administração Regional de Saúde do Centro, 2018).

No entanto, sobretudo, os surtos de sarampo que se têm verificado nos últimos tempos em alguns países, podem estar os movimentos anti vacinas e a decisão de alguns pais em não vacinar os seus filhos, principalmente com a vacina VASPR, com o receio de que estes desenvolvam distúrbios como o autismo (OE, 2019).

Atualmente, vários países da UE e países vizinhos enfrentam atualmente surtos sem precedentes de doenças que podiam ser evitadas por vacinação devido a taxas de cobertura de vacinação insuficientes. O declínio da confiança do público na vacinação, as diferenças geográficas na acessibilidade e o aumento da desinformação sobre a vacinação são motivo de preocupação e um grande desafio para os especialistas em saúde pública. Garantir um acesso equitativo às vacinas a todos os cidadãos da UE, combater a desinformação e melhorar a confiança nas vacinas são objetivos partilhados pela CE e pelos países da UE (CE, 2019a).

O ressurgimento de outras doenças numa população, como por exemplo o sarampo, é devido à não vacinação de uma proporção suficientemente da população, o que não cria imunidade de grupo (e-Bug, 2019).

A vacinação é o principal instrumento de prevenção primária de doenças e uma das medidas de saúde pública com melhor relação custo-eficácia de que dispomos. A imunização das pessoas através da vacinação é a melhor defesa contra a prevenção de doenças contagiosas graves, que, por vezes, são mortais. Graças à generalização das vacinas, a varíola foi erradicada, a poliomielite desapareceu da Europa e muitas outras doenças foram praticamente eliminadas (CE, 2019a).

Todas as vacinas autorizadas no mercado europeu têm um elevado grau de segurança, eficácia e qualidade (DGS, 2016).

Na UE, a aprovação das vacinas a colocar no mercado está sujeita a regras extremamente rigorosas. A EMA é responsável pela avaliação e supervisão das vacinas a partir do momento em que estas são concebidas. As vacinas são submetidas a testes muito exaustivos, na sequência dos quais a CE pode emitir a autorização de colocação no mercado. Depois de colocadas no mercado, a EMA continua a avaliar a segurança das vacinas e procede à vigilância pós-autorização. Todas estas medidas são concebidas para garantir o máximo de segurança, sendo a principal preocupação a saúde e o bem-estar da população (CE, 2019a).

Por estas razões, são raras ou muito raras as reações adversas graves relacionadas com as vacinas. As reações adversas mais frequentemente associadas às vacinas são reações ligeiras no local da injeção (crianças até aos 12 meses na face lateral da coxa e depois dos 12 meses inclusive, no braço, a lateralidade varia de acordo com o tipo de vacina administrar), reações sistémicas como a febre são menos frequentes. Podem também ocorrer reações de hipersensibilidade não grave a componentes das vacinas, as quais não implicam uma contra-indicação à vacinação. Como outras reações adversas possíveis às vacinas, temos lipotimias com eventual queda (principalmente em adolescentes e adultos) ou, muito raramente, reação anafilática (cerca de um caso por 1 milhão de vacinas administradas). No entanto, apesar de segura a vacinação a crianças, jovens, adultos e idosos, os mesmos devem permanecer na instituição de saúde, sentados ou deitados, pelo menos 30 minutos (DGS, 2016).

Em casos especiais, como as crianças com asma não controlada e com história de alergia a vacinas, a vacinação deve ser efetuada em meio hospitalar. Em crianças com mais de 6 meses e menos 5 anos de idade, se surgir uma convulsão febril após a vacinação, não é necessário modificar o esquema vacinal, podendo ser ponderada em vacinações posteriores, a administração preventiva de paracetamol durante 24 horas. Não é recomendada a administração preventiva de paracetamol aquando da vacinação por rotina, uma vez que pode interferir com a resposta imunológica (DGS, 2016).

Assim sendo, existem mais precauções na vacinação do que contra-indicações, as quais são raras e temporárias. Se a situação for temporária, pode implicar o adiamento da vacinação, para não haver uma associação errada de sinais e/ou sintomas à vacina. A decisão de não vacinar é da responsabilidade do médico assistente, a qual deve ser cuidadosamente ponderada, tendo em consideração os benefícios na prevenção da doença e a raridade no surgimento de reações adversas graves (DGS, 2016).

O PNV já mudou o perfil das doenças infecciosas em Portugal e reduziu a mortalidade infantil. O programa não esgota as recomendações no domínio das políticas de vacinação nacionais, pelo que outras estratégias vacinais serão definidas quando a situação epidemiológica o justifique (DGS, 2016).

A vacinação, para além de um direito, é um dever dos cidadãos, sendo que a participação ativa na decisão de se vacinarem é, simultaneamente, uma defesa da saúde, da saúde pública e a participação num ato de cidadania (DGS, 2018).

As pessoas que se vão vacinar e/ou os seus responsáveis, devem ser informadas de forma clara sobre as vacinas, explicando os benefícios e potenciais reações adversas da vacinação, bem como o risco da não vacinação. Todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal, mesmo que a idade recomendada tenha sido ultrapassada. (DGS, 2016).

Existem alguns projetos a nível nacional sobre a adesão à vacinação como o “Espaço Vacinação”, que foi criado pela Unidade Saúde Familiar, (USF) de S. João do Estoril, com o objetivo de divulgar informação atualizada sobre as vacinas do PNV e sensibilizar os utentes para a importância da vacinação. O Projeto de melhoria contínua da qualidade: “Sarampo - Campanha de Vacinação” como objetivo promover a adesão à vacinação contra o sarampo, da população inscrita num ACES e dos seus profissionais de saúde, promovido pela OE.

Foi também criado em Portugal um projeto inovador o “eBoletim de Vacinas”, promovido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) com o apoio do COMPETE 2020, no âmbito do Sistema de Apoio para a Modernização Administrativa (COMPETE 2020, 2018). Neste projeto os boletins de vacinas iriam passar a ser digitais, para a globalidade da população portuguesa, até ao fim do ano de 2017. O cidadão/utente pode aceder de uma forma prática e muito fácil, ao seu eBoletim de Vacinas na Área do Cidadão do Portal do SNS, plataforma online com funcionalidades e serviços disponíveis aos utentes do SNS, sendo necessário, apenas, um registo prévio (SNS, 2017a). Pela Área do Cidadão é possível, igualmente, partilhar o Boletim de Vacinas, bem como os boletins dos filhos, via correio eletrónico, simplificando procedimentos, por exemplo, nas matrículas escolares (COMPETE 2020, 2018).

Integrado no Simplex e Iniciativas Digitais da Saúde, o Boletim de Vacinas Eletrónico apresenta mais-valias, quer para o cidadão, quer para os profissionais de saúde, prestadores de serviços e para o SNS em geral (COMPETE 2020, 2018).

Inserindo-se na estratégia diferenciadora da SPMS, EPE, entidade responsável pela transformação digital na saúde, o processo de desmaterialização do Boletim de Vacinas concretizou-se através da aplicação VACINAS, desenvolvida pela SPMS, EPE. Numa perspetiva de melhorar a acessibilidade, a mobilidade e, assim, aproximar ainda mais o SNS ao cidadão, o Boletim de Vacinas Eletrónico está à distância de um simples clique no computador ou no telemóvel (COMPETE 2020, 2018).

A aplicação “VACINAS” (Anexo B) existente no programa informático SClínico que permite aos enfermeiros registar as inoculações dos utentes, as transcrições de histórico, as

reações adversas e as não vacinações. Os enfermeiros também podem excluir utentes para a vacinação, consultar e imprimir o calendário vacinal dos utentes (SPMS, 2017).

A desmaterialização do Boletim de Vacinas apresenta várias vantagens, nomeadamente, reduzir custos, evitar inconvenientes associados à perda do boletim em papel, facilitar a consulta do histórico de vacinação e melhorar a qualidade da informação (SNS, 2017a). Veio também simplificar processos, reduzir custos, melhorar a qualidade da informação e, deste modo, aumentar a proximidade do SNS ao cidadão, potencializando os ganhos em saúde (COMPETE 2020, 2018).

Os resultados do último **Inquérito Serológico Nacional** (2015-2016) foram: elevada proporção de indivíduos imunizados relativamente às doenças abrangidas pelo PNV; mais de 92% das pessoas estudadas possuem anticorpos para os agentes causadores do tétano, poliomielite, rubéola e sarampo. Em relação ao tétano, foram detetados anticorpos em todos os indivíduos, 1,6% com anticorpos abaixo do preconizado para criar imunidade (SNS, 2017b).

Apesar de ser necessário fazer pequenos ajustes, nomeadamente o reforço da cobertura vacinal nos adultos, o PNV constitui, pelos seus resultados, é o mais importante **Programa de Saúde Pública do País** (OE, 2008).

Considerando a referida importância da vacinação no contexto da prevenção epidemiológica de determinadas patologias, é com naturalidade que também constitui um importante indicador da situação de saúde de uma determinada região. Para esse efeito, habitualmente extraem-se um conjunto importante de indicadores relativos a regiões geográficas, períodos de tempo, indivíduos de uma idade/*coorte* ou vacina (DGS, 2018).

As taxas de cobertura vacinal, como já referido, representam um importante indicador da situação de saúde de uma região, uma vez que este é um indicador exclusivo das UCSP's, sendo que a sua monitorização é da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública (USP).

Mesmo que as taxas de cobertura vacinal do ACESCB apresentem valores superiores a 90%, mesmo considerando a imunidade de grupo, seria fundamental que fossem as mais próximos possíveis dos 100%. Alguns profissionais de saúde referem que os baixos valores das taxas de cobertura vacinal têm como possíveis causas a emigração, falsos conceitos sobre a vacinação, e ainda a crescente influência de grupos internacionais anti vacinação, já com reflexos no território do ACESCB (DSS CB, 2019).

Desta forma identificámos um dos problemas ou necessidades de saúde da população do ACESCB: a diminuição da taxa de cobertura vacinal nas crianças até aos 7 anos de idade. Tendo em conta a técnica de seleção de prioridades de Tavares (1990), este mesmo será alvo de operacionalização, através da elaboração de um programa IC que seguidamente iremos apresentar e desenvolver.

Neste contexto e tendo em conta entidades credíveis como a DGS e OMS, surge a implementação deste programa para facultar às crianças e pais toda a informação pertinente e atualizada sobre vacinas e vacinação. A meta é aumentar a adesão ao esquema de vacinal recomendado e assim aumentar as taxas de cobertura vacinal.

Antibioterapia

A penicilina, o primeiro antibiótico comercializado, foi descoberta em 1928 por Alexander Fleming. Desde então, que é conhecida e reconhecida a resistência, além da descoberta de novos antibióticos. De facto, os microrganismos sempre procurarão maneiras de sobreviver e resistir a novos medicamentos (*Center Disease Control (CDC)*, 2019). Cada vez mais, os microrganismos compartilham a resistência entre si, dificultando o acompanhamento. Muitas das descobertas médicas do século passado estão postas em causa com a disseminação da resistência antimicrobiana. As doenças infecciosas até agora curáveis podem tornar-se intratáveis e disseminarem-se pelo mundo. Na realidade este fato já está na atualidade mundial. O relatório *Antimicrobial Resistance: Global Index Report* em 2014, mostrou que a resistência antimicrobiana está em toda parte e tem o potencial de afetar qualquer pessoa, de qualquer idade, em qualquer país. Em abril de 2015, a OMS publicou uma Análise da situação mundial por país: resposta à resistência antimicrobiana. Revelou que, já há preocupação por parte dos vários governos numa tentativa de resolução deste problema, no entanto há ainda grandes lacunas na implementação das ações necessárias em todas as seis regiões da (OMS, 2019).

A resistência antimicrobiana é a capacidade de um microrganismo (bactéria, vírus, fungo ou parasita) desenvolver a capacidade de derrotar os medicamentos projetados para os matar. Isso significa que os microrganismos não são mortos e continuam a crescer.

A resistência antimicrobiana continua a ser um dos principais problemas nas comunidades e hospitais da Europa. Em muitos países europeus, as taxas de prescrição de antibióticos são mais altas em crianças (OMS, 2019).

Ensinar as crianças sobre os diferentes tipos de micróbios, a atividade de antibióticos nos microrganismos, os crescentes problemas de resistência a este tipo de terapêutica e o risco do consumo desnecessário, é uma forma de preparar o futuro para diminuição da multirresistência.

Nas escolas, as infeções são uma das principais causas de absentéismo, com pouca higiene respiratória e das mãos, contribuindo para o aumento da disseminação. As campanhas de higiene escolar podem reduzir as taxas de infeção em crianças em idade escolar, funcionários e suas famílias; isso, por sua vez, pode reduzir o uso de antibióticos (DGS, 2010).

As resistências antimicrobianas estão na atualidade internacional, incluindo o tratamento de infeções bacterianas multirresistentes e a prevenção da disseminação de resistentes. O

Relatório Mundial de Saúde em 2007 destacou a questão da resistência aos antibióticos como uma das principais ameaças à saúde pública no século XXI (WHO, 2007).

A OMS estima que cerca de metade dos medicamentos são prescritos de forma inadequada e cerca de metade dos doentes não tomam os medicamentos adequadamente.

Sabe-se que a eficácia clínica dos antibióticos está intimamente dependente do seu uso correto. Isso depende dos doentes, médicos e farmacêuticos (Radyowijati e Haak, 2002). Os consumidores relataram dificuldade no que respeita ao conhecimento, atitudes, crenças e comportamentos, o que pode influenciar o uso correto de antibióticos (Martina Vallin, et al. 2016 e Pavydè, et al., 2015)

No Reino Unido, 30% dos adultos acreditam que os antibióticos podem ser usados com sucesso no tratamento de tosse e constipações (McNulty, Lecky, Farrell, Kostkova, Adriaenssens, Koprivová e Koncan, 2011). Um estudo realizado pelo Eurobarometer em 2010 revelou que 60% dos europeus não sabem que os antibióticos não são ineficazes contra vírus (Eurobarometer, 2015). O uso excessivo de antibióticos tem sido prescrito em infeções do trato respiratório superior, apesar de a maioria dessas infeções é causada por vírus (Gonzales, Steiner e Sande, 1998). Um estudo recente confirma que a expectativa de eficácia de antibióticos para sintomas comuns de resfriado é muito alta (74%) (Azevedo, Pinheiro, Yaphe e Baltazar, 2013). Esse resultado é comparável a um estudo realizado nos Estados Unidos da América, que relatou que 48% dos entrevistados solicitam antibióticos para sintomas de constipação (Vanden Eng, 2003)

A decisão clínica da prescrição pode ser influenciada por vários fatores, como o medo de perder a confiança do doente, a falta de informações corretas sobre as indicações para o uso de antibióticos e a pressão dos doentes e da família (WHO, 2000). (Ong, 2007) refere que as expectativas dos doentes podem influenciar a prescrição de antibioterapia e que os médicos os prescrevam e contexto de pressão por parte do doente. Outros estudos mostram que as mães geralmente influenciam as decisões médicas sobre a prescrição de antibióticos (Cebotarenco e Bush, 2008).

Nesse contexto, o estado português propõe-se desenvolver, um programa nacional de investigação em saúde, valorizando os eixos prioritários da saúde e da educação. Segundo Rodrigues, Pereira, e Barroso (2005) a educação para a saúde é um eixo prioritário de investigação em saúde, uma vez que já evidenciou a necessidade na prevenção da doença e promoção da saúde, com intervenção na saúde materna e saúde infantil. As intervenções de promoção da saúde nesta questão do conhecimento dos jovens sobre o uso correto dos antibióticos são cruciais. Os esforços para reduzir a resistência a antibióticos deverão incluir a educação dos consumidores para o uso apropriado deste medicamento. São vários os países que desenvolveram campanhas para modificar os erros públicos sobre a eficácia dos antibióticos, promover o uso adequado dos

antibióticos e travar o desenvolvimento da sua resistência (Andre, Vernby, Berg, e Lundborg, 2010).

Existe na Europa um esforço educacional direcionado aos jovens estudantes, o projeto e-Bug. Inclui 10 países europeus, dos quais Portugal, como associados. Este programa inclui materiais de ensino em sala de aula, jogos e um site desenvolvido para melhorar o conhecimento de doenças infecciosas e tratamento com antibióticos entre crianças em idade escolar (McNulty et al., 2011).

Em Portugal, há estudos realizados em escolas de diferentes níveis educacionais que demonstraram, à semelhança de outros países, a falta de conhecimento sobre antibióticos e seu uso correto. Azevedo et al. (2013), afirmam que pode ser atribuído à educação formal insuficiente sobre esse assunto.

1.1.2. Fixação dos objetivos

De acordo com (Imperatori e Giraldes, 1993:80) um objetivo é atingível quando “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”. Nesta etapa é importante que se definam objetivos claros e mensuráveis.

Objetivos Gerais:

- Melhorar a literacia em saúde dos pais, crianças e jovens no que respeita a: microrganismos, higiene das mãos, etiqueta respiratória, vacinação e o uso adequado dos antibióticos.
- Reforçar a qualificação dos enfermeiros do ACESCB na operacionalização dos recursos do projeto e-Bug da DGS.

Objetivos específicos:

- Elaborar ferramentas de apoio para pais, crianças e jovens, sobre vacinação, higiene das mãos, etiqueta respiratória e uso adequado de antibióticos;
- Disponibilizar aos profissionais de saúde do ACESCB um procedimento operativo de referência no âmbito das Precauções Básicas do Controlo de Infecção em CSP;
- Disponibilizar as ferramentas elaboradas aos profissionais do ACESCB como recurso de educação para a saúde;
- Reforçar a importância da qualificação do registo das vacinas na aplicação “VACINAS” pelos enfermeiros de família;
- Apresentar o projeto e-Bug da DGS aos enfermeiros do ACESCB;

- Qualificar os enfermeiros para a utilização das ferramentas do projeto e-Bug da DGS;
- Desenvolver uma sessão de educação para a saúde para crianças e jovens com o tema “Sem Resistência à gripe e às constipações”, no âmbito dos recursos do e-Bug;
- Desenvolver uma sessão de educação para a saúde no âmbito da prevenção de infeções nos recém-nascidos, numa aula de preparação para o parto, no Centro de Saúde da Covilhã.

1.1.3. Estratégias e calendarização

Delineados os objetivos pretende-se que seja definido o conjunto de técnicas específicas necessárias à concretização dos objetivos já estabelecidos na etapa anterior (Imperatori e Giraldes, 1993).

Neste contexto explicitamos as estratégias planeadas

- 1- Apresentação e divulgação do programa “Sem Resistência” aos profissionais de saúde do ACESCB, para uniformização de procedimentos.
- 2- Divulgação do projeto e-Bug como ferramenta de trabalho aos enfermeiros do ACESCB.
- 3- Desenvolvimento uma sessão de educação para a saúde “Resiste à gripe e às constipações” para crianças e jovens no âmbito dos recursos do e-Bug.
- 4- Apresentação e disponibilização aos profissionais de saúde de uma guia de apoio à consulta de saúde infantil sobre vacinação, higiene das mãos, etiqueta respiratória e uso adequado de antibióticos.
- 5- Elaboração e disponibilização aos profissionais de saúde do ACESCB de um procedimento operativo de referência no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infeção em CSP.
- 6- Disponibilização de folhetos das vacinas do PNV e extra PNV.
- 7- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da prevenção das infeções do recém-nascido para pais numa aula de preparação para o parto, no Centro de Saúde da Covilhã.

Quadro 2: Cronograma das atividades

Estratégias	Janeiro 2020	Fevereiro 2020
Estratégia 1	Dias 22 e 31	
Estratégia 2	Dias 22 e 31	
Estratégia 3		Dia 7
Estratégia 4	A partir do dia 22	
Estratégia 5	A partir do dia 22	
Estratégia 6	A partir do dia 22	
Estratégia 7		Dia 6

1.1.4. Impacto, gestão, recursos, avaliação e controlo

O impacto do programa é importante, pois com a sua elaboração, esperamos que possa melhorar diretamente o estado de saúde de uma população.

Assim, o **impacto** deste programa consiste em diretamente: aumento da taxa de cobertura vacinal nas crianças e jovens e aumento da qualificação dos profissionais de saúde do ACESCB sobre o projeto e-Bug.

Tendo em conta o referido, neste programa foram delineados os seguintes elementos no âmbito da **Gestão** do mesmo:

Entidade proponente: ACESCB;

Executores: Enfermeiros do ACESCB;

População-alvo: Pais, crianças e profissionais de saúde do ACESCB.

Para que as estratégias sejam implementadas de forma eficaz o enfermeiro deve certificar-se da necessidade e disponibilidade de recursos. Estes englobam recursos humanos, recursos materiais. No que se relaciona com os **Recursos** disponíveis e necessários para a execução do programa, consistem em:

Recursos humanos: Profissionais do ACESCB;

Recursos materiais: Folhetos; computadores com o programa informático SClínico; manuais e-Bug e guia de orientação da consulta de saúde infantil.

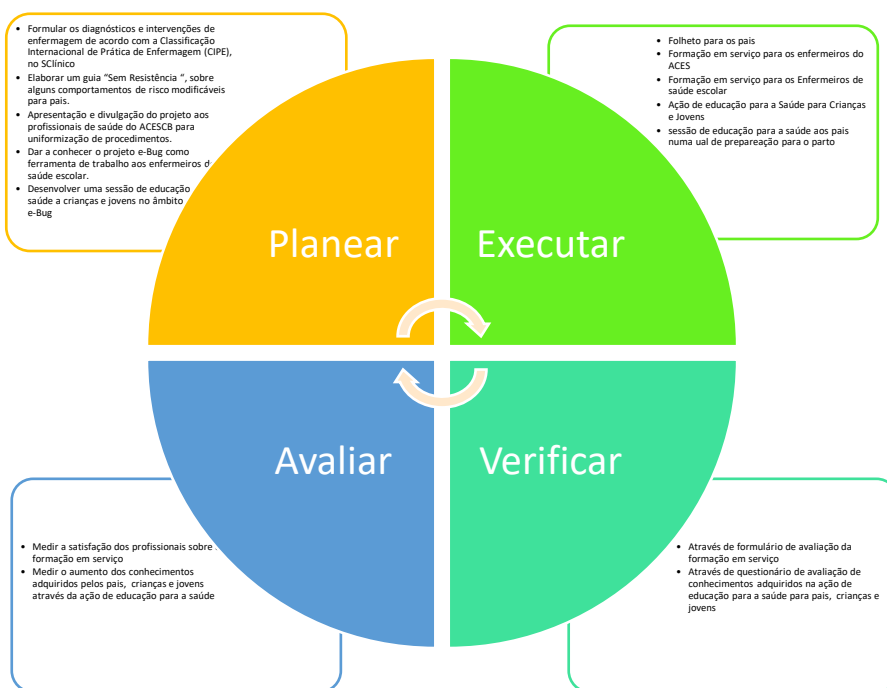
Já no que diz respeito ao **Orçamento** necessário à execução do programa, diz respeito a recursos e materiais consumíveis do ACESCB, sem necessidade de gastos adicionais.

A **avaliação** pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificá-la mais eficazmente. Para isto torna-se necessário determinar o valor das intervenções realizadas. Após conclusão das atividades, a equipa avaliará os resultados recolhendo dados sob a forma de indicadores, comparando-os com os dados obtidos antes das atividades terem sido implementadas. Na avaliação dos resultados deve-se verificar se os objetivos foram ou não atingidos, através da monitorização que foi feita pelos indicadores definidos OE (2013). Numa filosofia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é condição dar seguimento ao trabalho iniciado.

A estandardização do processo em registo escrito, implementação de um novo processo de trabalho integrando melhorias após vencidas as dificuldades do início do programa, bem como, treinar todos os membros da equipa para assegurar que todos os que fazem o trabalho o entendam e se comprometam com a melhoria continua da qualidade na persecução dos ganhos em saúde para uma Saúde Melhor.

A roda de Deming ou ciclo PDCA constitui um elemento que auxilia na avaliação.

Figura 1: Roda de Deming



Fonte própria

Planear:

- Apresentação e divulgação do programa “Sem Resistência” aos profissionais de saúde do ACESCB para uniformização de procedimentos;
- Disponibilizar guia para orientação de consulta de saúde infantil;
- Disponibilizar aos profissionais de saúde do ACESCB de um procedimento operativo de referência no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infecção em CSP;
- Disponibilizar os folhetos de vacinação;
- Dar a conhecer o projeto e-Bug como ferramenta de trabalho aos enfermeiros do ACESCB;
- Desenvolver uma sessão de educação para a saúde a crianças e jovens sobre o tema “Resiste à gripe e às constipações”;
- Realizar de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da prevenção das infeções do recém-nascido para pais numa aula de preparação para o parto, no CS da Covilhã.

Executar:

- Folheto para os pais/crianças;
- Guia de orientação para consultas de saúde infantil;
- Procedimento operativo de referência no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infecção em CSP;
- Formação em serviço para os enfermeiros do ACESCB do projeto e-Bug da DGS;
- Ação de educação para a saúde “Resiste à gripe e às constipações” para crianças e jovens no âmbito dos recursos do projeto e-Bug da DGS;
- Sessão de educação para a saúde para os pais, no âmbito da prevenção das infeções do recém-nascido numa aula de preparação para o parto, no CS da Covilhã.

Verificar:

- Através de formulário de avaliação da formação em serviço;
- Através de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos na ação de educação para a saúde para pais, crianças e jovens.

Avaliar:

- Medir a satisfação dos profissionais sobre a formação em serviço;
- Medir o aumento dos conhecimentos adquiridos pelos pais, crianças e jovens através da ação de educação para a saúde.

O Ciclo PDCA ou de Deming começa com o planeamento da ação e sua execução, criando a necessidade de verificar constantemente as ações implementadas. Com base nesta análise e comparação das ações com o que foi planeado, implementam-se medidas de correção das falhas que surgiram no processo ou produto.

O ciclo, é verdadeiramente um ciclo, e não tem um fim obrigatório definido. Com as ações corretivas no final do primeiro ciclo é possível iniciar um novo planeamento para a melhoria de determinado procedimento, reiniciando assim todo o processo.

Nunca devemos saltar o último passo, a celebração do sucesso, que deve incluir todos os que se envolveram, pois, o reconhecimento é a catapulta para a continuidade.

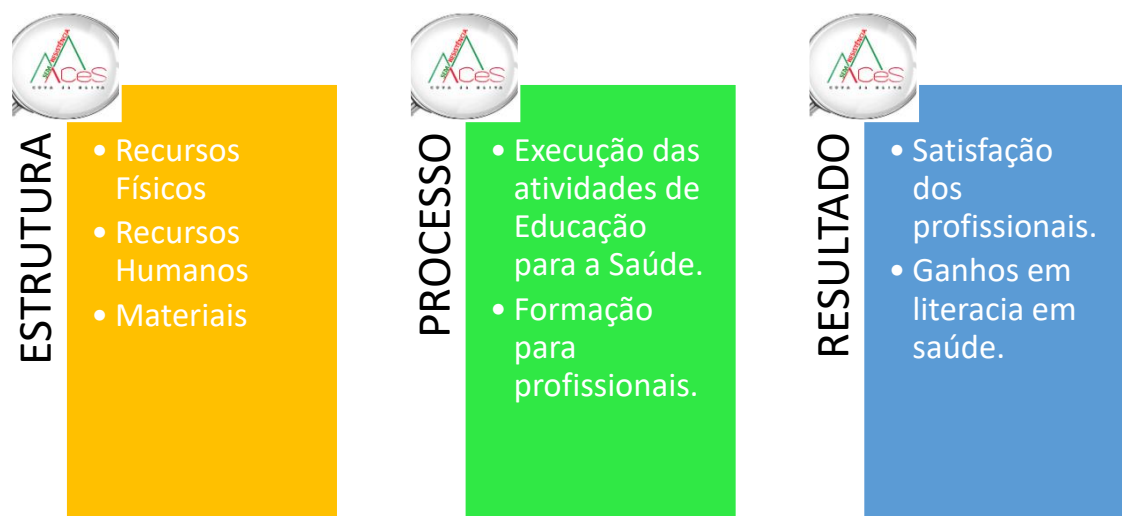
A **avaliação** de um programa de saúde é vital para a construção da capacidade/ literacia em saúde da comunidade. O comprometimento em contribuir para a capacidade da comunidade está baseado em princípios que estabelecem que a melhoria na área de saúde é conseguida através da participação total das comunidades na identificação dos problemas relacionados com a saúde e na criação de programas para os abordar; e nas parcerias entre entidades, tais como organizações baseadas nas comunidades, órgãos de saúde, ACESCB, Quero ser Mais E7G², universidades, Instituto Politécnico da Guarda-Escola Superior de Saúde, cada parceiro oferece contribuições para que as metas sejam atingidas, como a criação de comunidades saudáveis, melhorando a literacia em saúde de pais crianças e jovens.

O conceito que melhor espelha a qualidade no setor de saúde, vincula a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de cuidados e ainda satisfação dos utentes (Donabedian, 1993). A Qualidade também pode ser entendida como um processo dinâmico e permanente de identificação de falhas ou erros que procura a melhoria continua englobando o compromisso e educação/formação de todos os profissionais envolvidos no processo (*Join Comission International*, 2014).

Estes conceitos referidos, relacionam-se diretamente com os objetivos dos serviços de saúde que são: melhorar, recuperar e promover a saúde e satisfazer as expectativas da população atendida, considerando os custos envolvidos no processo (WHO, 2000 e Fortes, 2014). Um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação.

² O “Quero Ser Mais E7G” é um projeto com uma duração de 24 meses que tem como objetivo promover a inclusão social de crianças e jovens do Tortosendo através de metodologias interpares e de mentoria. É promovido pelo Agrupamento de Escolas Frei Heitor Pinto e gerido pela Coolabora e conta com a parceria da ACES - Unidade de Saúde do Tortosendo, da AEBB - Associação Empresarial da Beira Baixa, do Centro de Convívio e Apoio à Terceira Idade, da CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Covilhã, da Junta de Freguesia do Tortosendo, do Modatex - Centro de Formação da Indústria Têxtil, do Município da Covilhã e da Universidade da Beira Interior e é financiado pelo programa Escolhas.

Figura 2: Indicadores de Estrutura Processo e Resultado



Estrutura: foram utilizados os instrumentos:

- Folheto para os pais;
- Guia de orientação para consultas de saúde infantil;
- Tradução e adaptação da sessão de treino do e-Bug para profissionais em PPT;
- Planeamento da sessão da ação de educação para a saúde “Resiste às gripes e às constipações” para crianças e jovens com recurso um plano de aula e-Bug - 2.2 Higiene respiratória;
- Planeamento da sessão de educação para a saúde aos pais no âmbito da prevenção de infeções do recém-nascido, numa aula de preparação para o parto;
- Elaboração de um procedimento operativo de referência no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infeção em CSP;

Processo:

- Três ações de formação em serviço sobre o programa “Sem Resistência” para os enfermeiros do ACES, na UCSP Fundão, UCSP Covilhã e UCSP Belmonte;
- Ação de educação para a saúde para crianças e jovens na associação Quero Ser Mais E7G no Tortosendo;
- Sessão de educação para a saúde aos pais numa aula de preparação para o parto NO CS da Covilhã.

Resultados foram utilizados os documentos:

- Formulário de avaliação da satisfação de formação dos profissionais de saúde do ACESCB;
- Questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos na ação de educação para crianças e jovens, traduzido e adaptado do projeto e-Bug.

Resultados obtidos:

Na ação de formação sobre o programa “Sem Resistência” participaram trinta e sete profissionais (trinta e três enfermeiros e quatro médicos).

O formulário de avaliação da satisfação de formação dos profissionais de saúde é constituído por três pontos principais 1. Temáticas; 2. Métodos; 3. Organização. Estes classificados segundo uma escala tipo *likert* de 1 a 5, em 1 é muito mau e 5 muito bom.

Assim obtiveram-se os seguintes resultados:

Temáticas

Quadro 3: Avaliação de satisfação da ação de formação aos profissionais do ACESCB

	Muito Mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom
Inovação e pertinência do tema			13	28	47
Métodos			15	20	54
Organização	1	3	7	15	30

Da apreciação dos resultados considera-se que os profissionais se sentiram satisfeitos coma ação de formação e maioritariamente muito satisfeitos.

Na sessão de educação para a saúde participaram 27 crianças entre os seis e os catorze anos que frequentam a associação Quero Ser Mais E7G.

O questionário de avaliação para medição da literacia em saúde foi aplicado antes da sessão e após a sessão para um total de respostas certas obtiveram-se as seguintes respostas erradas.

Quadro 4: Resultados obtidos da melhoria da literacia em saúde, ação de educação para a saúde na Quero Ser Mais E7G

Antes da sessão	Depois da sessão
98	10

As respostas que obtiveram maior número de erros foram “espurrar para um lugar onde não há pessoas” e “guardar o lenço para uma próxima utilização tanto na manga como no bolso”.

Considera-se que as crianças obtiveram conhecimento sobre a forma segura na prevenção da disseminação das gripes e constipações.

Relativamente à sessão de educação para a saúde na aula de preparação para o parto, participaram 15 pessoas (14 mães e 1 pai), com idades compreendidas entre os 25 e 33 anos. A maioria com o 9º ano, 1 com bacharelato e 1 com licenciatura. Todas as grávidas iam ser mães pela primeira vez.

Considera-se que houve aumento da literacia no grupo, que se espera trazer ganhos em saúde pois a análise dos questionários antes e após a sessão revela melhoria das respostas, sendo que no final da apresentação todas as questões foram respondidas corretamente por todos os participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo considerado pela comunidade científica de forma irrefutável a vital importância da vacinação e a mais elevada taxa de vacinação possível, este programa vai ao encontro do desenvolvimento da literacia em saúde no âmbito da vacinação de forma a promover imunidade de grupo reduzindo a morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis. Desta forma o programa “Sem Resistência” pressupõe-se um impacto na redução da necessidade de recorrer a antibioterapia com terapêutica, vindo a refletir-se na diminuição da resistência a este recurso terapêutico. Ao mesmo tempo que se pretende melhorar os conhecimentos dos pais das crianças e dos jovens, não só desta problemática, como também a consciencialização do contributo individual na prevenção da disseminação de doenças, através de comportamentos de higiene das mãos e etiqueta respiratória.

As escolas têm elevadas taxas de transmissão de doenças infecciosas, e assim a operacionalização do projeto e-Bug na saúde escolar dá ferramentas essenciais para educar crianças e jovens sobre microrganismos, prevenção da infeção e utilização de antibióticos. Através da educação para a saúde podemos: reduzir a disseminação da infeção em crianças e jovens; diminuir as infeções e ainda reduzir o consumo de antibióticos, com implicações na diminuição da resistência aos antibióticos.

Neste sentido, com a elaboração do programa pretendeu-se dar um contributo, ao nível da comunidade local, aumentando a adesão à vacinação, obtendo-se ganhos em saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Deste modo, pode-se afirmar terem sido cumpridos integralmente os objetivos inicialmente proposto, elaborando um programa de IC em saúde e compreender o seu valor na *praxis* de enfermagem comunitária.

Foi ainda possível desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre a temática, utilizando fontes bibliográficas credíveis e de elevado valor científico.

Naturalmente que também surgiram algumas dificuldades na realização deste trabalho, nomeadamente na sua estruturação inicial ou mesmo no seu desenvolvimento.

Em relação ao programa elaborado espera-se que o mesmo possa ser implementado ACESCB. Em suma, pode concluir-se que este trabalho foi uma ótima oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, alertando os enfermeiros de saúde comunitária para o PS.

Espera-se que o conhecimento que adquirido ajude no futuro a desenvolver outros programas no âmbito comunitário, contribuindo para ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde (2013). *Manual de controlo da infeção*. Algarve: ARS.
- Administração Regional de Saúde do Centro (2018). *Programa Nacional de Vacinação - Avaliação 2018 ARS Centro, IP*. Acedido em janeiro, 18, 2020, em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/informa%C3%A7%C3%B5es/2019/Boletim%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20PNV%202018%20-%20ARSC.pdf>
- Andre, M., Vernby, A., Berg, J. e Lundborg, C. S. (2010). *A survey of public knowledge and awareness related to antibiotic use and resistance in Sweden*. *J. Antimicrob.*, 65, pp. 1292-1296. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20360063>
- Associação Nacional de Controlo de Infeção (2015). *Higiene das Mãos*. Acedido em dezembro, 17, 2019, em: <http://www.anci.pt/higiene-das-m%C3%A3os>
- Azevedo, M., Pinheiro, C., Yaphe, J. e Baltazar, F. (2013). *Assessing the Impact of a School Intervention to Promote Students Knowledge and Practices on Correct Antibiotic Use*. *J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10(7), 2920-2931. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/10/7/2920/htm#B11-ijerph-10-02920>
- Cebotarenco, N. e Bush, P. (2008). *Reducing antibiotics for colds and flu: A student taught program*. *Health Educ.*, pp. 146-157. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17363360>
- Center Disease Control- CDC (2019). *Multidrug resistance*. Acedido em dezembro, 23, 2019 em: <https://search.cdc.gov/search/index.html?query=multidrug+resistence&sitelimit=&utf8=%E2%9C%93&affiliate=cdc-main>
- Comissão Europeia (2019a). *Vacinação*. Acedido em dezembro, 2, 2019, em: https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_pt
- Comissão Europeia (2019b). *Vacinação*. Acedido em dezembro, 2, 2019, em: https://ec.europa.eu/health/vaccination/childhood_immunisation_pt
- Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira – DSS CB (2019). *Diagnóstico de Situação de Saúde da Cova da Beira*. Trabalho realizado no Estágio I, Escola Superior de Saúde da Guarda.
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2006). *Circular Informativa Nº 36 Etiqueta Respiratória*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em dezembro, 13, 2019, em: <https://www.dgs.pt/www.dgs.pt/circular-informativa-n-36dirg-de-18082006>

- Direção-Geral da Saúde - DGS (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde – DGS (2010). *Relatório da Pandemia da Gripe em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2015). *Norma nº015/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em dezembro, 14, 2019, em: <https://www.dgs.pt › directrizes-da-dgs › norma-n-0152015-de-12082015>
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde- DGS (2017). *Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. Departamento da Qualidade na Saúde. Acedido em dezembro, 17, 2019 em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0&codigono=001100150046A>
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2018) – *Direção-Geral de Saúde*. Acedido em dezembro, 02, 2019, em: <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>
- Donabedian, A. (1993). *Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención*. (94-97 ed., Vol. 35). Morelos, Mexico: Salud Pública de México.
- e-Bug (2019). *Prevention of infection: vaccinations*. Acedido em novembro, 29, 2019, em: https://ebug.eu/lang_eng/primary_pack/downloads/v/Vaccination%20Coplete%20Pack.pdf
- Esteves, I. e Anastácio, Z. (s.d.). *Promoção da Saúde entre Crianças de Jardim-de Infância*. Instituto de Educação – Universidade do Minho, Braga, Portugal
- Eurobarometer (2010). *Europeans, Science and Technology*. 401. Acedido em novembro, 29, 2019, em: https://data.europa.eu/euodp/pt/data/dataset/S1096_79_2_401
- Ferreira, W. F. C., Sousa, J. C. F. e Lima, N. (2010). *Microbiologia*. Lisboa: Lidel.
- Fortes LS, K. I. (2014). Eating behaviours in youths: A comparison between female and male athletes and non-athletes. *Journal of Medician and Sports*, 62-68.
- Global Handwashing Partnership (2015). *Homepage*. Acedido em dezembro, 16, 2019 em: <http://globalhandwashing.org/>
- Gonzales, R., Steiner, J. e Sande, M. (1998). Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. *JAMA*, 278. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9516004>
- González, F. (2009). Educación para la Salud de 0 a 6 años. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 1 (5). Acedido em dezembro, 10, 2019 em: <http://www.eumed.net/rev/ced/05/fbg.htm>

- Governo dos Açores (2009). *Prevenir é proteger*. Secretaria Regional da Saúde. Acedido em dezembro, 14, 2019, em: <https://www.acorianooriental.pt/noticia/plano-de-contingencia-para-a-familia>
- Heritage, J., Evans, G. e Killington, D. (2012). *Microbiologia em Acção*. Lisboa: Replicação.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- JCI. (2014). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* (5ª ed.). Illinois, EUA.
- Kirzner, S. (2019). *Artigos Especiais*. Rio de Janeiro. REVA Acad. Rev. Cient. da Saúde. Acedido em dezembro, 13, 2019, em: [file:///C:/Users/HP/Documents/SAÚDE%20COMUNITÁRIA Estágio%20II/etiqueta%20res.--lagaem%20mãos.pdf](file:///C:/Users/HP/Documents/SAÚDE%20COMUNITÁRIA%20Estágio%20II/etiqueta%20res.--lagaem%20mãos.pdf)
- Lima, N. e Nicolau, A. (2012). *Microbiologia Ambiental*. Lisboa: Lidel.
- Martina Vallin, M. P. K. (2016). Knowledge and Attitudes towards Antibiotic Use and Resistance - A Latent Class Analysis of a Swedish Population-Based Sample. *PLoS One*, 4, 727-739. Acedido em 30, novembro, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838333/>
- McNulty, C., Lecky, D., Farrell, D., Kostkova, P., Adriaenssens, N., Koprivová, H. e Koncan, R. (2011). Overview of e-Bug: an antibiotic and hygiene educational resource for schools. *J. Antimicrob. Chemother*, 3, 3-12. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21680584>
- Militão, M. (2011). *Higienização de utensílios alimentares em estabelecimentos de ensino pré-escolar: um estudo em duas instituições de ensino*. Dissertação de Mestrado em Ambiente, higiene e segurança em meio escolar. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Instituto Politécnico do Porto. Acedido em dezembro, 19, 2019, em: <https://www.google.com/search?q=higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os+crian%C3%A7asmilit%C3%A3o%2C+mirian+2011&oq=higieniza%C3%A7%C3%A3o&aqs=chrome.69i59l3j69i57j35i39j0l2j69i59.7671j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Ministério da Educação (2009). *Terceira Convenção Europeia de Escolas Promotoras de Saúde – Declaração de Vilnius*. Lituânia.

- Ong, N. J. (2007). Antibiotic use for emergency department patients with upper respiratory infections: prescribing practices, patient expectations, and patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 213-220. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467120>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *A vacinação “Vacinar ... uma responsabilidade de todos e para todos.* Acedido em janeiro, 18, 2020, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11788/28-abr-2019.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Os Enfermeiros e o Planeamento em Saúde. O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário.* Secção Regional. Região Autónoma dos Açores. Acedido em novembro, 29, 2019, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dia Mundial da Imunização (Vacinação) - Texto da CEEC.* Acedido em novembro, 28, 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-mundial-da-imuniza%C3%A7%C3%A3o-vacina%C3%A7%C3%A3o-texto-da-ceec/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 428/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.* Acedido em 15, dezembro, 2019 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2019) *Surveillance of antimicrobial resistance.* Acedido em novembro, 29, 2019, em: <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/surveillance/en/>
- Pavydė, E., Veikutis, V., Mačiulienė, A., Mačiulis, V., Petrikonis, K. e Stankevičius, E. (2015). Public Knowledge, Beliefs and Behavior on Antibiotic Use and Self-Medication in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*, 12(6), 7002-7016. Acedido em novembro, 30, 2019, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483745/>
- Postgate, J. (2002). *Os Micróbios e o Homem.* Lisboa: Editora Replicação.
- Postgate, J. e Hohmann, M. (2011). *Educação de Bebés em Infantários: Cuidados e Primeiras aprendizagens.* (4.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Programa Operacional de Competitividade e Internacionalização - COMPETE 2020 (2018). *Boletim de Vacinas Eletrónico: uma das medidas do Simplex +.* Acedido em dezembro, 8, 2019, em: <https://www.compete2020.gov.pt/noticias/detalhe/Proj7662-BoletimVacinasEletronico-SAMA-NL161-28062018>

- Queirós, P. S., Costa, D. M., Souza, A. C. S., Chaveiro, L. G., Silva, A. L. A. C., Silva, D. A. Silva, C. D. A. e Calpiñeiro, N. E. N. (2010). Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família. *Revista de salud pública*, 16(1), 15-23.
- Radyowijati, A. e Haak, H. (2002). Determinants of Antimicrobial Use in the Developing World. *Child Health Special Repor; tUSAID Bureau of Global Health: Washington, DC, USA*, 4.
- Rodrigues, M., Pereira, A., e Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde, Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde- SNS (2017a). *Eboletim de vacinas*. Acedido em dezembro, 8, 2019, em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/04/eboletim-de-vacinas/>
- Serviço Nacional de Saúde - SNS (2017b). *Inquérito serológico nacional*. Acedido em janeiro, 20, 2020, em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/31/inquerito-serologico-nacional-6/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS (2017). *Vacinas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. e Chiarello, L. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. Acedido em novembro, 30, 2019, em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/authors.html>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Vanden Eng, M. R. (2003). Consumer attitudes and use of antibiotics. *Emergenci Infectious Diseases*, 1128-1135.
- World Health Organization – WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Acedido em dezembro, 16, 2019 em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization – WHO (2000). *Healt Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *The world health report 2007- A safe future: global public health security in the 21st century*. Genebra. Acedido em novembro, 29, 2019 em: <https://www.who.int/whr/2007/en/>
- World Health Organization – WHO (2019a). *Imunization. Genebra*, Acedido em novembro, 28, 2019, em: <https://www.who.int/topics/immunization/en/>
- World Health Organization - WHO (2019b). *Global Vaccine Action Plan 2011-2020*. Genebra. Acedido em novembro, 28, 2019, em: https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/

ANEXOS

ANEXO A – Esquema Vacinal Recomendado (DGS, 2016)

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC 1							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ¹								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ²									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ³								Td	Td	Td	Td	Td

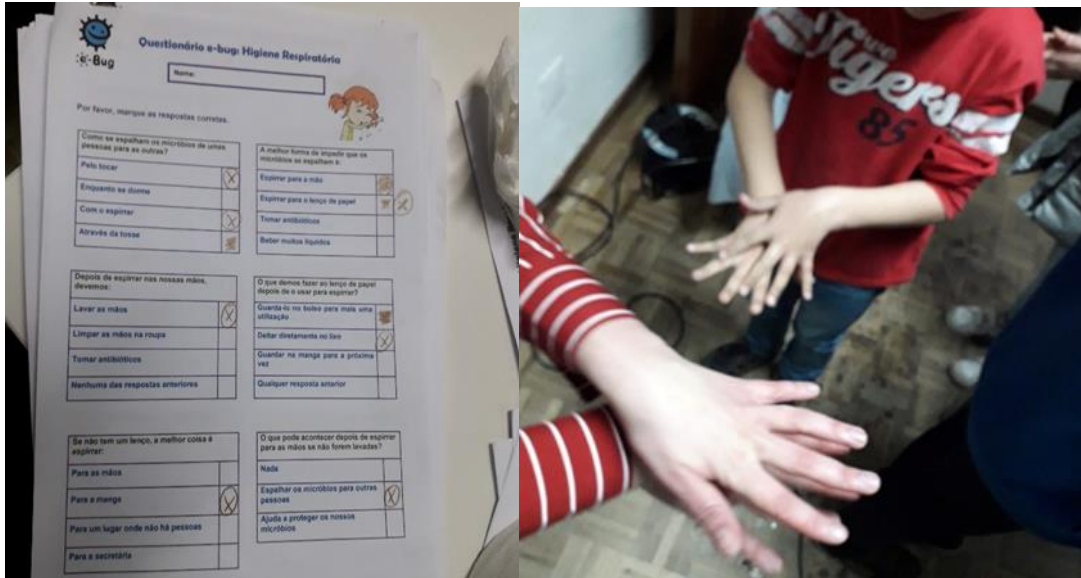
¹ Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses.

² Aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez.


³ De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥ 10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

APÊNDICES

APÊNDICE A – Apresentação da sessão de educação sobre “Resistência à gripe e às constipações



APÊNDICE B – Procedimento Operativo sobre as Precauções Básicas do Controlo da Infecção em CSP

	Procedimento Operativo	
	Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) em Cuidados de Saúde Primários	

1. Objetivos

- Uniformizar procedimentos;
- Identificar os critérios das PBCI associadas aos cuidados de saúde.
- Prevenir as infeções no ACES Cova da Beira através da aplicação de barreiras físicas a diferentes níveis, de forma a limitar ou mesmo suprimir, a cadeia de transmissão de microrganismos.

2. Critérios de Aplicação dos Procedimentos

2.1. Na admissão à unidade de saúde (US), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção.

2.2. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

2.3 A todos os profissionais de saúde do ACES Cova da Beira que prestam cuidados de saúde.

3. Definições

Precauções Básicas: são um conjunto de boas práticas indicadas para todos os utentes do ACES Cova da Beira, independentemente do seu diagnóstico. Estas precauções dizem respeito ao sangue, secreções e a todos os fluidos corporais, à pele intacta e às membranas mucosas.

4. Responsabilidades

Todos os profissionais do ACES Cova da Beira.

5. Procedimento

As PBCI são divididas em categorias de intervenção distintas:

1. **Higiene das mãos**
2. **Etiqueta Respiratória**

3. **Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)**
4. **Descontaminação do Equipamento Clínico**
5. **Controlo Ambiental**
6. **Recolha segura de resíduos**
7. **Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis**
8. **Exposição a agentes microbianos no local de trabalho**

1. Higiene das mãos

A higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz para prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre utentes e profissionais, durante a prestação de cuidados.

A higienização das mãos deve-se fazer tendo em conta os **5 momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde/Direção-Geral de Saúde.**

1. Antes do contacto com o utente

As mãos devem ser higienizadas imediatamente antes do contacto com o utente para o proteger dos microrganismos que transportamos nas mãos. Como exemplo: dar um aperto de mão, auscultar, entre outros.

2. Antes de procedimentos assépticos

As mãos devem ser higienizadas antes de um procedimento asséptico, para proteger o utente de microrganismos prejudiciais, incluindo os do seu próprio corpo. Como exemplos: realização de pensos, injeções, entre outros.

3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

As mãos devem ser higienizadas imediatamente depois de qualquer exposição a fluidos corporais depois de retirar as luvas para sua proteção. Como exemplos: realização de pensos; contacto com sangue, urina ou secreções.

4. Após contacto com o utente

As mãos devem ser higienizadas depois de tocar no utente ou em qualquer objeto que se encontre em contacto com o utente, antes de sair do local para proteger-se a si e o ambiente de trabalho. Como exemplos: aperto de mão, avaliação de tensão arterial.

5. Após contacto com o ambiente envolvente do utente. As mãos devem ser higienizadas depois de tocar em qualquer objeto que se encontre em contacto com o utente. Como exemplos: maca após realização de penso, cadeira de rodas.



Técnicas de higienização das mãos:

Fricção Anti-séptica das mãos

 Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a 1b

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



2

Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 4

Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa

As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5

Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6 7

Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa

Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8

Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.



WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

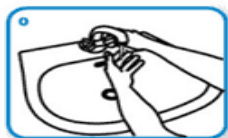
Ministério da Saúde

Fricção assética das mãos – deve-se higienizar as mãos, friccionando-as com solução antissética de base alcoólica. Para reduzir o crescimento de microrganismos nas mãos deve efetuar a fricção antissética de acordo com os passos indicados no cartaz, durante 20-30 segundos.

Lavagem das mãos – deve-se lavar as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas. Nas outras situações use solução antissética de base alcoólica. efetuada de acordo com os passos indicados no cartaz, durante pelo menos 40-60 segundos para reduzir o crescimento de microrganismos nas mãos, a lavagem deve ser durante um minuto.

Lavagem das mãos

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



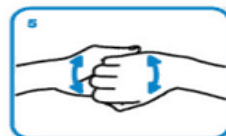
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



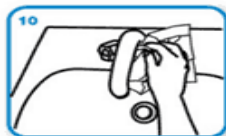
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

- a) as unhas devem manter-se curtas e limpas, sem extensões e sem verniz;
- b) os adornos nas mãos e pulsos devem ser removidos durante a prestação de cuidados
- c) a higiene das mãos deve ser feita sem adornos (incluindo a aliança);
- d) os cortes e abrasões devem ser cobertos com penso impermeável;
- e) aplicar creme hidratante regularmente.

2. Etiqueta Respiratória

A Etiqueta Respiratória é composta por um conjunto de medidas individuais a cumprir pelos utentes, visitantes, profissionais de saúde e comunidade e geral, destinadas a conter secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas.

Procedimento:

- a). Cobrir a boca e o nariz ao espirrar e tossir, utilizando um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos;
- b). Em alternativa espirrar ou tossir para o braço evitando a dispersão de partículas, e a consequente contaminação das mãos;
- c). Higienizar as mãos após o contacto com as secreções respiratórias;
- d). Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca e nariz.

Os profissionais de saúde devem promover a aplicação de medidas de etiqueta respiratória junto de todos os utentes e pessoas que entrem na unidade de saúde fornecendo:

- Toalhetes e recipientes para os conter;
- Solução antisséptica de base alcoólica;
- Acesso ao lavatório;
- Máscaras cirúrgicas aos indivíduos sintomáticos na sala de espera.

3. Utilização de EPIs

Os EPIs são barreiras protetoras da transmissão de agentes infecciosos. Como tipos de EPIs temos: luvas, aventais impermeáveis, batas, máscaras, proteções oculares e calçado.

Cuidados com as Luvas:

1. Adequadas ao utilizador e ao procedimento invasivo a que se destinam;
2. Usadas quando haja risco de exposição a sangue, outros fluídos orgânicos, secreções e excreções;
3. Contacto com artigos/superfícies sujas com material biológico;
4. Removidas imediatamente após o uso em cada utente e/ou procedimento;
5. Substituídas, se há perfuração ou rotura;
6. Higienizar as mãos antes e depois de usar luvas;
7. Não é necessário utilizar dois pares de luvas;
8. Não usar as mesmas luvas de utente para utente e também em diferentes procedimentos no mesmo utente;
9. Cobrir cortes ou outros ferimentos da pele com adesivos impermeáveis antes de colocara as luvas.

Recomendações para seleção de luvas:

- Procedimento invasivo/assético- luva estéril;
- Outros procedimentos invasivos como cateterização de uma veia, realização de pensos, recolha de urina – luva não estéril;

- Prevenção de contaminação com material potencialmente infetante (sangue, urina fezes, expetoração) - luva não estéril.

- Uso de detergente e água: luvas de borracha tipo *ménage*, ou nitrilo não estéreis.

Não é necessária utilização de luvas quando se usa a técnica “*no touch*”, durante a realização de um tratamento a uma ferida.

Os **aventais de impermeáveis** (de plástico) devem ser usados quando existo o risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções, com exceção da sudorese.

A **máscara facial e proteção ocular** devem ser usados quando existe risco de salpicos de sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções para a face e olhos. A máscara deve cobrir nariz e boca e promove a proteção das membranas mucosas do nariz e boca. Devem ser mudadas quando estão molhadas ou sujas.

O **calçado** deve ser antiderrapante e deve apoiar e cobrir todo o pé para evitar risco de contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos e, evitar a lesão com material corto perfurante.

4. Descontaminação do Equipamento Clínico

O equipamento clínico utilizado nos utentes pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos. De uma forma direta, esta contaminação pode contribuir para a transmissão cruzada, através das mãos dos profissionais que os podem transportar entre utentes, durante os procedimentos. Este equipamento também pode constituir fonte de infeção se inadequadamente descontaminado. O álcool é uma solução eficiente e rápida para friccionar os equipamentos entre doentes.

5. Controlo Ambiental

Os gestores dos serviços asseguram que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que incluiu a limpeza e manutenção ambiental.

Os profissionais devem ter conhecimentos dos horários da limpeza, e conhecer as responsabilidades específicas no processo.

Os derrames de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, pelo que deve ser removido logo que possível e de forma segura.

O ambiente de prestação de cuidados deve:

- estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza;

- encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação;
- ser limpo de acordos com as especificações dos cuidados de saúde.

6. Recolha segura de resíduos

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção e separados de acordo com os grupos a que pertencem, como se pode ver no seguinte quadro:

Classificação dos Resíduos	GRUPO I Resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais no seu tratamento)
Origem	Serviços gerais: -Gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários e outros; -Resíduos provenientes de serviços de apoio: oficinas, jardins, armazéns e outros; -Resíduos provenientes da hotelaria: resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes incluídos no Grupo III.
Tipo de resíduos	Embalagens e invólucros comuns: - Papel ¹ ; - Cartão ¹ ; - Mangas mistas ^{1,2} ; Outros de idêntica natureza; - Vidro ² ; - Plástico ³ ; - Películas de RX inutilizadas (isentas de contacto com o doente); - Pilhas – encaminhar ao SIE; - Baterias – encaminhar ao SIE; - Metais ferrosos/não, ferrosos – encaminhar ao SIE; - Resíduos “verdes”; - Resíduos orgânicos; -Saco plástico de transporte ³ .
Acondicionamento	Recolha: • Na fonte de produção diariamente. Recipiente primário: • Saco preto identificado com a designação do serviço. Modo: • Preenchido no máximo até 2/3 da capacidade • Fechado com cinta de segurança.

	<ul style="list-style-type: none"> • Separação dos materiais e colocação nos ecopontos: <ul style="list-style-type: none"> - Pilhas/baterias -Troca no armazém de consumo para posterior de posição no pilhómetro e encaminhamento ao SIE; - Papel e cartão: no contentor de cartão; - Vidro: num contentor no serviço para posterior colocação no vidrão; - Películas de RX: contentor no serviço de imagiologia; - Plásticos, materiais ferrosos e não ferrosos: num contentor das embalagens nos serviços.
Armazenamento	- Depósito em contentores da Câmara Municipal.
Tratamento/Destino final	- Aterro Sanitário; - Reciclagem/Reutilização.

Classificação dos Resíduos	<p>GRUPO II</p> <p>Resíduos hospitalares não perigosos não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos.</p>
Origem	Serviços gerais e de apoio responsáveis por cuidados de saúde;
Tipo de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue. - Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue - Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos; - Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos incluídos nos Grupos III e IV^{1,3}; - Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do Grupo IV^{2,3}.
Acondicionamento	<p>Recolha:</p> <p>Na fonte de produção diariamente</p> <p>Recipiente primário:</p> <p>Saco preto identificado com a designação do serviço</p> <p>Modo:</p> <p>Preenchido no máximo até 2/3 da capacidade</p>

	<p>Fechado com cinta de segurança</p> <p>Colocados na sala recolha de resíduos</p>
Armazenamento	- Depósito em contentores da Câmara Municipal
Tratamento/Destino final	- Aterro Sanitário

Classificação dos Resíduos	<p>GRUPO III</p> <p>Resíduos hospitalares de risco biológico:</p> <p>– Resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano.</p>
Origem	Todos os resíduos provenientes de tratamento de doentes.
Tipo de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> - Todo o material utilizado em diálise; - Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV; - Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas; - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes; - Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue; - Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros); - Saco de plástico de recolha dos dispositivos médicos.
Acondicionamento	<p>Recolha:</p> <p>Na fonte de produção</p> <p>Recipiente primário:</p> <p>Saco branco</p> <p>Modo:</p>

	<p>Preenchido no máximo até 2/3 da capacidade</p> <p>Fechado com cinta de segurança</p> <p>Recipiente:</p> <p>Os sacos devidamente selados serão posteriormente colocados no local de recolha de resíduos.</p>
Armazenamento	Local de armazenamento temporário de resíduos hospitalares definido
Tratamento/Destino final	<ul style="list-style-type: none"> - Autoclavagem; - Posterior deposição em aterro sanitário.

Classificação dos Resíduos	<p>GRUPO IV</p> <p>Resíduos hospitalares específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resíduos de vários tipos de incineração obrigatória
Origem	<p>Medicamentos descartados;</p> <p>Quimioterapia;</p> <p>Administração de injetáveis</p>
Tipo de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo; - Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; - Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.
Acondicionamento	<p>Recolha:</p> <p>Na fonte de produção diariamente.</p> <p>Recipiente primário:</p> <p>Saco vermelho</p> <p>Contentor de uso único, inviolável para acondicionamento do material cortante e/ou perfurante de cor amarela.</p> <p>Modo:</p>

Armazenamento	Preenchido no máximo até 2/3 da capacidade Fechado com cinta de segurança; Recipiente: Os sacos devidamente selados serão posteriormente colocados na sala de sacos.
	Local de armazenamento temporário de resíduos hospitalares definido
Tratamento/Destino final	- Incineração ATENÇÃO resíduos citotostáticos carecem de identificação especial, pois devem ser incinerados a mais de 1200°C

Os resíduos depois de acondicionados no saco e/ou contentor não devem ser manipulados.

Os sacos de recolha de resíduos, como os contentores de corto perfurantes, não devem estar cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu fecho seguro.

Os contentores reutilizáveis onde se encontram os sacos para recolha dos resíduos devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a abertura sem uso das mãos.

7. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na preparação e administração de injetáveis deve-se:

1. Utilizar técnica assética para evitar contaminação do material de injeção estéril;
2. Não administrar medicamentos a múltiplos a utentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha tenha sido mudada;
3. Usar sempre que possíveis embalagens de dose única para medicamentos injetáveis;
4. Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha como a seringa usada para aceder à embalagem, devem ser estéreis.

Cuidados com o material corto perfurante:

- Não proceder ao reencapsulamento das agulhas usadas;
- Nunca usar qualquer técnica que envolva o apontar da agulha na direção de qualquer parte do corpo;
- Não retirar com a mão as agulhas das seringas;
- Colocar as agulhas, lâminas de bisturi e outros objetos cortantes em contentores rígidos apropriados, colocados o mais próximo possível dos locais onde se trabalha.

8. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluídos orgânicos é um dos riscos mais importantes q que os profissionais de saúde estão sujeitos.

Considera-se exposição significativa:

- a) traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- b) exposição a feridas ou outras lesões da pele;
- c) exposição de mucosas (incluindo ocular) a salpicos de sangue ou outros fluídos orgânicos de risco.

9. Bibliografia

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*.
Ministério da Saúde: Lisboa

APÊNDICE C – PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DA INFEÇÃO A EMERGÊNCIA NA COMUNIDADE

A doença por coronavírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto o SARSCoV-2.

A maioria das pessoas infetadas com o vírus COVID-19 apresentam doença respiratória leve a moderada e recuperam sem a necessidade de tratamento especial. Os idosos e os doentes com comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crónicas e cancro, têm maior probabilidade de desenvolver doenças graves (W.H.O, 2020).

A melhor forma de prevenir e retardar a transmissão é estar bem informado sobre o vírus COVID-19, a doença que causa e como se dissemina. (W.H.O, 2020)

O vírus COVID-19 se dissemina principalmente por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infetada tosse ou espirra, portanto, é importante que se pratique a etiqueta respiratória (por exemplo, tossir com o cotovelo flexionado). (DGS, 2020)

As pessoas são consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19):

Com quadro clínico sugestivo de infeção respiratória aguda com pelo menos um dos seguintes sintomas; Tosse de novo, ou agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias, ou; Febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível, ou; Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito. (DGS, 2020)

Os profissionais de saúde são fundamentais para a resposta à pandemia COVID-19, equilibrando as necessidades de prestação de serviços adicionais, preservando o acesso a serviços essenciais de saúde. Estes profissionais enfrentam maiores riscos de infeção na tentativa de proteger a comunidade em geral e estão expostos a perigos como sofrimento psicológico, fadiga e estigma. (ECDC, 2020)

Precauções básicas de controlo de infeção. As PBCI são o alicerce das boas práticas clínicas que têm com objetivo a prevenção da transmissão cruzada de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso. Destinam-se a garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e de todos os que entram em contato com os serviços de saúde (Fernandes, Silvia, Cruz, & Paiva, 2015). Importa também referir a questão da formação e o treino dos profissionais de saúde que se constituem como pré-requisitos para que as normas das precauções básicas e alargadas sejam compreendidas e aplicadas de forma correta, tornando-se a sua adesão uma responsabilidade individual. As PBCI são compostas por dez itens:

1. Colocação dos doentes
2. Higiene das mãos

3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de Equipamentos de Proteção Individual
5. Descontaminação do equipamento clínico
6. Controlo ambiental
7. Manuseamento seguro de roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

A abordagem e implementação seguem o modelo de melhoria continua da qualidade preconizada por Deming.

Componentes para a implementação das PBCI/PBVT



Fonte: Própria

As PBCI são uma ferramenta da Segurança do Doente, Profissionais e Doentes/utentes que no momento atual se constituem como a pedra basilar da segurança.

Desta forma, ajustar esta temática à nova realidade foi um desafio na corrida contra o tempo.

Em 28 de maio de 2020, por solicitação da coordenação do curso de Mestrado em Enfermagem, no contexto da nova pandemia, desenvolveu-se uma palestra “Precauções Básicas em Controlo da Infecção a emergência da continuidade”, para docentes e alunos da escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Nesta palestra foram abordadas as suas 10

componentes com enfoque principal no novo coronavírus formas de transmissão e proteção individual. Com a apresentação de dois vídeos sobre a técnica de vestir e despir os equipamentos de forma segura.

Foi uma experiência muito gratificante, pela oportunidade de partilhar uma experiência pessoal e a pertinência, não só do assunto, como também poder contribuir para melhorar o conhecimento numa fase complexa que estávamos a vivenciar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- ECDC. (2020). *Resumo da Ciência, Variantes- Variantes emergentes de SARS-CoV2*. Obtido em 9 de jan de 2020, de D.D.C .gov:
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/scientific-brief-emerging-variants.html>
- DGS (31 de 10 de 2013). *Norma n.º029/2012 Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)* . Obtido de [gs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx](https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx)
- DGS (23 de 03 de 2020). *COVID-19*. Obtido de DGS
- Fernandes, P., Silvia, M., Cruz, A., & Paiva, J. (03 de 2015). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números -2015*. Obtido de www.dgs.pt:
[file:///C:/Documents%20and%20Settings/cs/Os%20meus%20documentos/Downloads/i022238%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/cs/Os%20meus%20documentos/Downloads/i022238%20(4).pdf)
- W.H.O. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Obtido de W.H.O.

APÊNDICE B - ESTUDO DA FAMÍLIA “C”



**Escola Superior De Saúde
Instituto Politécnico Da Guarda**

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 3º Semestre, Ano Letivo 2019/2020

Construindo uma nova realidade em tempo de pandemia COVID-19



Construindo uma nova realidade em tempo de pandemia COVID-19

**Estudo de uma família – Aplicação do Modelo Dinâmico de Intervenção
Familiar**

Paula Brito

Guarda
2020



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
3º Semestre
Ano Letivo 2019/2020



**Construindo uma nova realidade em tempo de
pandemia COVID-19**

Construindo uma nova realidade em tempo de pandemia COVID-19

**Estudo de uma família – Aplicação do Modelo Dinâmico de Intervenção
Familiar**

Trabalho realizado no âmbito da
Unidade Curricular – Estágio II

Paula Cristina Perira de Brito Fernandes,
N.º 1702468

Orientado por:
Professora Hermínia Barbosa
Enfermeira Especialista Célia Bonifácio

Guarda,
2020

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DR - Diário da República

ICN - International Council of Nurses

ICNP/CIPE - International Classification For Nursing Practice/ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PC - Prestador de Cuidados

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCLINICO - Sistema Clínico

SINU S- Sistema de Informação para Unidades de Saúde.

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

Uma ocasião, o
meu pai pintou a casa toda
de alaranjado brilhante.
Por muito tempo moramos numa casa,
como ele mesmo dizia,
constantemente amanhecendo.
Adélia Prado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	131
1. A FAMÍLIA E O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	139
1.1. ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO SISTEMA FAMILIAR.....	139
1.2. CICLO VITAL DA FAMÍLIA	141
2. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	147
3. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	145
3.1. AVALIAÇÃO FAMILIAR.....	149
3.1.1. Dimensão Estrutural	150
3.1.2. Dimensão Desenvolvimento	152
3.1.3. Dimensão Funcional	154
PARTE II – ESTUDO DE UMA FAMÍLIA, SEGUNDO A APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	159
1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA “C.”	159
1.1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA “C.” SEGUNDO MDAIF.....	159
1.1.1. Avaliação Estrutural	159
1.1.2. Avaliação de Desenvolvimento	164
2. PROCESSO FAMILIAR	173
3. DOS DIAGNÓSTICOS À IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	175
CONCLUSÃO	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
ANEXOS	181
ANEXO I - Notação Social da Família (Graffar Adaptado)	183
ANEXO II – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.....	187
ANEXO III – Escala de FACES II	191
ANEXO IV – Escala de Apgar Familiar de Smilkstein	197
APÊNDICES	201
APÊNDICE A – Planos de contato à família	203
APÊNDICE B – Planos de sessões de educação	221

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sistema Familiar e Subsistemas	140
Figura 2: Evolução do tipo de família - Portugal, 1960-2011 (%).....	143
Figura 3: Taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade	149
Figura 4: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	150
Figura 5: Genograma da família “C”	161
Figura 6: Ecomapa da família” C”	163

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado de Higiene.....	168
Quadro 2: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário.....	169
Quadro 3: Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer	169
Quadro 4: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber.....	169
Quadro 5: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado ir ao sanitário	169
Quadro 6: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono- repouso.....	170
Quadro 7: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autocuidado recreativa	170
Quadro 8: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado atividade física.....	170
Quadro 9: Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico.....	170
Quadro 10: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado vigilância	171
Quadro 11: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autoadministração de medicamentos.....	171
Quadro 12: Comportamentos de Adesão	171
Quadro 13: Plano de cuidados Papel Parental de família com filhos na escola.....	175
Quadro 14: Plano de cuidados do prestador de cuidados quanto à necessidade “atividade física”	176

INTRODUÇÃO

O estudo da família “C.” - Construindo uma nova realidade em tempo de pandemia COVID-19: Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - surge no âmbito do Estágio com relatório final a decorrer no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, que se encontra a decorrer na Escola Superior de Saúde da Guarda, no ano letivo 2019/2020.

O presente estudo de caso foi elaborado no ACES Cova da Beira Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados- Covilhã, no período compreendido de nove semanas, e que se consistiu na aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) a uma família integrada no Programa Nacional de Saúde do adulto nesta Organização.

O conceito de família tem evoluído significativamente nas últimas décadas deve-se ao facto de existirem novas tendências para constituição famílias diferentes.

O termo "família" é originado no latim *famulus*, que significava escravo doméstico. Foi na antiga Roma Antiga que o termo surgiu para designar um novo grupo social.

A família constitui-se como um sistema ativo em constante transformação, ou seja, uma identidade complexa que se modifica ao longo do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros.

“A enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistémico, que se centra tanto no sistema familiar como nos sistemas individuais, dá ênfase à interação e reciprocidade entre os seus membros” (Friedman, 1998; cit. por Figueiredo, 2009: 7). Contudo Figueiredo (2009), a autora do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), remete para os cuidados de enfermagem centrados no indivíduo e a abordagem à família é desenvolvida através de uma análise fragmentada que individualiza o conjunto.

Na atualidade estamos perante uma necessidade real de promover cuidados de proximidade às famílias que se encontram a vivenciar momentos conturbados por privação da sua liberdade devido ao confinamento imposto pelo surgimento da pandemia. A importância da família nos cuidados de saúde tem sido evidenciada no estabelecimento de políticas de saúde e num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, em que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) emergem como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados, Figueiredo (2009) afirma que o impacto do contributo dos cuidados de enfermagem às famílias como unidade de intervenção, só se tornará real e exequível, se os enfermeiros aderirem à implementação nos processos de mudança.

A reforma dos CSP de 2005, em Portugal, veio estabelecer um quadro legislativo aos CSP em que o enfermeiro de família passa a ocupar um papel central na equipa multidisciplinar, ele é

o gestor e organizador dos recursos da comunidade com o objetivo de promover e a capacitação funcional das famílias (Silva, Costa e Silva, 2013).

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, apontam para que no exercício profissional do enfermeiro, se dirija a projetos de saúde de grupos, famílias ou comunidade, a vivenciar processos de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar vem também dar o seu contributo, estimulando os enfermeiros de família à prestação de cuidados especializados, com o objetivo de enfatizar as respostas da família com problemas de saúde reais e potenciais com base numa avaliação do risco (Regulamento n.º 126/2011).

Nesta perspetiva, o enfermeiro de família será então considerado na ótica de Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001), responsável por um grupo de famílias, combinando atividades que promovam e prestem cuidados, atuando no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os setores. Este papel multifacetado e a proximidade com as famílias colocam este profissional em situação privilegiada para constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados.

O MDAIF, é um referencial teórico e operativo, que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses perante os cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas a estas, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, desencadeia-se com a compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos CSP. A sua co-construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros ligados à prestação de cuidados à família (OE, 2011).

A família “C”, família em estudo, foi selecionada conjuntamente com a enfermeira orientadora de presente trabalho, Mestre em Saúde Comunitária. Optou-se pelo estudo desta família, por ser particularmente uma família com filhos na escola e no sentido conhecer as dificuldades que os pais sentem nesta nova realidade. Título escolhido: “Construindo uma nova realidade em tempo de pandemia COVID-19”, foi consequência, de nesta fase, desenvolver um estudo atual, e perceber de que forma as famílias ultrapassam as situações adversas, e da pressão extrema do contágio, de maneira equilibrada, e ainda conseguirem beneficiar das adversidades que experienciam na trajetória vital, com o intuito de se recuperar e fortalecer, conseguindo assim, preservar-se como uma unidade funcional e desempenhar as tarefas mesmo na vigência de adversidades.

Pretende-se com o presente estudo:

- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional;

- Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar;
- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- MDAIF;
- Realizar a Avaliação e Intervenção Familiar segundo o MDAIF.

O estudo da família estruturou-se em duas partes, na primeira parte é desenvolvida uma fundamentação teórica e na segunda a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar à família “C”.

Optou-se pelo método descritivo na primeira parte e na aplicação do MDAIF optou-se por uma forma mais esquemática para facilitar a leitura. Como recursos foram usadas várias fontes documentais, tais como: entrevista informal com a família, exame físico, observação da família, visita domiciliar, consulta do processo da família, bibliografia pertinente.

1. A FAMÍLIA E O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

1.1. ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO SISTEMA FAMILIAR

O conceito de família tem vindo a evoluir significativamente nas últimas décadas devido a novas tendências e constituição familiar diferente.

O termo "família" é originado no latim *famulus*, que significava escravo doméstico. Foi na antiga Roma Antiga que o termo surgiu para designar um novo grupo social.

Charles Darwin. Na teoria da evolução, desenvolve a teoria da evolução dos sistemas familiares. Ao longo dos tempos, a família foi tomando possibilidades e estruturas diferentes conforme a cultura, a disciplina científica e as áreas da sociedade foram criando a sua própria definição de família dando origem a uma multiplicidade de conceitos (OE, 2008).

A sociedade atual encara a família como um refúgio, onde se pode encontrar satisfação absoluta. A família como refúgio é referida por (Eitzen e Zinn, 2000), como um lugar de intimidade, amor e confiança onde os indivíduos se podem proteger da competição de forças desumanizantes na sociedade moderna.

Existem autores que argumentam existir uma nova conceção da instituição família que depende da definição de família que se adotada.

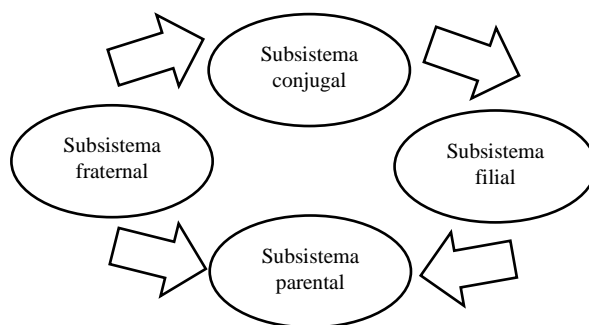
Na realidade a família vista enquanto duas pessoas casadas, com ou sem filhos, tem vindo a esbater-se. Por outro lado, apenas um quinto das famílias são compostas por casais que vivem juntos Tavernise (2011).

A família-pós-moderna e o direito de família também têm vindo a modificar a legislação para dar lugar a outros modelos de família, refere-se a Convenção Europeia do Conselho da Europa sobre o Estatuto Jurídico das Crianças Nascidas do Casamento que entrou em vigor em 1978. Pinheiro (2016) afirma que, “Contudo, na hipótese de prosseguir a linha evolutiva que se verifica desde 1974-1977, pode esperar-se o reforço da eficácia jurídica”. Assistimos hoje a uniões de facto, o direito à monoparentalidade à procriação medicamente assistida e a admissibilidade da biparentalidade homossexual. Relvas e Alarcão (2007) enfatizam a diminuição do número médio de filhos, baixa fecundidade, aumento do número de pessoas sós, redução drástica das famílias numerosas, aumento das famílias reconstruídas, em contraponto do aumento do número de divórcios, das uniões de facto, uniões livres, e constatam-se mais famílias homossexuais. Os diferentes tipos de família são entidades dinâmicas com identidade própria. Constituem-se por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetos ou interesse e que convivem por um período temporal durante o qual constroem uma história de vida única e irreplicável.

A teoria da família sistêmica traz uma abordagem importada de outras ciências, esta admite a existência de uma dinâmica entre os membros da família que influencia e é influenciada. Neste sentido, a família deverá ser alvo de cuidados como um todo e não só cada um dos seus membros de forma única e individual, já que os comportamentos que se geram no sistema familiar têm repercussão em cada dos seus membros individualmente (Relvas, 2000). Mas ainda o sistema familiar interage com os sistemas sociais e económicos.

Numa perspetiva sistémica e segundo Dias (2011), a família deve ser considerada como um sistema que se apoia numa estrutura hierárquica entre os seus membros. Este sistema agrega subsistemas, quer isto dizer, que existe um sistema familiar que contém em si outros sistemas, que por sua vez têm regras que regulam o relacionamento entre os seus membros, como representado na figura:

Figura 1: Sistema Familiar e Subsistemas



Fonte: (Dias, 2011: 148)

A comunicação é um fator determinante e facilitador das relações entre os seus membros e o meio social. A comunicação é o elo de ligação que é condição de convívio e de sustentação de todo o sistema. A comunicação requer treino, reflexão, aprendizagem, prática e sobretudo uma série de atitudes e comportamentos que envolvem as palavras, o sentido compreensivo e lógico da estrutura, mas também os gestos, toda a linguagem corporal. É a satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social, que se constitui numa componente essencial da vida de cada um individualmente e de todo o sistema familiar em geral (Dias, 2011).

1.2. CICLO VITAL DA FAMÍLIA

O ciclo vital da família pode ser definido como o processo de desenvolvimento da família ao longo do tempo. Este ciclo expressa uma perspectiva desenvolvimentalista e representa uma sequência previsível de etapas que conduzem a transformações na organização familiar. Essas transformações caracterizam cada uma das etapas desse processo que vai constituir, a história de cada família (Alarcão, 2006; Relvas, 2000).

Duvall (1976) citado por Martins (2018), nos anos cinquenta foi quem apresentou o que se conhece pela primeira classificação das várias etapas do ciclo vital da família. Surge a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar, considera a presença de crianças a idade e evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação.

Hill e Rodgers (1964) referidos por Portal da Educação (s/d) sugerem com três etapas do ciclo de vital da família:

- 1) alterações no número de membros que a compõem;
- 2) alterações etárias;
- 3) alterações no estatuto ocupacional dos membros encarregados do sustento/suporte familiar.

Para outros autores, esses critérios adequaram-se à maior parte dos esquemas que classificam do ciclo vital da família. Essencialmente baseados no primeiro critério apresentam o seguinte esquema.

1. Jovem casal sem filhos.
2. Estágio expansivo: junção do primeiro filho para constituir a família.
3. Estágio estável: período de educação dos filhos até à saída do primeiro filho.
4. Estágio de contração: período da saída, dos filhos no exterior, até à saída do último filho.
5. Estágio pós-parental: novamente casal sem filhos.

Já Relvas (2000), considera a dinâmica da família tradicional nuclear e sem alterações da sua composição e propõe cinco etapas:

- 1ª etapa – Formação do casal.
- 2ª etapa – Família com filhos pequenos.
- 3ª etapa – Família com filhos na escola.
- 4ª etapa – Família com filhos adolescentes.
- 5ª etapa – Família com filhos adultos.

Nesta etapa de revisão importa referir que Figueiredo adotou este ciclo vital para a construção do seu Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Alarcão (2006: 203), comenta que o processo de desenvolvimento familiar, ciclo vital, “pode sofrer alterações em configurações familiares distintas daquelas que permitiram a sua conceptualização.”

Hanson (2005:30) adotou uma classificação mais atual e mais reveladora da realidade presente:

- Díade Nuclear – Casal sem filhos;
- Nuclear – Caracteriza-se pela união (legal ou não) de dois adultos (marido e mulher) e filhos. Estas duas gerações partilham entre si, o mesmo espaço habitacional, os mesmos objetivos e atividades;
- Nuclear íntegra – Formada por dois adultos cuja união é o primeiro casamento de ambos, e pelos seus filhos (biológicos ou adotados);
- Nuclear com parentes próximos – Casal com filhos que recebe a ajuda dos avós que vivem perto;
- Nuclear extensa ou alargada – Formada pelo casal, filhos e outros parentes de sangue (como exemplo os avós, primos, etc.). Coabitam, portanto, diferentes gerações, podendo gerar conflitos à organização hierárquica;
- Binuclear – Formada por duas Famílias após divorciadas com filhos de ambos;
- Unipessoal – É constituída por uma única pessoa;
- Monoparental – Constituída por um dos pais e o filho (s);
- Homossexual – Casal formado por duas pessoas do mesmo sexo;
- Pessoa celibatária – Uma pessoa que vive sozinha numa casa não casou ou estabeleceu uma união de facto;
- Coabitação – Grupo de pessoas (homens ou mulheres) solteiros que partilham a mesma casa;
- Comuna – Grupo de indivíduos (homens, mulheres e crianças) que partilham o mesmo espaço.

Martins (2018) conclui que: o conceito de Ciclo Vital da Família se desenvolveu contemplando a família nuclear intacta (maioria de classe média branca dos EUA); concluiu também, que os modelos não se aplicam à diversidade de composição das famílias existentes e que foram surgindo ao longo do tempo; a definição de família as suas etapas e tarefas do Ciclo Vital Familiar são culturalmente pontuadas; os modelos mais atuais de Ciclo Vital da Família fundamentam-se na prática clínica.

Tendo por referencial o Instituto Nacional de Estatística (INE), publicado em 2013, em Portugal a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar (62% das famílias em 1960 e 59% em 2011). Nos últimos 50 anos assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011), dos núcleos familiares monoparentais (de 6% em 1960, para 9% em 2011) e das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011) e à diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011).

Figura 2: Evolução do tipo de família - Portugal, 1960-2011 (%)

Quadro 1 - Evolução do tipo de família- Portugal, 1960-2011 (%)				
	1960	1991	2001	2011
Famílias sem núcleo familiar	16,4	16,6	19,5	23,3
Pessoas a viver sozinhas	11,5	12,4	15,5	20,4
Outros tipos de família	4,9	4,2	4,0	2,8
Famílias simples(c/ 1 núcleo familiar sem outras pessoas)	68,2	69,5	70,1	68,0
Casais (subtotal)	62,3	63,9	63,1	59,0
Casal sem filhos	14,8	20,0	22,0	23,8
Casal com filhos	47,5	43,9	41,1	35,2
Monoparentais (subtotal)	5,9	5,6	7,0	9,0
Pai com filhos	-	0,8	0,9	1,2
Mãe com filhos	-	4,8	6,0	7,8
Famílias complexas	15,4	13,9	10,4	8,7
Alargadas (1 núcleo familiar + outras pessoas)	-	10,0	7,3	5,8
Múltiplas (2 ou mais núcleos familiares)	-	3,9	3,1	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: INE. Censos 1960, 1991, 2001 e 2011

O aumento do número de divórcios tem contribuído para o surgimento de famílias reconstruídas, estas compõem-se por casais em união de facto. O Instituto Nacional de Estatística também refere que este facto leva à constituição de novas famílias onde já existem filhos de um anterior relacionamento

2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O MDAIF foi desenvolvido e validado pela investigadora Henriqueta Figueiredo, que o deu por concluído em 2012, amplamente citada e referenciada ao longo de todo o documento. Este Modelo tem por base o processo de enfermagem com o objetivo de capacitar a família para uma possível mudança do seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental numa evolução contínua, entre fases de menor complexidade para fases de maior complexidade, em função do seu ciclo vital, traduzindo ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

São conhecidos outros modelos de avaliação em enfermagem familiar, assim referem-se o, Modelo Calgary de Intervenção na Família e o Modelo da OMS, são os mais divulgados (Figueiredo, 2009).

O modelo alicerça-se então, no já mencionado, Modelo Calgary tanto na avaliação, como na Intervenção na família. Define os conceitos: Família, Saúde Familiar; Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (OE 2011).

O MDAIF, é assim, um referencial teórico e operativo, que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses perante os cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas a estas, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, desencadeia-se com a compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos CSP. A sua co-construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros que estão mais ligados à prestação de cuidados à família (OE, 2011).

Este modelo também foi adotado por muitas Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde no ensino de enfermagem e pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde Familiar e UCSP em Portugal (Ferreira et al. 2020).

Independentemente da prática de enfermagem que se exerça com as famílias há a necessidade da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, uma vez que a família é uma unidade com uma complexidade intrínseca e os modelos organizam de forma sistematizada a recolha de dados e o planeamento de intervenções. Permitindo efetuar uma análise multidimensional da família, da sua estrutura, bem como identificar os focos de atenção, para o planeamento das intervenções de enfermagem.

Os princípios e postulados deste modelo centram-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional (Figueiredo, 2012).

O modelo adotou a terminologia da INCP/CIPE na sua estrutura operativa, para elaborar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados que são sustentados pelas definições

do modelo bem como nas ligações operacionais que constituem a matriz de ordenação. O MDAIF permite identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados à família, porque permite nos seus domínios de funcionamento gerar indicadores de qualidade em saúde, desenvolvidos por Donabedian, que são indicadores de estrutura, processo e de resultado. Estes indicadores de qualidade em saúde são também sustentados pelas definições operativas do modelo. Fica desta forma a clara adequação do sistema de informação em enfermagem em CSP à matriz operativa do MDAIF.

O modelo não subordina a atuação do enfermeiro a avaliar todas as suas componentes, já que cada família é única e a atuação de enfermagem ocorre num espaço temporal que deverá ser definido por ambas as partes.

3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Uma bordagem dobre sobre o enfermeiro de família e tendo em vista as características da família “C” em estudo, remete-se uma análise das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde familiar relacionando-o com o MDAIF.

Assim no documento da Ordem dos Enfermeiros que regula as competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde familiar pode ler-se: “O Enfermeiro cuida da família “Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (OE, 2018).

Com base na avaliação da família o enfermeiro deve traçar um plano de acção envolvendo todos os membros evidenciando a unidade de competência **1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica:** 1.4.1. Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. 1.4.2. Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. 1.4.3. Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. 1.4.4. Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. 1.4.5. Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.

Neste plano conjunto deverá o enfermeiro desenvolver as ações planeadas cumprido a unidade de competência **1.5. Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas**, recorrendo aos pontos de avaliação como: estabelecer um diálogo que promova a consecução dos objetivos individuais e familiares com estratégias motivacionais, como a aceitação da doença e seu estágio, o apoio ao cuidador enfatizando os seus momentos de descanso, envolvendo outros cuidadores informais.

No processo de enfermagem familiar existe, como em todos os processos de enfermagem, a necessidade de avaliar o impacto das ações: **1.8. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**, deverão ser criados momentos de avaliação conjunta da satisfação enfermeiro/família com o planeamento de reestruturação do plano em função da avaliação.

As famílias estabelecem objetivos de vida e interagem entre si, com outras pessoas e grupos em diferentes níveis de aproximação. As famílias encontram-se inseridas em contextos físicos, socioculturais e políticos, onde influenciam e são influenciadas. Assim o enfermeiro deve desempenhar o seu papel não só com a família, junto da família, mas também com a família. Dá-se nota do objetivo primário da enfermagem familiar, (Fonseca, 2012): “A capacitação da família

no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus processos de mudança”. A OMS sublinha o papel do enfermeiro na saúde 21, como organizador e gestor de recursos que potencializem as forças familiares nos seus processos de vida (OE, 2020), a Ordem dos enfermeiros reafirma esta competência na unidade 2. **Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.** (OE, 2018). A OMS, refere ainda que os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário são uma estratégia privilegiada para a enfermagem familiar. Esta abordagem permite não só a observação da vida familiar, como também fornece informação dos sistemas mais amplos de apoio à família, a aplicação do MDAIF pressupõe a visita domiciliária.

O enfermeiro na realização da visita domiciliar deve manifestar boa disposição e ser um bom comunicador, (RICE 2004 cit. por Fonseca, 2012). Estes autores firmam ainda que a enfermagem domiciliar centra os cuidados de forma mais holística que técnica. A intervenção de enfermagem além de educação para a saúde envolve também todos os seus membros ao nível dos cuidados psicológicos, sociológicos, espirituais e físicos.

Peixoto (2012) no seu estudo “adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa”, concluiu, que as famílias portuguesas apresentam um baixo nível de resiliência, revelando pouca flexibilidade e coesão dos seus membros levando à dificuldade de adaptação a novas situações. Concluiu ainda que o perfil de resiliência não influenciava a qualidade de vida, da sobrecarga do cuidador entre outras variáveis sociodemográficas.

Numa situação indutora de stress, a família utiliza estratégias que visam superar os sintomas geradores de instabilidade e, deste modo, consegue adaptar-se às novas realidades que a doença lhe impõe. As estratégias essas designadas por *Coping*, consistem em “gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (OE, 2011: 46).

Mantendo a atenção do documento das competências de enfermagem familiar, alude-se ao critério de avaliação 2.2.3. Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, estes resultados podem ser avaliados sob a forma de indicadores para mensurar o diagnóstico.

Como referido anteriormente, a estrutura operativa do modelo utiliza a terminologia da ICNP/CIPE, tendo sido definido o Resumo Mínimo de Dados que integra diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados sustentados pelas definições. Gera desta forma indicadores de estrutura, processo e de resultado que, sustentados nas definições operativas do modelo, permitem identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios de funcionamento, sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Segue-se um exemplo: diagnóstico de enfermagem de *Coping* comprometido. O Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores enunciados pela Ordem dos Enfermeiros em 2007,

estabelece o indicador, Taxa de ganhos possíveis/ esperados de efetividade, que se calcula da seguinte forma:

Figura 3: Taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade

$$\frac{\text{Nº de casos de coping comprometido ou autoconhecimento diminuído, que atingiu o resultado esperado, e teve pelo menos uma intervenção documentada num determinado período}}{\text{Nº de casos de coping comprometido ou autoconhecimento diminuído documentado no mesmo período}} * 100$$

Fonte: (O.E., 2007:4)

Estes indicadores fornecem dados para documentar e evidenciar os ganhos em saúde com a intervenção sistematizada dos cuidados de enfermagem.

É da competência do enfermeiro de família a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, cujos seus descritores vêm claramente sustentar a sua intervenção no que respeita à prevenção do medo que promove o isolamento, neste contexto o enfermeiro: 2.1.1. Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. 2.1.2. Referencia a família para outros profissionais de saúde. 2.1.3. Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. 2.1.4. Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família.

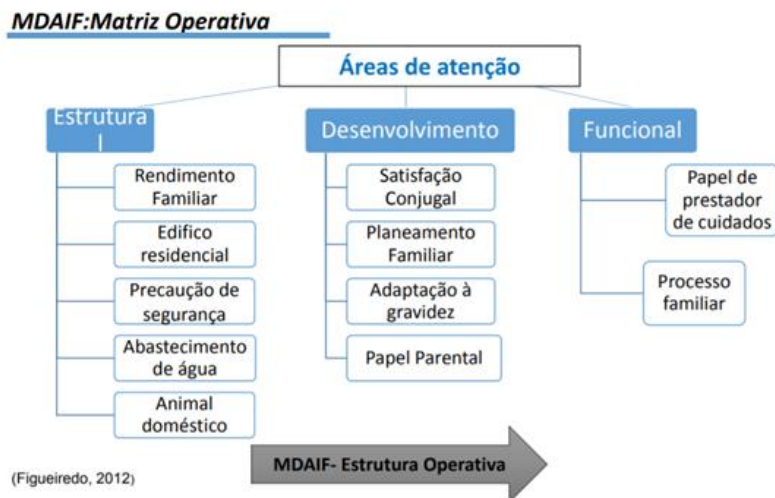
Fica claro o papel atribuído ao Enfermeiro de Família pela Ordem dos Enfermeiros afirmando que este profissional deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (OE 2018).

3.1. AVALIAÇÃO FAMILIAR

A avaliação familiar centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões de avaliação (Figura 4), que 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 (Figueiredo, 2012).

Estas áreas de atenção serão clarificadas adiante no texto.

Figura 4: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.



Fonte: Figueiredo (2012:10)

3.1.1. Dimensão Estrutural

Esta dimensão avaliativa incide sobre a estrutura familiar e visa identificar a sua composição, os vínculos entre os seus membros e outros subsistemas como o caso da família alargada e os sistemas mais amplos, bem como, alguns aspetos mais específicos do contexto ambiental que podem concorrer para o processo de saúde/doença. (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012).

Os recursos de avaliação da família utilizados para esta dimensão compreendem, o genograma (Figura 5), o ecomapa (Figura 6) e a escala de Graffar (Anexo IV) adaptada.

Para a realização do genograma do estudo da família “C” utilizou-se o programa genopro. A avaliação estrutural permite avaliar o entendimento mais profundo da família, enquanto sistema aberto cujo processo de transformação é influenciado pelos diferentes níveis estruturais do ambiente (Figueiredo, 2011). Assim os indicadores de avaliação de cada área de atenção orientam, de acordo com os critérios já antes definidos, para a decisão sobre o diagnóstico, ou mesmo para as intervenções, desenvolvendo a avaliação de resultados face aos objetivos propostos em colaboração com as famílias. Os dados de avaliação reportam-se a itens de caracterização da família, que comportam a compreensão da sua estrutura, tornando-se a base para uma avaliação integradora e contextualizada. As áreas de atenção que integram esta dimensão são: classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento, e ambiente biológico, para que possam também ser direcionados para o aprofundamento da avaliação no processo de atividade diagnóstico (Figueiredo, 2012).

Nesta dimensão, englobam-se as seguintes definições com base em Figueiredo (2011):

Composição familiar

Compreende a informação sobre os membros que integram a família, a identificação dos membros, os seus vínculos, datas de nascimento e óbitos entre outros dados de alteração da composição familiar que se considerem pertinentes para a avaliação dinâmica do familiar.

Tipo de família

Na realidade este item faz um inventário da família indo ao encontro da sua composição e os vínculos entre os membros, que determinam algumas das suas funções, internas e externas associadas ao seu desenvolvimento.

Família Extensa

Neste ponto objetiva-se identificar o tipo e a frequência do contacto, bem como as funções das relações estabelecidas entre os membros da família, mas também os membros da família de origem e outros parentes não englobados no sistema familiar. A especificação das funções de rede dos membros significativos da família extensa possibilita a identificação dos mesmos como recursos e ainda a perceção de cada membro da família face à sua família extensa.

Sistemas mais amplos

Contempla as interações sociais em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada. Situando no meso-sistema as relações mais importantes que caracterizam a rede social familiar, suscetíveis de trazer à família apoios percecionados como significativos, incluindo as instituições de ensino, de saúde, religiosas, de lazer e cultura, contexto profissional e ainda os amigos. A caracterização dos vínculos entre a família e sistemas externos possibilita uma visão mais alargada do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso, a partir da exploração desses mesmos vínculos. A elaboração do genograma e do ecomapa permitem delinear da estrutura familiar e dos seus elos de ligação mais fortes.

Classe Social

Permite compreender melhor os recursos e os fatores de stresse familiares que possam estar eventualmente interligados como aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial. A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como

estabelecem as crenças e valores e como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, para esta avaliação. Figueiredo propõe a utilização da escala de Graffar (Anexo IV) adaptada. Esta escala conduz a uma avaliação específica nas áreas de Rendimento Familiar no grau quatro ou cinco, onde se terá de proceder à avaliação do conhecimento da família sobre a gestão dos rendimentos e recursos económicos, capazes de assegurar segurança e satisfação das necessidades básicas dos seus membros.

Edifício Residencial

Definido como o espaço habitacional a residência da família que lhe oferece abrigo e proteção. Inclui como categoria estrutural, aspetos da habitação relacionados com a presença de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação.

Sistema de abastecimento

O sistema abastecimento avalia o acesso a água potável e tratamento de resíduos, que são condições básicas na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos e famílias.

Ambiente Biológico

O risco biológico é considerado por Figueiredo o contacto com os animais domésticos, que se justifica pela avaliação das condições de vigilância segurança e higiene do animal. Esta avaliação compreende a desparasitação, vacinação adequada, higiene do animal e do seu espaço.

3.1.2. Dimensão Desenvolvimento

A dimensão do desenvolvimento permite a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo de vida, esta avaliação permite o planeamento de cuidados de enfermagem, direcionar a capacitação da família para o desenvolvimento de tarefas essenciais a cada etapa, preparando-a para as futuras transições, contudo a autora relembra que que cada etapa não termina logo que se inicia outra, mas que existe uma evolução temporal de adaptação e transição entre elas (Figueiredo, 2011; 2012).

As áreas de atenção consideradas neste modelo são: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e o papel parental

Nesta dimensão são abordadas três áreas de atenção: a satisfação conjugal, o planeamento familiar e o papel parental, que são as áreas de avaliação da família “C” em estudo.

Satisfação Conjugal

Esta área de atenção destaca os processos de conjugalidade associados à continuidade percebida de uma relação satisfatória. Os processos de conjugalidade sofrem alterações ao longo da vida do casal, relacionados muitas das vezes com a forma como este se adapta às transições dos seus membros (Figueiredo, 2012).

Relação dinâmica do casal: neste ponto avalia-se o casal quanto à partilha das tarefas domésticas, tempo em conjunto, bem como, a forma como cada um expressa os seus sentimentos.

Comunicação do casal: é sobretudo o diálogo sobre as expectativas individuais, a forma como lidam com os pontos de discórdia, que devem ser avaliados, ou seja, reporta às ações de interação entre os membros do casal.

Interação sexual: traduz a forma como cada um deles expressa os afetos. É uma avaliação subjetiva, subordinada a vários fatores inerentes a cada membro do casal e ao modelo de relação construído em conjunto, que leva em conta as expectativas e crenças sobre a sexualidade. A expressão dos afetos na intimidade, a frequência das relações sexuais e as oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados ao tempo, ao espaço e à privacidade, são fatores que influenciam a satisfação do casal.

Função sexual: pretende avaliar a existência de disfunções sexuais e quais os conhecimentos do casal sobre as suas estratégias de resolução. Existe uma diversidade de manifestações que devem ser tomadas em linha de conta e segundo as quais os indivíduos são capazes de participar na relação sexual, já que a resposta sexual é multidimensional e caracteriza-se essencialmente pela sua componente psicossomática.

Planeamento Familiar

As definições de planeamento familiar dependem do processo de tomada de decisão do casal sobre o número de filhos e o espaçamento entre gravidezes. Estas decisões estão claramente dependentes do conhecimento do uso contraceptivo, conhecimento de vigilância pré-concepcional e conhecimento sobre reprodução e fertilidade. Esta área visa conhecer a satisfação do casal em função do método utilizado.

Papel Parental

A autora do modelo afirma que os papéis familiares se caracterizam essencialmente pelos padrões comportamento dos seus membros face à expectativa e crença sobre o papel. Esta perspetiva associa-se às expectativas e a reciprocidade no relacionamento que é determinada pelo grau de poder e relação afetiva.

A autora refere ainda, que a dimensão comportamentos de adesão se foca no conjunto das ações tomadas pelos pais que possam traduzir a incorporação plena da parentalidade, através da identidade do papel. Esta manifesta-se pela confiança e competência no desempenho do mesmo.

As dimensões que Figueiredo associou aos fatores de tensão do papel são: o consenso, conflito e saturação. Assim a autora descreve que o consenso se relaciona com a aceitação dos membros da família relativamente às expectativas associadas ao papel, influenciados pelas normas e aprovações dos outros. Exprime-se pelas expectativas positivas associadas ao desempenho do mesmo. Quando as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis são incompatíveis, surgem muitas vezes pela sobrecarga de papéis familiares.

O conflito de papéis pode originar tensão no seu exercício, dadas as dificuldades na conciliação dos vários papéis familiares assumidos ou das tarefas necessárias à sua consecução (Figueiredo, 2009). Na etapa da família com filhos pequenos, que é a etapa da família “C”, devem ser avaliados os conhecimentos que reportam às necessidades humanas básicas como as de vigilância para a saúde, como vacinação, higiene oral, prevenção de acidentes, entre outras.

3.1.3. Dimensão Funcional

A Dimensão Funcional, está diretamente relacionada com os padrões de interação familiar que desenvolvem o desempenho das suas funções e tarefas. Integra duas áreas de atenção: papel de prestador de cuidados, que se reporta às atividades quotidianas da família e o processo familiar, que se caracteriza pela dimensão expressiva entre os membros da família (Figueiredo, 20011).

Os instrumentos de avaliação adotados pela autora para a dimensão expressiva são a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein.

Papel de Prestador de Cuidados

O papel de prestador de cuidados corresponde ao padrão de interação estabelecido na família que pretende dar apoio a um dos seus membros dependentes no autocuidado por processos de saúde/doença. Este item, será também avaliado, dado que a família aguarda a vinda do Sr. “A” que se encontra semi-dependente no seu autocuidado.

O conhecimento do papel terapêutico refere-se à capacidade cognitiva e prática do(s) cuidador(s) no que respeita ao apoio e procura de cuidados de saúde para ajudar o seu membro dependente na procura do tratamento e reabilitação. Os comportamentos de adesão referem-se à implementação efetiva das tarefas de prestação de cuidados, que a autora enumerou da seguinte forma:

- Estimulação da independência;
- Promoção da higiene adequada;
- Promoção do vestuário adequado;
- Promoção de ingestão nutricional adequada;
- Aquisição de equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário
- Promoção do sono-reposo adequado;
- Promoção de atividades recreativas adequadas.

Figueiredo criou critérios específicos para a sua avaliação e quantificação que normalmente recaem sobre o prestador de cuidados. Assim, está patente a avaliação da saturação do papel do cuidador.

Processo Familiar

Nesta área de atenção da enfermagem de família, Figueiredo (2011), considerou quatro dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças. Estas dimensões são interdependentes e conduzem a uma avaliação criteriosa e pormenorizada das relações e interações entre os membros da família. Conduz ainda à identificação de necessidades de mudança ao nível do funcionamento familiar.

Na perspetiva de Figueiredo (2012), os conceitos direcionados para a dimensão funcional expressiva consideram a família como sistema co-evolutivo, cujo padrão transacional caracteriza a sua complexidade funcional. Figueiredo (2011), adotou as escalas de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de FACES II, Escala de Apgar como instrumentos de avaliação desta dimensão.

Comunicação Familiar

Ao avaliar esta dimensão os processos de comunicação traduzem-se pelas interações cumulativas que definem cada família como um sistema único, de modo a concretizarem por cada um dos seus membros e do sistema. A linguagem verbal e não-verbal caracteriza qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e determinante na forma como os indivíduos percecionam a realidade.

Figueiredo (2011), estabelece três categorias a avaliar que são: comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal e comunicação circular.

Coping Familiar

Nesta dimensão a autora do modelo integrou uma categoria única que designou por “Solução de Problemas”. A família gera as suas próprias estratégias de *coping*, através de uma trajetória evolutiva.

Desta forma Figueiredo salienta que é primordial, avaliar o modo como a família resolve os seus problemas no percurso do seu desenvolvimento, salienta-se o período de isolamento devido à pandemia COVID-19. É ainda importante verificar se existem membros mais ativos neste processo de deliberação. A participação global na resolução dos problemas permite identificar os membros, que designou, de emaranhamento ou desagregamento do processo e que podem estar associados às dificuldades na solução de problemas. A capacidade da família em encontrar soluções e experiências de sucesso, são fatores que determinam a sua capacidade evolutiva. Tanto o padrão de comunicação como os padrões de solução de problemas intervêm na forma como são atribuídos os papéis familiares e o seu desempenho.

Interação de Papéis Familiares

Figueiredo (2011) aponta outros papéis que para além do papel parental e de prestador de cuidados e considera os papéis familiares que têm forte influência na interação, funções e estrutura do sistema familiar, que são:

- Papel de provedor: relacionado com a entrada de bens financeiros;
- Papel de gestão financeira: inclui as tarefas associadas à administração da economia doméstica;
- Papel de cuidador doméstico: relacionado com o desempenho e responsabilidades domésticas (tais como lavar a louça, passar a ferro, arrumar a casa, cuidar da roupa, cozinhar e ir às compras);
- Papel recreativo: diz respeito à iniciativa de atividades lúdicas, tempos livres e estimulação da família em participar em atividades recreativas conjuntas;
- Papel de parente: caracterizado pela manutenção do contacto com a restante família e amigos, possibilitando a preservação de laços familiares.

Relação Dinâmica

Para a autora, esta dimensão centra-se na partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, em conjunto com a aptidão para a flexibilidade de papéis.

Segundo o seu ponto de vista a relação dinâmica, como dimensão interacional, no domínio do processo familiar, inclui as seguintes categorias: influência e poder; alianças e uniões; coesão e adaptabilidade da família e funcionalidade da família (perceção dos membros).

A influência instrumental e psicológica são elementos integrantes da vida familiar, que muitas vezes caracterizam a forma como se expressam as emoções e, que representam o padrão de comportamentos dos seus membros. A satisfação dos membros da família face à forma como esta manifesta a sua união pode ser prenunciadora de uma visão mais ou menos apreciativa do padrão de interação e, constituírem-se as alianças ou forças da família ou áreas intra-sistémicas geradoras de stresse.

Crenças

Figueiredo (2011), refere que as crenças dizem respeito a valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde. Consiste num sistema relacional incluído e estruturado em diversos contextos, que reúne um sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização.

As crenças são fatores de promoção de mudança e impulsionadoras do funcionamento efetivo da família. As crenças familiares surgem como uma dimensão do processo familiar dada à sua importância, pois são elementos fundamentais na construção de realidades, possibilitando a coevolução das mesmas, através da criação de contextos transformativos. Esta dimensão é considerada como um conjunto de crenças consensualizadas nas normas transacionais da família. Dizem respeito às motivações, perceções e atitudes relativas aos comportamentos de saúde, valores e objetivos de vida e às significações atribuídas à cultura como elemento estabilizador de comportamentos (Figueiredo, 2011). A autora remete para seis tipos de crenças a saber: crença de saúde, crença religiosa, crença espiritual, crença de valores, crença cultural e crenças da própria família.

PARTE II – ESTUDO DE UMA FAMÍLIA “C”, SEGUNDO A APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA “C.”

1.1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA “C.” SEGUNDO O MDAIF

A família “C.” está inscrita na UCSP da Covilhã, e foi selecionada pela orientadora de estágio com vista a elaboração do presente estudo

Quanto à recolha dos dados, recorreu-se a entrevistas programadas, em função da disponibilidade da família e os constrangimentos do período isolamento imposto pela pandemia COVID, o primeiro contacto deu-se via telefónica. As entrevistas ocorreram em várias visitas domiciliárias. Foram feitas pesquisas no programa informático SClínico, com vista a conhecer os antecedentes clínicos da família, como também os planos de vacinação, e consultas de vigilância e rastreios do agregado familiar.

Procedeu-se ao planeamento das entrevistas e explicaram-se os objetivos do estudo com a garantia de total anonimatos.

As entrevistas à família “C”, foram guiadas pela matriz operativa do MDAIF.

Constatou-se que a família em estudo não apresentava dificuldades nas respostas, sendo clara e objetiva nas mesmas. Desta forma foi possível desenvolver um contacto de reciprocidade que facilitou a recolha de toda a informação necessária para a consecução dos objetivos do presente estudo.

1.1.1. Avaliação Estrutural

Esta dimensão avaliativa incide sobre a estrutura familiar e visa identificar a sua composição, os vínculos entre os seus membros e outros subsistemas, como referido anteriormente.

Assim procedeu-se à elaboração do genograma (Figura 5), o ecomapa (figura 6) e a escala de Graffar (Anexo IV) adaptada.

Composição da família

A família “C” é composta pelo Sr. “J”, pela Dona. “C” e os filhos “F” e “D”. O Sr. “J” nasceu em Coimbra tem 46 anos tem mestrado em biologia e é docente numa escola da região. Como antecedente pessoais identificou-se uma cirurgia ao ombro direito, tem o Plano

Nacional de Vacinação Atualizado: os dados antropométricos: altura-1,71 cm; peso 66 kg obtendo-se um IMC de 22; e perímetro abdominal de 78 cm. Os parâmetros vitais são: 120/60 mmHG e FC de 58p/min.

A Dona “C” nasceu na Covilhã é licenciada em Língua e Cultura Portuguesa, a profissão é assistente técnica numa organização pública da cidade. Como antecedentes pessoais identificou-se uma cirurgia ao joelho esquerdo e foi submetida a uretroscopia para extração de cálculo renal. Tem o Plano Nacional de Vacinação Atualizado: os dados antropométricos: altura-1,63 cm; peso 62 kg obtendo-se um IMC de 23,3; e perímetro abdominal de 70 cm. Os parâmetros vitais são: 125/62 mmHG e FC de 66 p/min. vivem com os filhos a “F” com 8 anos estudante do ensino básico numa escola da cidade, pesa 23kg e mede 1,26 cm, tem o plano Nacional de Vacinação atualizado. Como antecedentes pessoais identificou-se alergia às gramíneas.

O “D” tem 6 anos é estudante do ensino básico numa escola da cidade, pesa 18Kg e mede 1,15 cm também tem o plano Nacional de Vacinação atualizado. Como antecedentes pessoais identificaram-se alergia renite alérgica e amigdalectomia e adenoidectomia.

No que respeita à identificação dos vínculos existentes entre os vários membros da família, o Sr. “J” é casado com a dona “C” há cerca de 10 anos e têm uma relação amorosa e complementar no seio do casal. Têm dois filhos em conjunto.

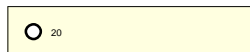
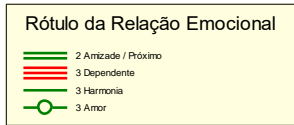
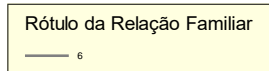
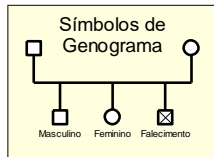
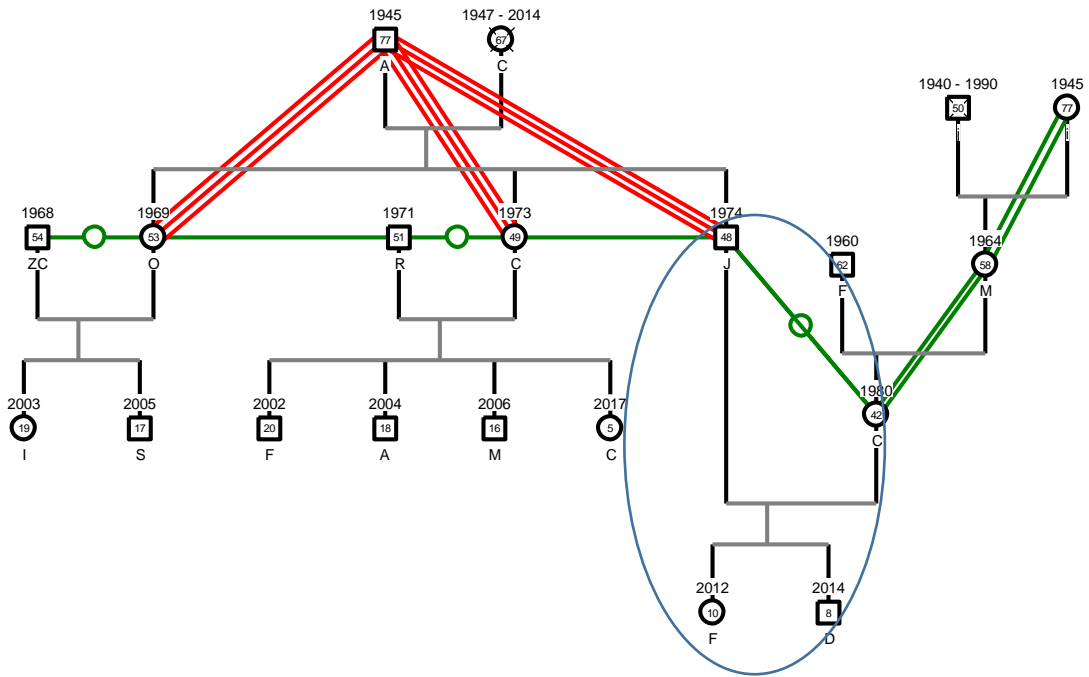
Apresentam rendimentos familiares; certos, por conta de outrem com Profissões; Assistente Técnica; Docente 3º Ciclo e Secundário.

O tipo de habitação; Andar com 3 quartos, 2 WC, 1 sala, 1 cozinha, Garagem e Sótão, espaçoso e confortável.

Classe social

Utilizou-se Escala de Graffar para a avaliação social da família “C”, (anexo A), selecionou-se o Sr. “J” porque é o membro da família com maior vencimento. assim obteve-se uma pontuação de 18, que corresponde a uma posição social II, de classe média Alta.

Figura 5: Genograma da família “C”



Tipo de família

A família “C” segundo a matriz é classificada como **família nuclear**, por ser constituída por um casal, com filhos em idade escolar e que fazem parte do agregado familiar.

Família extensa

A família extensa e com base no genograma elaborado, A família da Dona “C” vive na mesma cidade sendo um grande apoio do casal, sobretudo com as crianças. Existe uma relação muito próxima com avó da dona “C” a dona “I”, que está sempre presente e auxilia as crianças na ausência dos pais (férias escolares e outras ausências), apoia ainda no cuidado com a roupa da família. No presente momento tal não é possível devido aos constrangimentos causados pelo confinamento obrigatório.

O Sr. “J” tem 2 irmãs e 2 cunhados, são todos casados e têm filhos; com as idades; Irmã (51), Cunhado (52), Sobrinha (17), Sobrinho (15). A outra irmã com (47); Cunhado (49); Sobrinhos (18, 16, 14, 3)

Mantêm contacto presencial em festas de família, férias e outras ocasiões especiais. O contacto é telefónico, por carta/ e-mail com esses familiares; que residem no norte do país.

A mãe do Sr. “J” faleceu em 2014 por doença oncológica sanguínea. Têm pontualmente a presença do pai do Sr. “J” (semi-dependente), cerca de 30 dias por ano, num período não contínuo.

Sistemas mais amplos

Neste ponto analisam-se as interações do agregado familiar com instituições sociais e outras pessoas que não pertencem à família alargada.

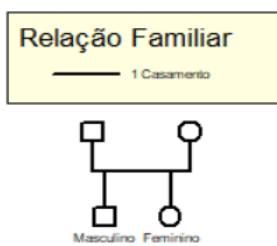
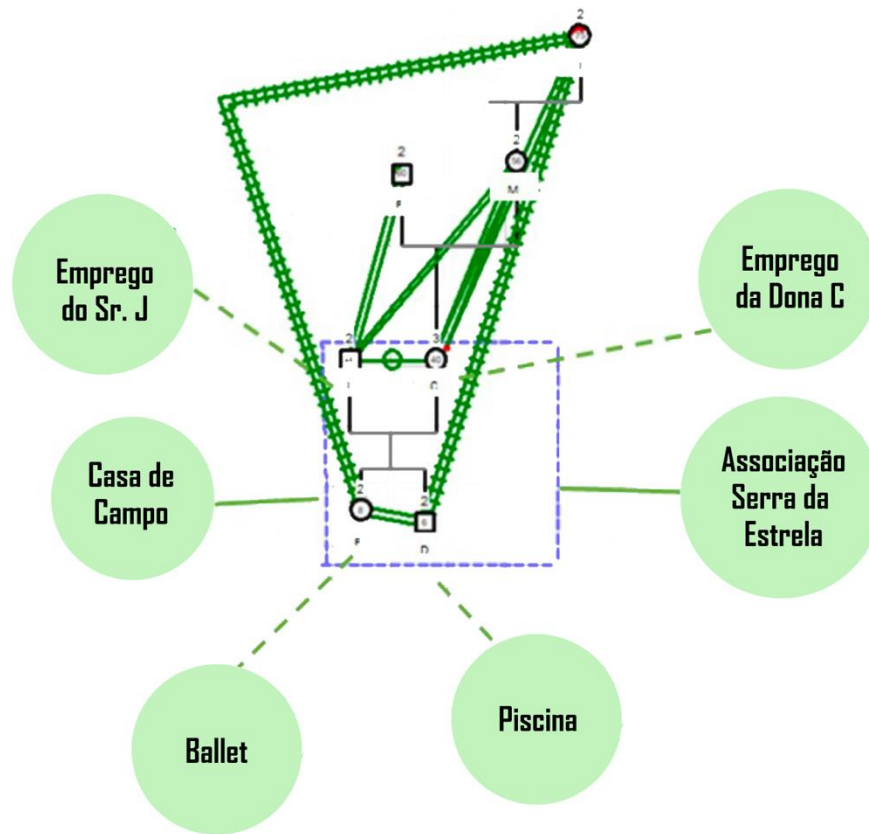
Assim, verificou-se que a família “C” interage com várias instituições e pessoas, nomeadamente com uma fundação de cariz ecológico e ambiental que lhes permite desenvolver várias atividades ao ar livre, bem como a reflorestação do Parque Natural da Serra da Estrela.

A “F” pratica ballet e a “D” natação.

Têm uma casa de família em meio rural onde passam muitos fins de semana sendo um lugar que concorre para as atividades em família. É também neste espaço que a família nuclear convive com as irmãs, cunhados e sobrinhos do Sr. “J”. Os pais da Dona “C” estão ainda no ativo e convivem semanalmente com eles e com a avó.

Para uma melhor compreensão destas relações do agregado familiar com outros sistemas sociais, elaborou-se o ecomapa figura 6.

Figura 6: Ecomapa da família” C”



Legenda:

Relação de vínculo forte: **=====**

Relação de vínculo intermédio: **—————**

Edifício residencial permanente da família “C”

Relativamente ao edifício residencial a família “C” reside numa habitação própria em zona residencial boa. A residência é um apartamento, em que o acesso à entrada sem barreiras arquitetónicas, isto é, não tem escadas. A habitação é bastante espaçosa, está bem conservada e higienizada. Dispõem de 5 divisões, 3 quartos, uma cozinha e sala comum, e duas casas de banho, sendo bem iluminadas através de luz natural.

A habitação está equipada com eletrodomésticos além dos essenciais, dispõem de abastecimento de água e escoamento das águas residuais da rede pública, gás canalizado e boa ventilação verificando-se a existência de grelhas para esse efeito na cozinha e casa de banho. Ao nível do aquecimento, dispõem de lareira com recuperador e aquecimento central a gás

Com base no resultado da aplicação da escala de Graffar Adaptado, a tipologia da habitação é classificada como grau 2 (anexo A).

Neste agregado familiar existem animais domésticos, dois hamsters, não constituem risco biológico.

1.1.2. Avaliação de Desenvolvimento

No caso da família “C”, esta encontra-se na etapa **família com filhos em idade escolar**, já que têm duas crianças a frequentar o ensino básico.

Na avaliação de desenvolvimento foram avaliadas as seguintes definições: **satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e o papel parental**.

Satisfação conjugal

Relação dinâmica:

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas:

SIM Sr. “J”

SIM Dona. “C”;

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos:

SIM Sr. “J”

SIM Dona “C”;

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos:

SIM Sr. “J”

SIM Dona. “C”.

Comunicação:

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um: SIM;

- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião: SIM;

- Satisfação com o padrão de comunicação do casal:

SIM Sr. “J”

SIM Dona “C”.

Interação sexual:

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade:

SIM Sr. “J”

SIM Sra. “C”;

- Conhecimento do casal sobre sexualidade:

SIM Sr. “J”

SIM Sra. “C”.

Função sexual:

- Disfunções sexuais:

NÃO Sr. “J”

NÃO Dona “C”;

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais: NÃO SE APLICA.

Planeamento familiar

Fertilidade:

- O casal planeia ter filhos / mais filhos: NÃO;

- Alterações na fertilidade do casal: NÃO;

- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial: NÃO SE APLICA;

- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade: NÃO SE APLICA.

Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional:

- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional: NÃO SE APLICA;

- Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez: SIM

Uso de contraceptivo: SIM;

- Satisfação com o contraceptivo adotado: SIM;

- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos: SIM;

- Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência: SIM;

- Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo: SIM.

Conhecimento sobre reprodução:

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher: SIM;

- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino: SIM;

- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino: SIM;
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez: SIM;
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes: SIM;
- Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada: SIM.

Papel parental

Família com filhos na escola

Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)

Conhecimento do papel

- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança SIM
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança SIM
- Conhecimento dos pais sobre higiene oral SIM
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária SIM
- Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança SIM
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança SIM
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação SIM
- Conhecimento dos pais sobre socialização SIM
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil SIM
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social SIM
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes SIM

Conhecimento do papel:

- Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental: SIM.

Comportamentos de adesão:

Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com as idades das crianças:
SIM

Os pais fomentam a adesão à vacinação das crianças: SIM

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada às crianças: SIM

Os pais promovem uma higiene adequada às crianças: SIM

Os pais promovem um padrão de exercício adequado às crianças: SIM

Consenso do Papel: SIM.

Conflitos de Papel: NÃO.

Saturação do Papel: NÃO.

Adaptação da família à escola: EFICAZ

1.1.3. Avaliação Funcional

Neste ponto é avaliada a interação familiar e enfatiza o papel do prestador de cuidados e o processo familiar, são dimensões de avaliação o conhecimento do papel, a adoção de comportamentos de adesão, o consenso, o conflito e a saturação do papel e o Processo Familiar, avaliando a comunicação, o *coping*, a interação de papéis familiares, bem como a relação dinâmica e as crenças (Figueiredo:2011).

Conhecimento do papel

- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários SIM
- Criação de espaço para a criança estudar SIM
- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança SIM
- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares SIM
- Promoção da socialização/autonomia da criança SIM

Comportamentos de adesão

- Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança SIM
- Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM
- Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança SIM
- Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM
- Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM
- Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado á criança SIM
- Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM
- Os pais promovem a socialização da criança SIM
- Os pais definem regras entre os subsistemas SIM
- Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança SIM
- Os pais interagem positivamente com a criança SIM
- Consenso do Papel SIM

Membro da família dependente SIM esporadicamente cerca de trinta dias ao longo do ano

Dependência em:

- Autocuidado- Higiene SIM
- Autocuidado -Vestuário SIM
- Autocuidado- Comer SIM
- Autocuidado -Beber SIM
- Autocuidado -Ir ao sanitário SIM
- Autocuidado -Comportamento sono-reposo SIM
- Autocuidado- Atividade de lazer SIM
- Autocuidado -Atividade Física SIM
- Gestão do regime terapêutico SIM
- Autovigilância Não
- Autoadministração de medicamentos NÃO;
- Em todas as atividades o cuidador é o filho o Sr. “J”.

Papel de Prestador de cuidados

Conhecimento do papel

Os quadros que se seguem evidenciam o conhecimento de papéis e comportamentos de adesão em relação ao papel de prestador de cuidados. Utilizamos a nomenclatura D- Demonstrado, ND- Não Demonstrado e NA- Não Aplicável.

Quadro 1: Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado de Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	NA
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes	D
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes	NA
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	D
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	NA
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes	D

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo	NA
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	NA

Quadro 2: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	ND
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir	ND
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir	D

Quadro 3: Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	D

Quadro 4: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos	D

Quadro 5: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	D

Quadro 6: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono- repouso

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	D

Quadro 7: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autocuidado recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	D

Quadro 8: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado atividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o padrão de exercício adequado	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	D

Quadro 9: Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	D

Quadro 5: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado vigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	D

Quadro 11: Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autoadministração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	D
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos	D

Quadro 12: Comportamentos de Adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente	D
--	---

O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente	D
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	D
O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente	D
O Prestador de cuidados promove comportamento sono-repouso adequado ao membro da família dependente	D
O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	D
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	ND
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância	D

Consenso do Papel: SIM

Conflitos de papel: NÃO

Saturação do papel: NÃO

2. PROCESSO FAMILIAR

São consideradas quatro dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças (Figueiredo, 2011).

Com a aplicação escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* (ANEXO II) à família “C” identificam-se os acontecimentos seguintes:

Readaptação profissional, a família teve necessidade de se adaptar ao teletrabalho do Sr. “J” nesta fase de confinamento devido à pandemia por COVID-19 (pontuação: 39); Mudanças de escola que ocorreram pelo ensino à distância via informática, de ambos os filhos (pontuação:20); mudança no tipo de trabalho (pontuação:36); Férias (pontuação: 13) e natal (pontuação:12). Tendo em conta a pontuação obtida nesta escala (120), conclui-se que a família “C” apresenta menor probabilidade de incidência de doenças.

Comunicação familiar

Relativamente à comunicação, a Sr. “J” é quem expressa melhor os seus sentimentos e emoções, sobretudo porque na fase de confinamento foi ele que sofreu maiores alterações do seu estilo de vida. É de referir que é ele o cuidador do pai quando este está na casa do casal. Constatou-se também que existe satisfação e aceitação da família relativamente à expressão dos mesmos. Todos os membros da família se expressam de forma clara e direta, existindo uma clara compreensão entre todos. Verifica-se em relação à comunicação circular, satisfação dos membros sobre a forma de como se comunica na família, nomeadamente na comunicação entre o Sr. “J” e as irmãs. Esta situação permite uma boa articulação e cooperação familiar. A Dona “C” expressa gratidão pela forma assertiva como a avó Dona “I.” tem sido um bom suporte familiar.

Coping familiar

Quando a família é confrontada com situações problemáticas, habitualmente o casal identifica os problemas e tomam as iniciativas de resolução de problemas em conjunto.

A família não sente necessidade de recorrer a recursos externos para a resolução dos problemas que vão surgindo. As vivências anteriores, nomeadamente a doença e falecimento da Mãe, do Sr. “J”, contribuíram para reforçar os laços familiares no apoio ao Sr. “A”, que é o membro dependente nesta família.

Papéis familiares

Os papéis familiares, nomeadamente, o papel de provedor de gestão financeira, do cuidado doméstico, o papel criativo e o papel de parente são todos desempenhados por ambos os

membros do casal. Constatou-se que não se verificam conflitos e nem saturação ao assumir estes papéis.

Relação dinâmica

A Sr. “J” é o membro com maior dinâmica na família. Sendo que ambos, mostram satisfação relativamente à influência que um exerce no comportamento um do outro. No que diz respeito às alianças e uniões verifica-se que existe aliança entre o agregado familiar.

Para avaliar a coesão e adaptabilidade da família e segundo a escala de FACES II (ANEXO III), conclui-se que se trata de uma família com coesão ligada (score 80) e muito flexível em relação à adaptabilidade (score 95). Interpretando estes dados, identifica-se a família, “C” como uma família muito equilibrada. (Coesão 8+ Adaptabilidade 8/2=8).

Relativamente à perceção dos membros em relação à funcionalidade da família, de acordo com a escala do “Apgar Familiar” de Smilkstein (ANEXO IV), obteve-se uma família altamente funcional relativamente a ambos os membros do agregado familiar (Score de 10 pontos cada um dos membros do casal).

A família “C” é católica, não praticante, contudo o Sr. “J” teve uma educação mais religiosa e é mais crente que a Dona “C” com poucas crenças espirituais. O respeito, honestidade e humildade são alguns dos valores pelos quais a família se orienta. Os hábitos e os costumes da família seguem os padrões da cultura portuguesa. A família esteve sempre atenta à intervenção da profissional de saúde, revelando estima e confiança no trabalho desenvolvido.

3. DOS DIAGNÓSTICOS À IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O MDAIF é composto por postulados de intervenção que orienta a atuação dos enfermeiros no trabalho desenvolvido nas USF e UCSP, permitindo uma abordagem sistematizadora da prática de enfermagem em saúde familiar. Desta forma os diagnósticos e intervenções são padronizados permitindo uma uniformização dos mesmos. Esta uniformização possibilita a comparação de indicadores entre unidades de saúde e concorre para uma base nacional de trabalho uniforme.

Os diagnósticos de Enfermagem são a “identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas.” (Figueiredo, 2012:134).

Apresentam-se os planos de cuidados elaborados para a família “C”. Remetem-se para Apêndice B os planos de sessão de educação efetuados à Família “C”.

Quadro 13: Plano de cuidados Papel Parental de família com filhos na escola

Foco	Papel parental de Família com filhos na escola
Juízo	Saturação SIM
Critérios de Diagnóstico	Papel Parental Não Adequado se: Saturação do papel
Dimensões	Reorganização funcional para adaptação aos novos horários Criação de um espaço para as crianças estudarem Participação dos pais nas atividades de estudo das crianças Promoção da socialização/autonomia das crianças (Ensino à distância via plataformas informáticas devido à pandemia de COVID-19)
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Saturação do papel parental Promover estratégias de reorganização funcional para adaptação funcional à nova realidade e novos horários; Separar as crianças, durante as aulas não presencias, em divisões diferentes; Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo das crianças; Promover a autonomia das crianças; Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família.

Quadro 14: Plano de cuidados do prestador de cuidados quanto à necessidade “atividade física”

Foco	Papel Prestador Cuidados
Juízo	Não adequado
Critérios de Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: Conhecimento do Papel Não demonstrado
Dados	Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física: Não demonstrado (Nova realidade por medidas de confinamento devido à COVID-19)
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Autocuidado Atividade Física:<ul style="list-style-type: none">- Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência;- Ensinar PC sobre padrão de exercício adequado;- Ensinar / Instruir / Treinar PC sobre técnicas de mobilização;- Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre equipamentos adaptativos.

Identificadas as necessidades da família, foi delineado um plano de cuidados, implementados através de sessões de educação para a saúde no domicílio, dirigidas a ambos os membros do agregado familiar (APENDICE B)

CONCLUSÃO

A quarentena e o isolamento são medidas de afastamento social essenciais em algumas situações excepcionais, como a pandemia atual por COVID-19 (novo coronavírus).

O Afastamento social levou as famílias à perda do convívio e interação social, sobretudo com a família alargada. Esta realidade requer das famílias um reajustamento do dia a dia.

A família “C” é o retrato desta realidade. Cabe às famílias engenho e arte para através de forças internas e estratégias *coping* desenvolverem, no seio familiar a homeostasia necessária à alegria de viver.

A elaboração do estudo da família “C”, com recurso à metodologia do MDAIF, numa época epidemiológica sem par e socialmente diferente, foi um desafio. Contudo, veio reforçar a necessidade dos profissionais de enfermagem e, principalmente, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar de se adaptarem a situações cada vez mais imprevisíveis. A sua aplicabilidade conduziu à perceção de que o modelo tem como objetivo primordial, ajudar as famílias a responder às necessidades específicas. Numa abordagem sistémica e com ênfase no carácter colaborativo em que os enfermeiros cuidam e acompanham as famílias, colocando em evidência a necessidade de potencializar as suas forças, recursos e competências.

A família encontra-se na etapa do ciclo vital: família com filhos na escola. A aplicação da escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe*, ajudou a corroborar esta afirmação, pois permitiu concluir que a família possui uma probabilidade muito ínfima de vir a desenvolver doenças, mesmo sujeita a efeitos stressantes, crises pandémicas e solicitações da família mais extensa. Quotidianamente, revela-se uma família equilibrada, como ficou explícito na escala de FACES II e altamente funcional como divulgou a escala do “Apgar Familiar” de Smilkstein. Constatou-se que o rendimento familiar atual, segundo a aplicação da escala, é suficiente para fazer face às necessidades, situando-se na classe média alta segundo a escala de Graffar, o que constituiu uma mais-valia, já que não se constatam privações de qualquer tipo.

Confrontando as descrições dos parâmetros da escala constata-se que se enquadram integralmente na situação socioeconómica da família, de acordo com as informações fornecidas nas entrevistas e observadas em domicílio.

O papel de prestador de cuidados é assumido exclusivamente por “J”, o filho, que demonstra ter conhecimentos sobre o seu papel, deixando o cuidado dos filhos no período da sua permanência do Sr. “A” em casa do casal à Dona “C”, que não manifestou qualquer desconforto nesse sentido. Mais concretamente os recursos de apoio à saturação de papel do pai por se encontrar em teletrabalho a cuidar dos filhos na escola, neste período com a escola em casa com ensino à distância.

A consciencialização autêntica dos papéis de cada membro do casal foi evidenciada na cumplicidade e apoio mútuo. Quanto ao prestador de cuidados desta família perante o quadro familiar em que está inserido, foi reconhecida sem impedimentos, e constituiu, uma mais-valia no envolvimento do processo educativo, desenvolvendo conhecimentos, capacidades e habilidades para o desempenho do seu papel de forma mais eficaz.

Os objetivos inicialmente propostos foram:

- **Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional;** adquiriram-se experiências únicas que contribuíram claramente para que este objetivo fosse atingido.
- **Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar;** com base nas competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista em saúde familiar, considera-se que foram adquiridas.
- **Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre o modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- MDAIF;** este objetivo foi atingindo plenamente, uma vez que se desenvolveu uma aprendizagem prática com aplicação de uma base teórico-científica.
- **Realizar a Avaliação e Intervenção familiar segundo o MDAIF;** a consecução deste objetivo ficou patente ao longo da segunda parte deste estudo e considera-se atingido.

Ao finalizar o MDAIF foi adotado pela OE e encontra-se adaptado à realidade das famílias portuguesas. Orienta e sistematiza a prática de enfermagem no âmbito da enfermagem de saúde familiar com a contribuição para a manutenção do seu funcionamento, enquanto unidade, e simultaneamente fornece resposta às necessidades individuais dos membros que a compõe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). (Des) *Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Correia, A. Dias, F. Coelho, M. Page, P. Vitorino, P. (2001). *Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. Ver. Portuguesa de Saúde Pública, voll temático 2907 pp: 75-82*
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica, o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar (Tese de Doutoramento)*. Porto: Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade, Escola de Enfermagem.
- Figueiredo, M. H. (2011). *Manual de Apoio à Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lisboa: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fonseca, C. (2012). *Estratégias na adaptação familiar à doença crónica de um dos seus elementos (Dissertação de Mestrado)*. Santarém: Instituto Politécnico, escola superior de enfermagem.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde á família (2.º ed.)*. Loures: Lusociência.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2013) *Estatísticas Demográficas 2011*, Lisboa: INE, I.P.
- Eitzen, D. Stanley e Zinn, Maxine Baca (2000). The Missing Safety Net and Families: A Progressive Critique of the New Welfare Legislation," *The Journal of Sociology & Social Welfare* : Vol. 27: Disponível em: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol27/iss1/4>
- Martins, A.R.R. (2018). *Dissertação apresentada ao ISMT, para obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica, Ramos de Psicologia Psicodinâmica*. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra
- Acedido em 20 de nov. 2019 em <https://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/854/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20do%20Ciclo%20Vital%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>

- Pinheiro, J.D. (2016). *Perspetivas de evolução do direito da família em Portugal*. Coimbra. Acedido em 2 de nov. 2019. Disponível em URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/38889>.
- Portal da Educação (s/d). Ciclo Vital da Família Acedido em 14 de nov. de 2019. Disponível em <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/o-ciclo-vital-da-familia/35270>.
- OE (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Acedido em mar., 9, 2020 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>.
- OE (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Acedido em fev., 25, 2020, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- OE (2018). *Padrões dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar*. Diário da República, 118, II Série, nº 135, de 16 de jul. 2018 , pp. 19357-19359. Obtido em 6 de abr de 2019
- OE (2020). *Ano da enfermagem*. Acedido em mar., 9, 2020 em:<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/2020-o-ano-da-enfermagem/>
- Peixoto, M., e Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 fev. ,372-388. Acedido em 15 de fev. de 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171017>
- Relvas, A. P. e Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica* (2.^a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Regulamento n.º 126/2011. Diário da República. II Série, n.º 135, de 18 de fevereiro de 2011, Lisboa, 8660-8661.
- Tavernise, Sabrina (2011). *Married Couples Are No Longer a Majority, Census Finds*, Washington.
- <https://www.genopro.com/>

ANEXOS

ANEXO I - Notação Social da Família (Graffar Adaptado)

Notação Social da Família (Graffar Adaptado)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	Pontuação			Posição social
						c/5 Itens	c/4 Itens	c/3 Itens	
1	-Gr.industriais e Comerciantes -Gestores de topo do sector publico ou privado (> 500 empregados) -Professor Universitários (com Doutoramento) -Brigadeiro/General/ Marechal -Profissões liberais de topo -Altos dirigentes políticos	-Licenciatura -Mestrado -Doutoramento	-Lucros de empresas de propriedades -Herança -Rendimentos profissionais de elevado nível	-Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máxima de conforto	-Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I Classe Alta Data: _/ _/ _
	-Médios Industriais e comerciantes -Dirigentes de médias empresas -Agricultores / Proprietários -Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado -Oficiais das Forças Armadas -Profissões liberais -Professores Ens. Básico -Professores Ens. Secundário -Professores Universitários (c/ Doutoramento)	-Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	-Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	-Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	-Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II Classe Média Alta Data: _/ _/ _
	-Peq. Industriais e Comerciantes -Quadros médios: Chefes de secção -Emp. Escritório (grau) ^ -Médios agricultores -Sargentos e equiparados	-12ºAno -Nove ou mais anos de escolaridade	-Vencimentos certos	-Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	-Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III Classe Média Data:19/11/2014
	-Peq. Agricultores/ Rendeiros -Emp. Escritório (grau) v -Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível	-Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	-Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional -Pensionistas ou Reformados -Vencimentos incertos	-Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho. Com eletrodomésticos de menor nível	-Bairro	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV Classe Média Baixa Data: _/ _/ _
	-Assalariados agrícolas -Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	-Não sabe ler ou escrever -Escolaridade <4 anos	-Assistência (subsídios) -RMG	Impróprio (barraca, andar ou outro) -Coabitação de vários familiares em situação de promescuidade	-Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V Classe Baixa Data: _/ _/ _
Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	Pontuação			Posição social
						c/5 Itens	c/4 Itens	c/3 Itens	
1	-Gr.industriais e Comerciantes -Gestores de topo do sector publico ou privado (> 500 empregados) -Professor Universitários (com Doutoramento) -Brigadeiro/General/ Marechal -Profissões liberais de topo -Altos dirigentes políticos	-Licenciatura -Mestrado -Doutoramento	-Lucros de empresas de propriedades -Herança -Rendimentos profissionais de elevado nível	-Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máxima de conforto	-Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I Classe Alta Data: _/ _/ _
	-Médios Industriais e comerciantes -Dirigentes de médias empresas -Agricultores / Proprietários -Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado -Oficiais das Forças Armadas -Profissões liberais -Professores Ens. Básico -Professores Ens. Secundário -Professores Universitários (c/ Doutoramento)	-Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	-Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	-Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	-Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II Classe Média Alta Data: _/ _/ _
	-Peq. Industriais e Comerciantes -Quadros médios: Chefes de secção -Emp. Escritório (grau) ^ -Médios agricultores -Sargentos e equiparados	-12ºAno -Nove ou mais anos de escolaridade	-Vencimentos certos	-Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	-Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III Classe Média Data:19/11/2014
	-Peq. Agricultores/ Rendeiros -Emp. Escritório (grau) v -Operários semiquilificados -Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível	-Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	-Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional -Pensionistas ou Reformados -Vencimentos incertos	-Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho. Com eletrodomésticos de menor nível	-Bairro	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV Classe Média Baixa Data: _/ _/ _
	-Assalariados agrícolas -Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	-Não sabe ler ou escrever -Escolaridade <4 anos	-Assistência (subsídios) -RMG	Impróprio (barraca, andar ou outro) -Coabitação de vários familiares em situação de promescuidade	-Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V Classe Baixa Data: _/ _/ _

ANEXO II – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Escala de readaptação social de Holmes & Rahe aplicada à família “C”

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Legenda:

150-200 – Menor probabilidade de incidência de doenças

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

>300 - 80% de probabilidade de adoecer por doenças psicossomáticas

ANEXO III – Escala de FACES II

Faces II aplicada à família “C”

FACES II - Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	<u>Quase Nunca</u>	<u>De vez em quando</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Muitas vezes</u>	<u>Quase Sempre</u>
<u>1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.</u>					<u>X</u>
<u>2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.</u>					<u>X</u>
<u>3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.</u>	<u>X</u>				
<u>4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.</u>					<u>X</u>
<u>5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.</u>					<u>X</u>
<u>6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.</u>					<u>X</u>
<u>7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.</u>					<u>X</u>
<u>8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.</u>					<u>X</u>
<u>9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.</u>	<u>X</u>				
<u>10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família</u>					<u>X</u>
<u>11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.</u>					<u>X</u>
<u>12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.</u>	<u>X</u>				
<u>13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.</u>					<u>X</u>

<u>14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.</u>					<u>X</u>
<u>15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.</u>	<u>X</u>				
<u>16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.</u>			<u>X</u>		
<u>17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.</u>					<u>X</u>
<u>18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.</u>					<u>X</u>
<u>19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.</u>	<u>X</u>				
<u>20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.</u>					<u>X</u>
<u>21. Cada um de nós aceita o que a família decide.</u>					<u>X</u>
<u>22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.</u>					<u>X</u>
<u>23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros</u>					<u>X</u>
<u>24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.</u>	<u>X</u>				
<u>25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros</u>	<u>X</u>				
<u>26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.</u>					<u>X</u>
<u>27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.</u>					<u>X</u>
<u>28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.</u>	<u>X</u>				
<u>29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.</u>	<u>X</u>				

30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					<u>X</u>
--	--	--	--	--	----------

Escala de Faces II (Coesão Familiar)

Coesão Familiar								
Itens	<u>Laços emocionais</u>	<u>Limites Familiares</u>	<u>Coligações</u>	<u>Tempo</u>	<u>Espaço</u>	<u>Amigos</u>	<u>Decisões</u>	<u>Interesses e Lazer</u>
		<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>

Escala de Faces II (Adaptabilidade Familiar)

Adaptabilidade Familiar						
Itens	<u>Imposição</u>	<u>Liderança</u>	<u>Disciplina</u>	<u>Negociação</u>	<u>Papéis</u>	<u>Regras</u>
		<u>15</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>15</u>	<u>10</u>

Interpretação da escala de Faces II (Coesão Familiar/Adaptabilidade Familiar)

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

Fonte: Figueiredo, M. H. J. S. (2011). Manual de Apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar.

ANEXO IV – Escala de Apgar Familiar de Smilkstein

Índice de Apgar de Smilksteín da Dona “C”

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

Índice de Apgar de Smilksteín Do Sr. “J”

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		

3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:			

Legenda:

Quase sempre – 2 pontos; Algumas vezes – 1 ponto; Quase nunca – 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com disfunção acentuada

APÊNDICES

APÊNDICE A – Planos de contacto à família



1º CONTACTO À FAMÍLIA

Data: 03/07/2020

Hora: 15:00 horas

Família: “C”

Membros intervenientes: 1 aluna do mestrado de enfermagem comunitária e enfermeira de família

Local: Domicílio da família

Duração prevista: 20 minutos

Metodologia: Observação e entrevista

Guia Orientador de recolha de dados: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo

1. Apresentação E estabelecimento de relação de empatia com a família utente.

Como primeiro contacto há a necessidade de explicar quem somos, o que pretendemos com o nosso estudo e em que nos vamos basear.

2. Garantir a confidencialidade da família e obter o consentimento informado.

Iremos explicar que todo o nosso estudo terá um nome de família fictício, de modo a prevenir a confidencialidade, com isso será necessário que a família em questão aceite o nosso estudo ao longo de nove semanas com a metodologia de entrevista, sendo que que foi entregue um consentimento informado.

Serão referidos que os objetivos de trabalho, como encontrar e tentar resolver problemáticas nas necessidades da família; permitir o nosso desenvolvimento enquanto futuros profissionais de saúde. Por fim, iremos ter o consentimento informado.

3. Avaliação da dimensão estrutural

3.1. Avaliar a composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos e classe social:

- ✓ Quantas pessoas constituem o agregado familiar; (4)
- ✓ Que idades têm; (46,40,8,6)

- ✓ Antecedentes Pessoais; “C”: Artroscopia joelho esquerdo; Uretroscopia (cálculo Renal); “J”: Cirurgia ombro; “F”: Alergia às gramíneas; “D”: Rinite alérgica; Cirurgia amigdalite e adenoides.
- ✓ Qual o nome e idades dos constituintes do agregado familiar;

“C”: 1, 63; 62kg;

“J”: 1, 71; 66kg;

“F”: 1, 26; 23kg;

“D”: 1, 15; 18 kg.

Quantos irmãos têm e cunhados; “J”: 2 irmãs e 2 cunhados

- ✓ São todos casados; têm filhos; Quais as idades dos irmãos; Irmã (51), Cunhado (52), Sobrinha (17), Sobrinho (15); Irmã (47); Cunhado (49); Sobrinhos (18, 16, 14, 3)
- ✓ Mantêm contacto com esses familiares; Se sim, com quem; Sim. Todos. Residem no norte do país.
- ✓ Como são esses contactos (presencial, telefónico, por carta/ e-mail); Presencial e telefónico.
- ✓ Qual a intensidade dos contactos; pontuais, por imposição geográfica (exemplo, festas de família, férias, ocasiões esporádicas);
- ✓ Tipos de relações têm entre todos os familiares das 3 gerações;
- ✓ Com quem mais se relacionam e frequência na utilização de instituições;
- ✓ Rendimentos familiares; certos, por conta de outrem.
- ✓ Profissões; Assistente Técnica; Docente 3º ciclo e Secundário
- ✓ Escolaridade; “C”: Licenciatura / “J”: Mestrado
- ✓ Tipo de habitação; Andar com 3 quartos, 2 WC, 1 sala, 1 cozinha, Garagem e Sótão, espaçoso e confortável.
- ✓ Realizar avaliação segundo a escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001).

Relação muito próxima com avó “C” Sempre presente, auxilia as crianças na ausência dos pais (férias, outras ausências), apoia no cuidado com a roupa da família.

Relação muito próxima com pais da “C” e com grande apoio familiar.

Falecimento da Mãe do “J” em 2014.

Presença pontual de Pai do “J” (semi-dependente), cerca de 30 dias por ano, período não contínuo.

3.2. Avaliar o edifício residencial e ambiente biológico:

Avaliar a habitação segundo a parametrização de edifício residual, sistema de abastecimento e ambiente biológico:

- ✓ Barreiras arquitetônicas para o estado de saúde; Nenhumas
- ✓ Que tipo de aquecimento usa; Aquecimento central e lareira.
- ✓ Tem abastecimento de gás; Se sim, qual; Sim, gás natural.
- ✓ Quantas vezes limpa a casa por semana; 1 vez (casa em geral) e quando necessário.
- ✓ Qual o tipo de abastecimento de água; Rede pública.
- ✓ Qual o serviço de tratamento de resíduos; Rede municipal
- ✓ Tem animais de estimação; Têm as vacinas em dia; Estão em casa ou fora; (2 hamsters e peixes)
- ✓ Tem outros animais.

3.3. Avaliar as precauções de segurança manifestadas pela família:

- ✓ Têm o Plano Nacional de Vacinação atualizado; Sim (todos)
- ✓ Costumam ir com frequência à USF-Covilhã- /Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira “C” e “J” sim. As crianças são consultadas por pediatra particular.
- ✓ Relativamente à casa, sabem como as maquinarias (gás, eletrodomésticos) funcionam. Sim (as crianças em aprendizagem para saber funcionar com o micro-ondas e outros equipamentos elétricos.)
- ✓ **Previsão do próximo contacto:** 10/07/2020 às 09:30 horas



2º CONTACTO À FAMÍLIA

Data: 10/07/2020

Hora: 15:00 horas

Família: “C”

Membros intervenientes: 1 aluna do mestrado de enfermagem comunitária e enfermeira de família

Local: Domicílio da família

Duração prevista: 20 minutos

Metodologia: Observação e entrevista

Guia Orientador de recolha de dados: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo

Comportamentos de adesão

1. Avaliação da dimensão funcional

1.1. Membro da família dependente: SIM (semi-dependente)

Dependência em:

- ✓ **Autocuidado Higiene: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Vestuário: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Comer: SIM**
- ✓ **Autocuidado Beber: SIM**
- ✓ **Autocuidado Ir ao sanitário: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Comportamento sono-reposo: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autocuidado Atividade de lazer: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autocuidado Atividade Física: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Gestão do regime terapêutico: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autovigilância: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autoadministração de medicamentos: NÃO Prestador de cuidados: Filho**

1.2. Avaliar o processo familiar:

- ✓ **Aplicar a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe;**
- ✓ **Quem é que na família expressa mais os sentimentos; “C”**

- ✓ Estão satisfeitos com o modo de expressão de sentimentos; Sim
- ✓ Aceitam essa forma de expressão de sentimentos; Sim
- ✓ Impacto que esses sentimentos proporcionam na família; Intimidade e cumplicidade.
- ✓ Todos na família são claros e diretos no discurso; normalmente, sim.
- ✓ Todos na família expressam-se claramente quando comunicam seja verbal ou não verbal; normalmente, sim.
- ✓ Quem é que na família habitualmente identifica os problemas; Casal
- ✓ Quem tem iniciativa para os resolver; Casal
- ✓ Existe discussão sobre os problemas na família; Sim
- ✓ Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; Sim
- ✓ A família recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas; Não se verificou necessidade
- ✓ Experiências positivas da família na resolução da família; Educação dos filhos, saúde financeira.
- ✓ Quem desempenha o papel de provedor; Casal
- ✓ Consenso; Casal
- ✓ Conflitos; Não
- ✓ Saturação; Não
- ✓ Qual é o membro com maior poder na família; Casal
- ✓ Está satisfeita relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros; Sim
- ✓ Existem na família alianças entre alguns dos membros; “D” com a mãe (muito mimo!!!).
- ✓ Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união; Sim
- ✓ Aplicar a escala de FACES II;
- ✓ Aplicar a escala de Apgar Familiar de Smilkstein;
- ✓ Quais são as crenças familiares; “J”: Católico, não praticante

Período de confinamento COVID-19

Período difícil para adaptação: “C” trabalhadora em serviço essencial, sem poder ficar em casa para apoio dos filhos. “J”, professor do ensino secundário, a dar aulas a 10º ano e 11º ano neste ano letivo, com aulas síncronas e presenciais. Dois filhos em idade escolar. “F” no 3º ano de escolaridade e “D” no 1º ano, com muita necessidade de acompanhamento, principalmente o “D” que iniciou este ano a vida escolar. “J” ficou em casa em teletrabalho e a acompanhar os filhos e

aquando das aulas presenciais, as crianças ficaram com a bisavó e o avô, que já se encontra reformado.

Grande saturação e exaustão, por parte do pai, pois a necessidade de acompanhamento dos filhos e a exigência profissional tornaram-se ao longo do tempo incompatíveis. Grande preocupação e ansiedade da família relativo

Previsão do próximo contacto: 17/07/2020 às 09:30 horas



3º CONTACTO À FAMÍLIA

Data: 17/07/2020

Hora: 9:30 horas

Família: “C”

Membros intervenientes: 1 aluna do mestrado de enfermagem comunitária e enfermeira de família

Local: domicílio da família

Duração prevista: 20 minutos

Metodologia: Observação e entrevista

Guia Orientador de recolha de dados: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo

1. Avaliação da dimensão de desenvolvimento

1.1. Avaliar a etapa do ciclo vital familiar: família com filhos adultos e papel parental

1.2. Conhecimento do papel

Demonstra conhecimentos sobre as tarefas desta etapa desenvolvimental?

Comportamentos de adesão

Adaptação da Família à com filhos na escola:

Existiu redefinição da relação filhos/pais?

Houve inclusão na família dos parentes por afinidade?

- Satisfação com a relação mantida do casal com os filhos em época de Pandemia COVID-19:
- Consenso do Papel:
- Conflitos de papel:
- Saturação do papel:

2. Avaliação da dimensão funcional

Período difícil para adaptação: Dona “C” trabalhadora em serviço essencial, sem poder ficar em casa para apoio dos filhos. “J”, professor do ensino secundário, a dar aulas a 10º ano e 11º ano

neste ano letivo, com aulas síncronas e presenciais. Dois filhos em idade escolar. “F” no 3º ano de escolaridade e “D” no 1º ano, com muita necessidade de acompanhamento, principalmente o “D” que iniciou este ano a vida escolar. “J” ficou em casa em teletrabalho e a acompanhar os filhos e aquando das aulas presenciais, as crianças ficaram com a bisavó e o avô, que já se encontra reformado.

2.1. Membro da família dependente: SIM / NÃO

Dependência em:

Comportamentos de adesão

- Avaliação da dimensão funcional

Membro da família dependente: SIM (semi-dependente)

Dependência em:

- ✓ **Autocuidado Higiene: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Vestuário: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Comer: SIM**
- ✓ **Autocuidado Beber: SIM**
- ✓ **Autocuidado Ir ao sanitário: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autocuidado Comportamento sono-reposo: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autocuidado Atividade de lazer: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autocuidado Atividade Física: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Gestão do regime terapêutico: NÃO Prestador de cuidados: Filho**
- ✓ **Autovigilância: NÃO Prestador de cuidados: Casal**
- ✓ **Autoadministração de medicamentos: NÃO Prestador de cuidados: Filho**

2.2. Avaliar o processo familiar:

- ✓ Aplicar a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe;
- ✓ Quem é que na família expressa mais os sentimentos; “J”
- ✓ Estão satisfeitos com o modo de expressão de sentimentos; Sim
- ✓ Aceitam essa forma de expressão de sentimentos; Sim
- ✓ Impacto que esses sentimentos proporcionam na família; Intimidade e cumplicidade.
- ✓ Todos na família são claros e diretos no discurso; Normalmente, sim.
- ✓ Todos na família expressam-se claramente quando comunicam seja verbal ou não verbal; Normalmente, sim.
- ✓ Quem é que na família habitualmente identifica os problemas; Casal
- ✓ Quem tem iniciativa para os resolver; Casal
- ✓ Existe discussão sobre os problemas na família; Sim

- ✓ Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; Sim
- ✓ A família recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas; Não se verificou necessidade
- ✓ Experiências positivas da família na resolução da família; Educação dos filhos, saúde financeira.
- ✓ Quem desempenha o papel de provedor; Casal
- ✓ Consenso; Casal
- ✓ Conflitos; Não
- ✓ Saturação; Não
- ✓ Qual é o membro com maior poder na família; Casal
- ✓ Está satisfeita relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros; Sim
- ✓ Existem na família alianças entre alguns dos membros; “D” com a mãe (muito mimo!!!).
- ✓ Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união; Sim
- ✓ Aplicar a escala de FACES II;
- ✓ Aplicar a escala de Apgar Familiar de Smilkstein;
- ✓ Quais são as crenças familiares; “J”: Católico, não praticante

2.3. Avaliar o papel do prestador de cuidados:

- ✓ Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes	
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes	

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir	

- ✓ Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	

- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	

✓ Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	

✓ Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos	

Previsão do próximo contacto: 24/07/2020 às 14:00 horas.



4º CONTACTO À FAMÍLIA

Data: 24/07/2020

Hora: 14:00 horas

Família: “C”

Membros intervenientes: 1 aluna do mestrado de enfermagem comunitária e enfermeira de família

Local: domicílio da família

Duração prevista: 60 minutos

Metodologia: Observação e entrevista

Guia Orientador de recolha de dados: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo

De acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos no contacto anterior, procedemos à elaboração de um plano de sessão que contempla as intervenções consideradas adequadas a situação, que foi apresentado neste contacto.

APÊNDICE B – Planos de sessões de educação

INSTITUIÇÃO – Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico da Guarda.		TEMA: AUTOCUIDADO ATIVIDADE FÍSICA		
POPULAÇÃO ALVO – Cuidador informal. Sr. “J”		DURAÇÃO: 10 minutos		
FORMADORES – Paula Brito		DATA: 10/07/2020		
PLANO DE SESSÃO				
Objetivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
<input type="checkbox"/> Promover Autocuidado Atividade Física: - Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência; - Ensinar PC sobre padrão de exercício adequado; - Ensinar / Instruir / Treinar PC sobre técnicas de mobilização; - Orientar a PC para o encaminhamento da pessoa dependente para RNCCI.	- Exercícios passivos e ativos; - Missão da RNCCI.	Expositiva	- Folheto sobre RNCCI	- Não contempla a avaliação
INSTITUIÇÃO – Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico da Guarda.		TEMA: AUTOCUIDADO HIGIENE.		
POPULAÇÃO ALVO – Pais com filhos na escola. Dona “C” e Sr. “J”		DURAÇÃO: 60 minutos		
FORMADORES – Paula Brito		DATA: 17/07/2020		
PLANO DE SESSÃO				
Objetivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
<input type="checkbox"/> Promover Autocuidado Higiene: - Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência; - Ensinar padrão de exercício adequado; - Instruir PC sobre a Técnica e treino de marcha; - Treinar PC sobre o uso de máscara na rua; - Ensinar PC sobre higiene das mãos;	- Material necessário; - Técnica treino de marcha com andarilho; - Cuidados na colocação e retirada da máscara; - Técnica de higiene das mãos em contexto familiar e após passeio na imediações da habitação	Expositiva e demonstrativo	-Material; - Andarilho; -Máscara comunitária.	- Demonstrado

