



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Educação e Envolvimento Familiar no Cuidado a Idosos com risco de Sarcopenia: O Papel do Enfermeiro de Família

Célia Filipa Figueiredo Marques, nº3837

Agosto, 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Educação e Envolvimento Familiar no Cuidado a Idosos com risco de Sarcopenia: O Papel do Enfermeiro de Família

Célia Filipa Figueiredo Marques, nº 3837

**Relatório Final de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de
Saúde à Família em contexto de USF/UCSP, do Curso de Mestrado em Enfermagem
Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, 1ª edição**

Trabalho efetuado sob a orientação de Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de
Azevedo e Andrade

Agosto, 2025

*"Observa o teu culto a família e cumpre teus deveres para com teu pai,
tua mãe e todos os teus parentes. Educa as crianças e não precisarás
castigar os homens"*

(Pitágoras)

*Dedico este trabalho às pessoas que representam a palavra amor na minha vida,
à minha mãe Maria de Lourdes (dedicatória póstuma)
e à minha avó Maria Encarnação.*

AGRADECIMENTO

Embora o relatório seja um trabalho individual, ele também reflete a contribuição de várias pessoas, às quais não posso deixar de expressar a minha sincera gratidão.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe (agradecimento póstumo) e avó paterna, por todo o apoio incondicional ao longo da minha vida, por acreditarem sempre em mim. Ao meu companheiro e a minha filha, que cresce ainda dentro de mim, mas que já foi companheira em momentos importantes desta jornada, que é a vida.

A todos os colegas de curso e parceiras desta jornada, que gratificante foi partilhar este caminho com todos vocês.

À Professora Doutora Ana Andrade pela disponibilidade, pelo conhecimento e pela tranquilidade partilhada, muito obrigada.

À minha enfermeira tutora, Enfermeira Tânia Figueiredo, que acolhe diariamente as famílias com um sorriso, o meu sincero agradecimento por todo o apoio, disponibilidade, positividade e, acima de tudo, pela confiança que depositou em mim. Também expressei a minha gratidão à unidade de saúde onde realizei o estágio, pelo acolhimento e pela oportunidade que me foi proporcionada.

Por fim, quero expressar a minha gratidão às famílias que tive a oportunidade de cuidar e que estão mencionadas neste relatório, pois sem elas este trabalho não teria sido possível.

Obrigada!

Resumo

Introdução: A partir dos 60 anos há um aumento significativo do risco de sarcopenia nos idosos, doença que compromete significativamente o desempenho físico do indivíduo. Para a prevenção e tratamento desta condição, a nutrição é essencial na prevenção da evolução da sarcopenia em que é importante ter em conta a ingestão proteica do indivíduo e de que modo se relaciona com o aumento da função muscular bem como a prática regular de exercício físico.

Objetivos: Avaliar as famílias que integrem membro idoso, com risco de sarcopenia. Identificar necessidades individuais e da família. Avaliar os ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem.

Métodos: Estudo de casos múltiplos de famílias com idosos com risco de sarcopenia sustentado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Para a avaliação das três famílias foram desenvolvidas consultas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. Este estudo está inserido no Projeto Family2Care, com parecer favorável da Comissão de ética.

Resultados: As intervenções realizadas, em parceria com as famílias, culminaram em ganhos em saúde para as mesmas e para os indivíduos, nomeadamente, nas áreas do Processo Familiar no estabelecimento de uma comunicação familiar eficaz, e no Papel do Prestador de Cuidados, nomeadamente conhecimento sobre o regime dietético (importância das proteínas no idoso) e regime de exercício na prevenção da sarcopenia no idoso e bem como a nível individual.

Conclusões: A interação com as famílias é uma componente fundamental para a promoção da literacia em saúde bem como no fortalecimento do cuidado colaborativo a idosos com risco de sarcopenia.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Família, Envelhecimento, Sarcopenia.

Abstract

Introduction: From the age of 60 onward, there is a significant increase in the risk of sarcopenia in the elderly, a condition that significantly compromises physical performance. For the prevention and treatment of this condition, nutrition is essential in preventing the progression of sarcopenia. It is important to consider the individual's protein intake and how it relates to increased muscle function, as well as regular exercise.

Objectives: To assess families with an elderly member at risk for sarcopenia. To identify individual and family needs. To evaluate the health benefits resulting from nursing interventions.

Methods: Multiple-case study of families with elderly individuals at risk for sarcopenia, supported by the Dynamic Family Assessment and Intervention Model. Family Health Nursing consultations were developed to assess the three families. This study is part of the Family2Care Project, with a favorable opinion from the Ethics Committee.

Results: The interventions carried out, in partnership with families, culminated in health gains for them and for individuals, namely in the areas of the Family Process in establishing effective family communication, and in the Role of the Caregiver, namely knowledge about the dietary regime (importance of proteins in the elderly) and exercise regime in the prevention of sarcopenia in the elderly and also at an individual level.

Conclusions: Interaction with families is a fundamental component for promoting health literacy as well as strengthening collaborative care for older adults at risk of sarcopenia.

Keywords: Family Health Nursing, Family, Ageing, Sarcopenia.

Índice

LISTA DE FIGURAS.....	17
LISTA DE TABELAS.....	19
LISTA DE SIGLAS.....	21
INTRODUÇÃO	25
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	29
1.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR.....	33
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA.....	36
3. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – EDUCAÇÃO E ENVOLVIMENTO FAMILIAR NO CUIDADO A IDOSOS COM RISCO DE SARCOPENIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	39
3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	39
3.2. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	55
3.3. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	57
3.4. LIDERANÇA E COLABORAÇÃO NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	71
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	73
4.1. CUIDA A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO	75
4.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	82
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	97
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS PARA O PROJETO FAMILY2CARE.....	98
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DA SARC-F	100
ANEXO III – APRESENTAÇÃO POWER POINT DA SESSÃO FORMATIVA.....	101

Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF.....	32
Figura 2 - Pirâmide Etária da lista de utentes da enfermeira tutora	34
Figura 3 - Trajetórias da massa e força muscular ao longo da vida e abordagem desenvolvimental na prevenção e tratamento da sarcopenia (adaptado de Cruz-Jentoft et al. (2019).	42
Figura 4 - Natureza multideterminada da sarcopenia (adaptado de Cruz-Jentoft et al. (2019).....	43
Figura 5 - Fluxograma da abordagem diagnóstica da sarcopenia proposta pelo Grupo de Trabalho Europeu para a Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP2; Cruz-Jentoft et al., 2019). AIB = análise de impedância bioelétrica; VM = Velocidade de marcha; BDFb = Bateria Desempenho Físico-breve (SPPB; Short Physical Performance Battery); TLI = Teste Levantar e Ir (TUG; Time Up and Go).	50
Figura 6 - Genograma da Família 1.....	59
Figura 7 - Ecomapa da Família 1.....	60
Figura 8 - Genograma da Família 2.....	63
Figura 9 - Ecomapa da Família 2.....	64
Figura 10 - Genograma da Família 3.....	68
Figura 11 - Ecomapa da Família 3.....	69

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico e respetivos métodos e pontos de corte de acordo com diferentes grupos de trabalho (adaptado de Voulgaridou et al., 2024).....	46
--	----

Lista de Siglas

BI - Bilhete de Identidade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DEXA - Dual-Energy X-ray Absorptiometry

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEC-ESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

EWGOP - European Working Group on Sarcopenia in Older People

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Plano(s) de Acompanhamento Interno

PC – Prestadora de Cuidados

RI - Regulamento Interno

SARC-F – S - Strength (Força), A - Assistance in walking (Assistência para caminhar), R - Rise from a chair (Levantar-se de uma cadeira), C - Climb stairs (Subir escadas), F - Falls (Quedas)

SI – Sistemas de Informação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

Introdução

A Enfermagem, como ciência, pretende dirigir no contexto comunitário uma especial atenção à Família, assumindo um papel de parceiro ativo na compreensão do funcionamento, dinâmica e relações internas na estrutura da Família como sistema, bem como o relacionamento dos diversos subsistemas com o todo familiar e o meio onde se envolve. Neste contexto, em cooperação com diversas áreas do saber, dada a sua especificidade particular, a Família na Perspetiva Sistémica tem suscitado especial atenção, o que dirigiu a necessidade da disciplina de Enfermagem, enquanto ciência, alargar, aprofundar e partilhar um corpo de conhecimentos que lhe permita orientar a prestação de cuidados na promoção da saúde, prevenção da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos que ocorrem nas diferentes etapas do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem em Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Ana Andrade e sob a tutoria da Mestre e Enfermeira especialista Tânia Figueiredo, surge a elaboração de um relatório final com famílias inscritas numa USF, modelo B, permitindo adquirir competências profissionais para compreender melhor o meio familiar e assim atuar mais eficientemente de acordo com as necessidades da mesma.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) desempenham um papel fundamental no sistema de saúde em Portugal, representando o primeiro nível de contacto entre a população e os serviços de saúde. Nas últimas cinco décadas, têm evoluído significativamente, impulsionados por reformas estruturais e políticas públicas que procuram aumentar a acessibilidade, eficiência e qualidade dos serviços prestados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978) os CSP têm como missão assegurar que os indivíduos e as comunidades recebem os cuidados de saúde necessários próximo de onde vivem, garantindo um atendimento holístico e contínuo. Estes cuidados incluem não só a promoção da saúde e a prevenção de doenças, mas também o tratamento adequado, a reabilitação e os cuidados paliativos, de forma integrada e centrada nas necessidades da pessoa. A relevância dos CSP é reconhecida não apenas no contexto português, mas também globalmente (OMS, 2018). Esta abordagem integrada visa atingir um elevado nível de saúde e bem-estar, reforçando o

compromisso com os princípios de equidade, eficiência e universalidade que sustentam os sistemas de saúde modernos.

Para melhorar os princípios da equidade, eficiência, efetividade e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, tornou-se necessário reestruturar os Cuidados de Saúde Primários. Como parte dessas mudanças, em 2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF) (Luís, 2007). As USF são compostas por equipas multiprofissionais (médico, enfermeiro e assistente técnico) (Biscaia, 2006), assumem-se como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e às famílias, devendo estar integradas em rede com outras unidades funcionais (UF) (Ministério da Saúde, 2007). Atualmente, através da integração dos hospitais e centros hospitalares, adotou-se um modelo de organização e funcionamento do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), que visam garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, de acordo com o Decreto-Lei nº 102/2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a).

O papel do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é essencial, especialmente nas Unidades de Saúde Familiar (USF). A figura do enfermeiro de família foi formalmente destacada em 2014, no Decreto-Lei nº 118/2014, como um promotor ativo da saúde e da prevenção da doença junto das famílias e indivíduos. Em 2017, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) avançou no reconhecimento como área diferenciada, consolidado pelo Decreto-Lei nº 73/2017. Mais recentemente, o Decreto-Lei nº 103/2023 reforça a exigência de que os enfermeiros das equipas das USF possuam o título de Especialista em ESF, destacando a sua qualificação e papel específico.

Em 2015, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, estabelecendo normas específicas para a prática nesta área, seguidamente em 2018, foi definido o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar (EEEC-ESF), reforçando o enfoque na família como unidade de cuidados. Este perfil prioriza a capacitação coletiva e individual dos seus membros, promovendo a mobilização de recursos necessários à manutenção da saúde familiar.

Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2023), a família pode ser definida como um todo coletivo, constituída por pessoas que podem estar ligadas através de laços de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, salvaguardando-se que o todo será sempre superior à soma de todas as partes que a compõem. O conceito de família representa-se como uma organização de relações dinâmicas e complexas, em constante interação com o meio (Figueiredo, 2012). Relvas (2000), aborda o ciclo vital da família como sendo uma sequência de mudanças previsíveis na organização familiar, associando tarefas a

cada uma das fases do ciclo, como é o caso do envelhecimento enquanto transição normativa da família.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023), em 2021, aproximadamente 23,4% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos. Nesse mesmo período, o índice de envelhecimento populacional atingiu 182,1%, indicando que, para cada 100 jovens, havia 182,1 idosos (INE, 2023). A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas entre 2018 e 2080 (INE, 2020). Quando comparada esta percentagem àquilo que se verifica na USF no ano 2024, percebe-se que o número de idosos dependentes é de 34,52%. É relevante destacar que, de acordo com dados do Eurostat (2020), estima-se que o índice de dependência dos idosos em Portugal aumente aproximadamente 10% entre 2020 e 2030.

A transição para o envelhecimento traz diversos desafios para a família e seus membros, resultantes das mudanças naturais associadas a esta fase da vida. Durante este período, podem ocorrer alterações nos papéis e responsabilidades familiares, muitas vezes devido à possível dependência de um dos membros idosos (Ângelo, 2000), assim como uma adaptação na relação conjugal devido à transformação da estrutura familiar e dos padrões de interação (Carter & McGoldrick, 1995). No âmbito individual, o suporte familiar desempenha um papel fundamental, influenciando tanto o comportamento do idoso como a possibilidade de uma transição equilibrada e saudável (Rodrigues, 2019).

Decorrente do envelhecimento e das diversas mudanças que ocorrem no organismo (estruturais, funcionais, químicas e psicológicas) o envelhecimento está ligado ao grupo de alterações do desenvolvimento que ocorrem nos últimos anos de vida e está associado a alterações profundas na composição corporal (Brito, 2012). A sarcopenia é uma alteração da musculatura esquelética caracterizada pela redução da força e da massa muscular promovida pelo envelhecimento, podendo comprometer o desempenho físico do indivíduo (Loureiro, 2019). Desta forma, considerou-se pertinente avaliar e intervir em famílias com membros idosos.

Este estudo encontra-se englobado no projeto Family2Care que é um projeto de intervenção comunitária dirigido a famílias através da mobilização do MDAIF, sediado no CINTESIS, coloco em anexo o parecer da Comissão de Ética da ULS onde foi aplicado (ANEXO I).

Os objetivos deste estudo de investigação são avaliar as famílias que integrem membro idoso, com risco de sarcopenia, identificar necessidades individuais e da família e avaliar os ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem.

Do ponto de vista metodológico, a elaboração deste relatório baseou-se na pesquisa de evidência científica através de bases de dados, bem como na leitura e análise de livros, revistas e trabalhos acadêmicos, como dissertações de mestrado e doutoramento. Para obter informações sobre as USF, foram consultados os websites do Ministério da Saúde e analisados documentos institucionais. Como base teórica, utilizou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012) para responder às necessidades das famílias. Já para a abordagem individual dos membros da família, recorreu-se à Teoria das Transições (Meleis, 2010).

O documento encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro caracteriza o contexto clínico do estágio; o segundo apresenta as atividades desenvolvidas no contexto da prática clínica especializadas; o terceiro explana o estudo de investigação – Educação e envolvimento familiar no cuidado a idosos com risco de sarcopenia: O papel do enfermeiro de família; e o quarto destaca os contributos do processo de aprendizagem para o desenvolvimento de competências.

Enquanto enfermeira em formação, tenciono construir um documento organizado e personalizado do percurso de aprendizagem. Acredito que vou contribuir para o meu autoconhecimento, para um pensar especializado num modelo reflexivo, tendo plena consciência da vontade de querer desenvolver em qualidade o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo sempre presente as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros em enunciado descritivo, para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na área de enfermagem de Saúde Familiar.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A USF onde foi realizado o presente estágio é uma das unidades de uma ULS na zona centro de Portugal. Trata-se de uma unidade de prestação de cuidados de saúde, tanto a nível individual como familiar, com autonomia organizativa, funcional e técnica. Está integrada numa rede de colaboração com outras unidades funcionais e disponibiliza a sua carteira de serviços aos utentes inscritos que residem no concelho onde está inserida. O seu compromisso assistencial é de cerca de 14083 utentes (BICSP, 2024), inscritos por agregado familiar.

A USF modelo B adotou os princípios da grelha DiOr – USF (Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar), uma ferramenta que possibilita a implementação estruturada de diretrizes, monitorização e avaliação dos serviços. Este sistema visa otimizar o desempenho da unidade, garantindo maior satisfação tanto para os cidadãos como para os profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2023a).

A equipa multiprofissional da USF tem como objetivo tornar esta unidade uma referência na prestação de cuidados de saúde primários, ajustados às necessidades da população, garantindo proximidade com as famílias e os cidadãos. Além disso, procura assegurar a sustentabilidade da unidade, apoiando-se na motivação e no espírito empreendedor dos seus profissionais (Ministério da Saúde, 2023a).

A USF desenvolve a sua atividade fundamentada em valores essenciais, como a conciliação, a colaboração, a solidariedade, a autonomia, a coordenação, a avaliação e uma gestão participativa (Ministério da Saúde, 2023a).

De acordo com o Regulamento Interno (RI) da USF em questão, a carteira de serviços oferece cuidados aos utentes inscritos, com foco na vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças em diversas fases da vida: saúde infantil e juvenil, saúde do adulto e do idoso, e saúde reprodutiva. Além disso, abrange a gestão da doença, proporcionando cuidados em situações de doença aguda e acompanhamento contínuo em casos de doenças crónicas e múltiplas patologias. Também oferece cuidados domiciliários e assegura a colaboração com outros serviços, setores e níveis de atendimento, adotando uma abordagem de gestão da saúde do cidadão. Assim mais detalhadamente exerce atividades na seguinte carteira de serviços:

- Consulta Médica Programada de Medicina Geral e Familiar
- Consulta de Planeamento Familiar
- Consulta de Saúde Materna
- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
- Consulta de Diabetes
- Consulta de Hipertensão Arterial
- Consulta de Hipocoagulados
- Consulta de Rastreio do Cancro Colorretal
- Consulta Aberta (só para atendimento de situações agudas)
- Consulta de Intersubstituição (só para situações agudas quando o médico de família está ausente)
- Contacto Indireto
- Atendimento Telefónico
- Consulta/Visita no Domicílio (em situações de dependência)
- Consulta de Apoio Intensivo à Cessaçãõ Tabágica
- Consultas e medidas terapêuticas de enfermagem
- Vacinação
- Preparação psicoprofilática para o parto
- Secretariado clínico/administrativo

A missão desta USF segundo RI consiste em prestar cuidados de saúde globais de forma personalizada a uma população definida, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das situações de doença. No que concerne à visão da unidade baseia-se em construir uma unidade de referência na acessibilidade, continuidade e equidade dos cuidados, prestados com eficiência, de modo a determinar a melhoria do estado de saúde e aumento da satisfação dos utentes bem como, promover uma participação responsável nos cuidados de saúde e, também, o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores e consequente satisfação pessoal e profissional.

Tem como valores: Ética profissional; Equidade; Partilha; Responsabilidade; Humanização; Flexibilidade; Confiança; Pro-ação; Trabalho em equipa.

Tem na sua constituição 22 profissionais, médicos, enfermeiros e assistentes técnicos que trabalham por equipas. Essas equipas são constituídas cada uma por assistente técnico, enfermeiro de família e médico de família. É assim, reforçado o binómio enfermeiro de família/médico de família, para com a sua lista de utentes. Constituíram se oito equipas de

saúde familiar, apresentando assim oito médicos assistentes de Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros e seis assistentes técnicos. A unidade está dividida em duas grandes zonas, a zona assistencial onde circulam os utentes, mediante circuito próprio, onde estão os gabinetes para a prestação dos cuidados de saúde e administrativos e a zona não assistencial de acesso exclusivo aos profissionais.

As atividades e responsabilidades dos profissionais são as implícitas ao grupo profissional a que pertencem: assistentes técnicos, enfermeiros ou médicos.

Contudo, a USF rege-se por um objetivo primordial comum, a prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, pelo que todos se empenham em complementar as suas atuações, na identificação e orientação dos problemas dos cidadãos, tendo em conta as normas estabelecidas e os princípios de boas práticas.

Segundo o artigo 16º do regulamento interno da respetiva Unidade de Saúde Familiar a comunicação entre os utentes e a USF pode ser feita: presencialmente, por via telefone, por via correio eletrónico (e-mail), através da informação afixada na própria USF ou através de folhetos informativos.

Os utentes podem contactar a USF presencialmente durante todo o período de atendimento ou por telefone estando a USF contactável durante todo o período de atendimento. Os médicos e os enfermeiros têm horário próprio de atendimento telefónico.

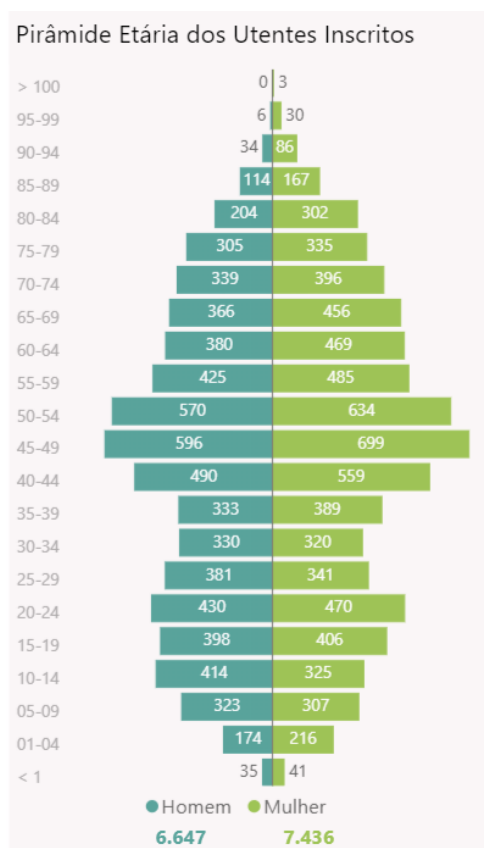
Possui um modelo de gestão por objetivos identificados e quantificados no Plano de Ação. O Plano de Ação é elaborado e discutido por todos os profissionais da USF e aprovado para três anos em Conselho Geral. Anualmente é revisto e atualizado.

A USF integra diversos processos tais como, controle de infeção, testamento vital, risco dos utentes, risco dos profissionais, higiene e segurança, cuidados paliativos e formação contínua dos profissionais de saúde. Os processos assistenciais principais incluem a consulta programada e a consulta domiciliária, que são fundamentais para o acompanhamento dos utentes. Além disso, existem processos de suporte que abrangem diversas áreas, como a comunicação, a gestão de informação através de sistemas informáticos, a gestão de recursos humanos e do expediente, o controlo de provisões e a gestão financeira, bem como a manutenção das instalações e dos equipamentos.

Para além disso, a USF apresenta três Processos Assistenciais Integrados (PAI) com o objetivo de melhoria contínua da unidade, o PAI Asma na Criança e no Adulto, o PAI Diabetes Mellitus tipo II e o PAI Risco Cardiovascular no Adulto.

A USF em questão tem como taxa de dependência de jovens 20,15%, um valor aproximado à taxa de dependência de jovens a nível nacional de 20,21%. No que concerne à taxa de dependência de idosos na USF é de 34,52% (BICSP, 2024). Os idosos são uma população vulnerável que carece de cuidados de saúde e devem ser um alvo prioritário, justificando-se pela 24ª posição de Portugal (em 28 países) no Índice de Envelhecimento Ativo (2018) na dimensão “vida independente, saudável e segura” (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020), o que significa que ainda existe um longo caminho a percorrer. A população alvo da USF encontra-se distribuída na seguinte pirâmide etária da USF, disponível no website do Ministério da Saúde (Figura 1). Analisando a figura, verifica-se um número grande de utentes inscritos acima dos 60 anos pelo que devemos de prevenir um aumento significativo da sarcopenia em idosos a partir dos 60 anos, doença que compromete significativamente o desempenho físico do indivíduo.

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF



Fonte: Dados fornecidos pelo BICSP, 2024

1.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

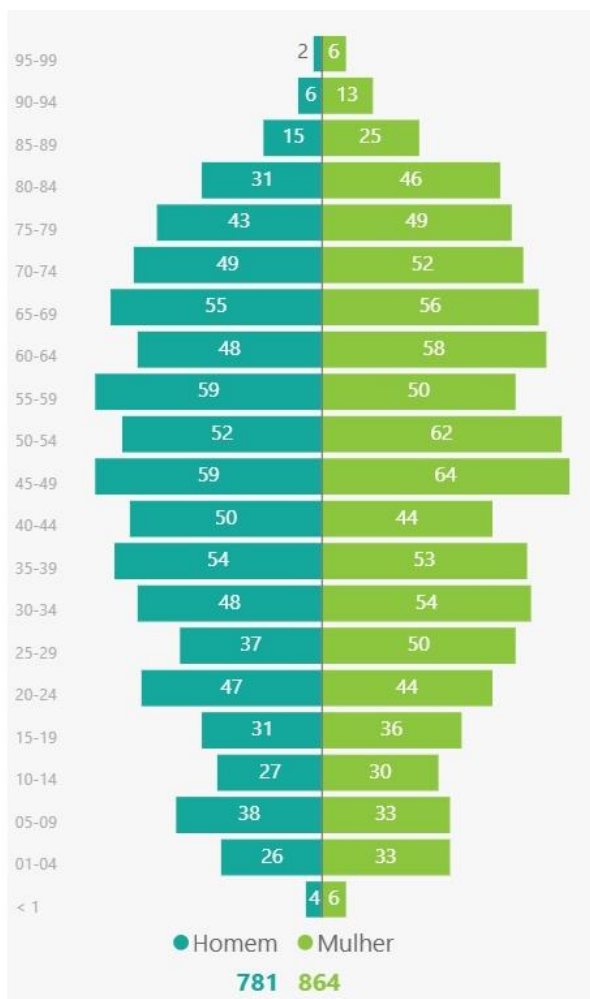
De acordo com o Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, publicado no Diário da República, o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, como parte integrante da equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem abrangentes às famílias, em todas as fases da vida e em diversos contextos comunitários (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070). Assim, o enfermeiro de família vê cada família e seus membros como uma unidade de cuidados, focando-se na promoção da saúde e prevenção em níveis primário, secundário e terciário.

Segundo o Regulamento nº 743/2019, publicado no Diário da República em 25 de setembro do mesmo ano, os enfermeiros que fazem parte de uma USF devem, obrigatoriamente, possuir o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar (EEEC-ESF) (OE, 2019b). No entanto, dado que nessa data ainda não havia enfermeiros suficientes com essa especialidade, são integrados nessas unidades enfermeiros e enfermeiros especialistas de outras áreas.

De acordo com o Regulamento mencionado anteriormente, para garantir a prestação de cuidados de enfermagem especializados, com qualidade e segurança nas USF, deve ser atribuído a cada enfermeiro um máximo de 1550 utentes, o que corresponde a no máximo 350 famílias.

Tendo em conta o número de utentes registados na lista da enfermeira tutora, verifica-se que a mesma apresenta 1645 indivíduos e estes compõem 714 famílias. De acordo com as recomendações nacionais sobre a dotação segura dos cuidados de enfermagem nas USF, verifica-se que tanto o número de utentes quanto o número de famílias ultrapassam os limites estabelecidos no Regulamento. Na figura 2 encontra-se a pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira tutora. A pirâmide etária mostra que cerca de 44,8% dos inscritos são idosos e cerca de 19,7% são jovens, resultando num índice de dependência de 64,5%. A restante percentagem dos indivíduos, encontram-se em idade ativa (cerca de 35,5%), sendo possível inferir que é uma população maioritariamente idosa, à semelhança do que acontece na pirâmide etária da USF. Além disso, é importante destacar que a população é maioritariamente feminina em quase todas as faixas etárias.

Figura 2 - Pirâmide Etária da lista de utentes da enfermeira tutora



Fonte: Dados fornecidos pelo BICSP, 2024

No que diz respeito aos principais problemas de saúde registados nesta lista de utentes, observa-se que eles coincidem com os problemas de saúde mais prevalentes na USF. A maioria das condições de saúde ativas parece estar diretamente ligada aos estilos de vida adotados, como o excesso de peso, obesidade, diabetes e hipertensão sem complicações. Assim, os cuidados de enfermagem desempenham um papel crucial na avaliação desses problemas junto da unidade familiar, com o objetivo de promover a mudança de comportamentos e capacitar para a transformação, de maneira a fomentar a saúde e prevenir complicações futuras (OE, 2001).

O total de famílias escolhidas para a prestação de cuidados em ESF e elaboração do presente relatório, foi obtido através da aplicação de critérios de inclusão, nomeadamente: famílias com elementos idosos com 60 ou mais anos de idade (via SClínico-CSP® + via

enfermeira tutora); residentes na União de Freguesias pertencente à área de abrangência da USF; núcleos habitacionais cujo idoso seja semi-dependente no autocuidado e seja acompanhado por um familiar como prestador de cuidados ou instituição; o utente não pode apresentar amputação prévia de membros; não pode apresentar insuficiência renal ou outra patologia renal; não pode praticar exercício físico e, não pode apresentar uma alimentação com ingestão adequada de proteínas. Destas famílias, foi excluída uma, pois durante o processo de acompanhamento foi internada no Hospital da área de residência devido a uma situação patológica.

Desta forma, três famílias foram selecionadas para a avaliação e intervenção familiar apresentadas neste relatório. Todos os nomes dos membros das famílias são letras de modo a preservar o anonimato e a omitir a verdadeira identidade dos membros e essas letras não correspondem às iniciais dos seus nomes. Para que este relatório pudesse ser efetuado foi-me dado o consentimento verbal e escrito, por parte do utente alvo de intervenção pelo que a confidencialidade e a privacidade destes utentes e respetiva família serão garantidas ao longo de todo o trabalho.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

É essencial que o EEEC-ESF estabeleça uma ligação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e gerir situações complexas, tendo como objetivos clínicos concretos: recolher informações relevantes sobre o estado de saúde familiar; acompanhar as respostas a diferentes condições de saúde e doença em contextos desafiadores; atuar de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar familiar; e facilitar a adaptação da família em momentos de transição complexa.

Todas as atividades realizadas pelo EEEC-ESF devem resultar num envolvimento ativo e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar, fundamentado na melhor evidência científica disponível. Esse trabalho deve ser desenvolvido em colaboração com a família e seus membros, assegurando a monitorização e avaliação das suas respostas às intervenções de enfermagem (Regulamento nº 428/2018) (OE, 2018).

Através de diversos programas de saúde nacionais da DGS, o EEEC-ESF garante um acompanhamento constante e adaptado às necessidades individuais, oferecendo um cuidado humanizado tanto ao utente quanto à sua família.

Durante este estágio e em colaboração com a enfermeira tutora, foi possível acompanhar as famílias em consultas de enfermagem, seguindo as diretrizes dos programas de saúde da DGS.

No programa nacional para a Diabetes foi possível acompanhar e avaliar o utente diabético, orientando os cuidados de enfermagem. Isso incluiu capacitar as famílias para uma alimentação adequada, recomendar o exercício físico mais indicado, supervisionar o cumprimento do regime terapêutico e vigiar o pé diabético com possibilidade de realização de Doppler vascular ou Índice Tornozelo-Braço (ITB). Realizei ao abrigo da consulta de saúde do adulto, consultas de Hipertensão onde pude colocar em prática estratégias de controlo da hipertensão no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, pois a hipertensão arterial é um fator de risco para doenças cardiovasculares. Pude realizar também consultas de Hipocoagulados, o principal objetivo é monitorizar e orientar utentes com distúrbios de

coagulação sanguínea, como os que têm trombofilia ou que fazem uso de anticoagulantes. Onde realizei avaliação clínica, monitorização de exames laboratoriais, aconselhamento e educação e identificação de complicações. Essas consultas são fundamentais para um acompanhamento contínuo, garantindo que as famílias com elementos com risco de distúrbios de coagulação recebam o tratamento adequado e minimizem os riscos associados a essas condições.

No âmbito da saúde da criança, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil visa assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis para crianças e adolescentes. Através deste programa, foi possível acompanhar famílias com crianças e jovens valorizando as diferentes transições desenvolvimentais.

No Programa Nacional de Vacinação o objetivo principal é garantir a proteção da população contra doenças infecciosas, promovendo a imunização de forma universal e acessível, assim realizei administração de vacinas, promoção da vacinação, sua monitorização e registo bem verificação do registo vacinal das famílias.

O Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de Baixo risco tem como objetivo monitorizar e acompanhar as gestantes que não apresentam complicações, garantindo uma gestação saudável e a prevenção de eventuais problemas durante a gravidez e no parto, assim realizei consultas durante a gravidez e pós-parto procurando sempre incentivar a participação do companheiro/ pai nas consultas.

O Programa de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva tem como objetivo promover a saúde sexual e reprodutiva, garantindo que os indivíduos e casais tenham acesso a informações, orientações e serviços para tomar decisões informadas sobre a sua saúde reprodutiva. Assim foi possível aconselhar contraceção, fornecer métodos contraceptivos e incentivar a participação do rapaz/ homem nestas consultas.

Pude também realizar visitas/consultas domiciliárias todas as semanas onde fui realizar tratamentos de feridas crónicas ou agudas a utentes com impossibilidade de se dirigirem à unidade de saúde, bem como vacinação e consulta de recém-nascido e puérpera que deve ser feita até aos 15 dias de vida do recém-nascido promovendo o envolvimento familiar nesta transição do desenvolvimento.

No que diz respeito à deontologia que regula a prática de enfermagem (OE, 2015b), é essencial destacar que todas as intervenções realizadas com as famílias, no contexto clínico, se basearam no respeito pela liberdade e dignidade das pessoas. Além disso, em toda a minha conduta ao longo do estágio, foi priorizada a valorização dos direitos humanos, o direito à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado e o compromisso com o sigilo profissional e a prestação de informações adequadas.

3. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – EDUCAÇÃO E ENVOLVIMENTO FAMILIAR NO CUIDADO A IDOSOS COM RISCO DE SARCOPENIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Este capítulo visa apresentar o domínio teórico da sarcopenia, tema escolhido por mim para objeto de estudo tendo em conta a evidência científica encontrada. Seguidamente abordarei o seu enquadramento teórico bem como a metodologia deste estudo, e por fim a avaliação das famílias e as intervenções realizadas nas mesmas.

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Diversos autores e organizações abordam o conceito de família em diferentes áreas do conhecimento, incluindo a Enfermagem. Apesar da variedade de definições existentes, a essência do conceito mantém-se contante. De maneira geral, no contexto da língua portuguesa, a família pode ser definida como o grupo que engloba todos os parentes de um indivíduo, especialmente aqueles que vivem na mesma residência (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) enfatiza que a família é uma unidade coletiva composta por indivíduos ligados por laços de sangue, vínculos afetivos ou relações legais. Essa definição está em consonância com a visão de Wright e Leahey (2012), que defendem que a família é definida pelos próprios membros, ou seja, independentemente dos laços sanguíneos, emocionais ou legais, pode ser formada por aqueles que têm um papel significativo na vida da pessoa. Assim, a abordagem à família deve considerar a sua história e o seu contexto, indo além das definições tradicionais baseadas na consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009). Figueiredo (2012) destaca que a família funciona como um sistema, no qual o todo é mais significativo do que a simples soma de suas partes. Como uma unidade dinâmica, em constante transformação e com capacidade de auto-organização, a família representa uma rede de relações complexas e interativas com o meio envolvente. Além disso, ela integra um conjunto único de valores, crenças, conhecimentos e competências, tornando-se uma estrutura singular e diferenciada (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012).

A família e cada um dos seus membros têm um papel fundamental na promoção da saúde uns dos outros, contribuindo de forma ativa para o bem-estar coletivo. Assim, constitui-se como o principal ambiente de apoio à vida e à saúde dos seus integrantes (OE, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) enfatiza que o enfermeiro de família desempenha um papel fundamental ao estabelecer a ligação entre a família, os seus membros, os profissionais de saúde e os recursos disponíveis na comunidade. A sua atuação inclui a prestação de cuidados gerais e especializados ao longo das diferentes fases da vida do indivíduo e da família, articulando-se com outros profissionais sempre que necessário. Em 2011, a OE regulamentou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros especialistas e garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Posteriormente, em 2018, reconhecendo a necessidade de definir com maior precisão as competências destes profissionais, a OE deu continuidade a este processo, criando a EECESF, associada a duas competências específicas. Dessa forma, as competências comuns do EECESF estão detalhadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro (OE, 2019a). Já as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar encontram-se descritas no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018). A primeira competência específica do EEEC-ESF está alinhada com os princípios fundamentais da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), estabelecendo que este profissional deve prestar cuidados à família como uma unidade de cuidados, bem como a cada um dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo de vida. A sua atuação abrange todos os níveis de prevenção, promovendo a capacitação da família e considerando tanto o coletivo como o individual, incluindo as diversas transições que possam ocorrer. A segunda competência, igualmente relevante, destaca o papel do EEEC-ESF na liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF. Esse profissional deve ser capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários para garantir a prestação de cuidados adequados à família, assegurando uma abordagem integrada e eficaz.

O cuidado à família deve basear-se em evidências científicas e em modelos teóricos de saúde familiar, permitindo que os enfermeiros reconheçam os aspetos positivos da família. Dessa forma, é possível fortalecer a promoção da saúde e reduzir os fatores que comprometem o seu bem-estar (Monteiro, 2019). Avaliar a composição de uma família é fundamental, pois possibilita entender quem faz parte dela, os tipos de laços existentes entre seus membros e em relação a pessoas fora do núcleo familiar, além de fornecer uma visão sobre o contexto em que vivem (Rodrigues, 2020).

Em famílias com membros dependentes no autocuidado, as tarefas exigem aprendizagens específicas e o uso de recursos distintos daqueles usados por famílias que não têm um membro dependente. Nesse contexto, o cuidador desempenha um papel essencial ao fornecer cuidados, apoio, vigilância, companhia e suporte social (OPSS, 2017). No entanto o cuidar do outro 24h por dia, 365 dias por ano pode causar uma sobrecarga no cuidador. De acordo com Simari et al. (2021) as tarefas realizadas pelos cuidadores que mais geram sobrecarga física, são: dar banho, realizar cuidados de higiene, trocar fraldas, fazer transferências e posicionamentos. Referem também que esses cuidados são executados diariamente, na maior parte das vezes sem pausas, sem o auxílio de outros familiares e sem o suporte de uma infraestrutura física ou equipamentos adequados (Simari et al., 2021).

Os avanços médicos, tecnológicos e económicos que ocorreram nos últimos séculos contribuíram para um elevado crescimento populacional, em parte alimentado pelo aumento da esperança média de vida global. De acordo com as projeções das Nações Unidas prevê-se que a população idosa (pessoas acima da faixa etária de 60 anos) ultrapasse os 2 milhões em 2050 e que a tendência observada de envelhecimento populacional se mantenha e generalize a mais países (United Nations, 2015). Tal envelhecimento populacional vai inevitavelmente colocar pressão sobre e impactar negativamente os sistemas de saúde, económicos e sociais.

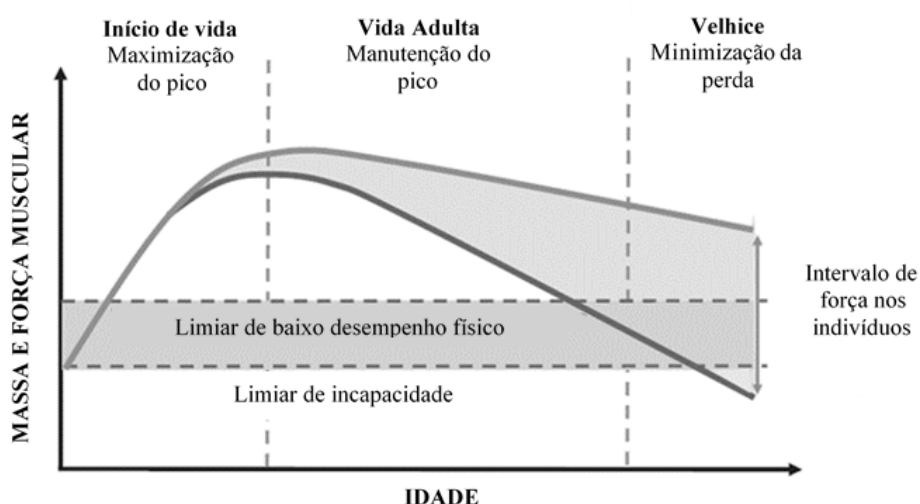
É sabido que o processo de envelhecimento acarreta um conjunto de mudanças em termos neurobiológicos (por exemplo, perda da força e massa muscular, alterações morfológicas e fisiológicas no organismo, diminuição da produção de hormonas, aumento do *stress* oxidativo), cognitivos (por exemplo, declínio em tarefas executivas e de memórias, alterações neurodegenerativas) e comportamentais (por exemplo, diminuição da atividade física e ingestão alimentar) (Nascimento et al., 2019). Devido a estas mudanças estruturais e funcionais decorrentes do envelhecimento, a população idosa apresenta um risco aumentado de desenvolver sarcopenia (Nascimento et al., 2019).

O termo sarcopenia, de etimologia grega (sarx «carne» + penia, «redução, diminuição ou carência»), foi inicialmente introduzido em 1988 por Irwin Rosenberg (Rosenberg, 1997) para designar a redução da massa muscular decorrente do processo de envelhecimento.

A massa e força musculares vão se desenvolvendo ao longo das primeiras décadas de vida até atingirem o seu pico na terceira década de vida (Figura 3). Este aumento de força muscular difere entre os dois sexos, principalmente após a adolescência, sendo que os homens tendem a registar um aumento mais rápido e apresentar um pico mais elevado que as mulheres (Dodds et al., 2014). Nesta etapa desenvolvimental, a prevenção da sarcopenia faz-se através da maximização deste pico com recurso à nutrição e exercício físico (Cruz-Jentoft et al., 2019; Sayer et al., 2008). Atingido o plateau, e a partir da faixa etária dos 30-40

anos, começa a ocorrer um declínio progressivo na massa e força muscular, que se agudiza a partir dos 50 anos. Este declínio parece ser mais marcado ao nível da força (1,5-5% por ano) do que ao nível da massa muscular (1-2% por ano) (Keller & Engelhardt, 2014). As estratégias preventivas neste período focam-se maioritariamente na manutenção dos parâmetros musculares. Na faixa etária dos 60-70 anos, o declínio acentua-se significativamente, sendo que as intervenções nesta fase devem ser dirigidas à minimização da perda de massa e de força/função muscular (Cruz-Jentoft et al., 2019; Sayer et al., 2008).

Figura 3 - Trajetórias da massa e força muscular ao longo da vida e abordagem desenvolvimental na prevenção e tratamento da sarcopenia (adaptado de Cruz-Jentoft et al. (2019)).



Embora várias definições de sarcopenia tenham sido propostas ao longo do tempo, a mais usada é a que define sarcopenia como uma “doença muscular esquelética generalizada e progressiva que aumenta o risco de *outcomes* de saúde negativos”(Cruz-Jentoft et al., 2019). Podemos distinguir dois tipos de sarcopenia com base na sua etiologia: sarcopenia primária e sarcopenia secundária. Na primeira, o processo de envelhecimento é o principal responsável pela condição. Na segunda, a sarcopenia é, tal como o nome indica, secundária a outros fatores relacionados com a (in)atividade física, estado/padrão nutricional, (co)existência de outras doenças (endócrinas, oncológicas, reumáticas, neurológicas) (Bauer et al., 2019; Cruz-Jentoft et al., 2019). Um esquema das potenciais causas etiológicas da sarcopenia é apresentado na Figura 4. Adicionalmente, a sarcopenia pode ser classificada em função do tempo, como sarcopenia aguda (limitada no tempo, com duração inferior a 6 meses) ou sarcopenia crónica (duração superior a 6 meses, tipicamente associada com quadros clínicos crónicos e com maior risco de mortalidade) (Oliveira & Vieira, 2021).

Figura 4 - Natureza multideterminada da sarcopenia (adaptado de Cruz-Jentoft et al. (2019)).



Importa realçar que a sarcopenia não é uma condição homogênea e que existem vários fenótipos que apresentam diferenças ao nível da perda/manutenção/ganho ponderal (por exemplo a obesidade sarcopénica) e/ou alterações ao nível das massas muscular e óssea (caquexia ou osteoporose) (Cruz-Jentoft et al., 2010). Para isso é indispensável uma avaliação cuidada das causas subjacentes à sarcopenia, de modo a que o tratamento seja dirigido e adequado.

A sarcopenia está associada a vários *outcomes* negativos, incluindo; comprometimento cognitivo, alterações na marcha e perda de mobilidade, uma maior probabilidade de quedas e fraturas, declínio funcional e maior comorbilidade com outras condições médicas (cardiometabólicas, osteoporose). Foi ainda demonstrado que a sarcopenia influencia o prognóstico de doenças crónicas tais como o cancro, a diabetes ou a insuficiência cardíaca. Assim, a sarcopenia está ainda contribui invariavelmente para uma perda de autonomia, maior dependência e necessidade de cuidados, maior incidência de hospitalização/institucionalização, períodos mais prolongados de internamento, e maior risco de mortalidade (Cruz-Jentoft et al., 2019). O impacto socioeconómico decorrente da sarcopenia é considerável, levando a um aumento dos custos com cuidados hospitalares na ordem dos 34%-58% (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Embora a sarcopenia possa ocorrer em qualquer idade, ela tende a ser mais prevalente na população idosa, atingindo entre 10% a 16% dos idosos em todo o mundo (Yuan & Larsson, 2023).

Note-se, contudo, que existe elevada variabilidade nos dados epidemiológicos reportados em função das características das amostras analisadas (faixas etárias, gênero, contexto de recrutamento) e dos métodos usados (critérios diagnósticos). Por exemplo, Petermann-Rocha et al. (2022) concluíram que a prevalência da sarcopenia varia entre 10% e 27% em função do gênero, e dos critérios aplicados e prevalências entre 1-29% para amostras da comunidade e entre 14-33% para amostras hospitalares/institucionalizadas.

Adicionalmente, Wang et al. (2022) referem um aumento da incidência de sarcopenia. Numa projeção de Ethgen et al. (2017) específica para idade e gênero e usando os pontos de corte propostos pela EWGSOP, os autores preveem uma prevalência na população idosa europeia de 12.9%-22.3% em 2045 (uma diferença de 1.8% e de 2.3% em relação à prevalência estimada para 2016 e um aumento entre 72.4% e 63.8% no número de indivíduos com sarcopenia). Considerando o impacto socioeconômico e as projeções de aumento de casos de sarcopenia na população idosa no futuro, torna-se claro que a sarcopenia é um problema de saúde pública (Ethgen et al., 2017).

Baumgartner et al. (1998) foi o primeiro a tentar operacionalizar o conceito de sarcopenia, definindo-a como todos os casos que apresentassem valores de massa muscular apendicular/altura inferiores a 2 desvios-padrão abaixo da média do grupo de referência. Estes critérios de diagnóstico permitiram realizar os primeiros estudos epidemiológicos e de caracterização da doença (em termos de severidade e dos seus correlatos sociodemográficos e clínicos; (Bauer et al., 2019; Baumgartner et al., 1998, 2004).

A operacionalização da sarcopenia só seria revista novamente em 2010, pelo Grupo de Trabalho Europeu para a Sarcopenia em Pessoas Idosas (European Working Group on Sarcopenia in Older People; EWGOP), o qual adicionou ao critério de perda de massa muscular outro critério, que se mostrou mais relevante em termos clínicos: a função muscular (Cruz-Jentoft et al., 2010). Para além da revisão da definição e operacionalização da sarcopenia, este grupo de trabalho fez também a primeira proposta de estratificação/avaliação do grau de severidade da sarcopenia (Cruz-Jentoft et al., 2010). Neste contexto, a sarcopenia foi identificada como uma síndrome geriátrica, para designar um conjunto de sintomas clínicos de etiologia multideterminada e nem sempre compreendida ou identificável que tendem a ocorrer de forma prevalente na população idosa e que têm repercussões significativas na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos (Cruz-Jentoft et al., 2010; Pinto, 2022). A

osteoporose, a síndrome de fragilidade, a insuficiência cognitiva (demência, delírio), a instabilidade postural, a incapacidade comunicacional e a incontinência constituem alguns exemplos de síndromes geriátricas (Pinto, 2022).

Desde então, várias operacionalizações têm sido apresentadas por diferentes grupos (Bhasin et al., 2020; Chen et al., 2014, 2020; Fielding et al., 2011; Studenski et al., 2014) com base na importância atribuída a cada um dos elementos definidores da sarcopenia (atrofia, força, desempenho) e na determinação de pontos de corte. Estas são sumariadas na tabela 1. Os avanços na compreensão e relevância da sarcopenia levaram também à sua integração na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão em 2016 (CID-10-CM - M62.84, seção Outros transtornos musculares especificados), um passo importante para o reconhecimento da doença e seu impacto (Anker et al., 2016).

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico e respectivos métodos e pontos de corte de acordo com diferentes grupos de trabalho (adaptado de Voulgaridou et al., 2024)

Critérios de Diagnóstico	EWGSOP (Cruz-Jentoft et al., 2010)	IWGS (Fielding et al., 2011)	FNIH (Studenski et al., 2014)	AWGS (Chen et al., 2014)	EWGSOP2 (Cruz-Jentoft et al., 2019)	AWGS2 (Chen et al., 2020)	SDOC (Bhasin et al., 2020)
↓ massa muscular	X	X	X	X		X	
↓ força muscular	X		X	X	X	X	X
↓ desempenho físico	X	X	X	X	X	X	X
↓ quant/qual muscular					X		
Algoritmo	Estadiamento: Ausência de sarcopenia Pré-sarcopenia: ↓ massa muscular Sarcopenia: ↓ massa muscular + ↓ força muscular/ ↓ desempenho físico Sarcopenia severa: quando todos os critérios estão presentes	Os 2 critérios devem estar presentes para se diagnosticar sarcopenia na população idosa.		Utiliza a mesma definição do EWGSOP mas os pontos de corte usados são específicos para a população (idosa) asiática ou descendentes e os algoritmos são diferentes para amostras comunitárias e amostras hospitalares.	Revisão da definição de sarcopenia e do <u>estadiamento</u> : Sarcopenia provável: ↓ força muscular Sarcopenia: ↓ força muscular + ↓ quantidade e/ou qualidade muscular Sarcopenia severa: quando todos os critérios estão presentes	<u>Estadiamento</u> : Sarcopenia provável: ↓ força muscular com/sem ↓ rendimento físico Sarcopenia: ↓ massa muscular, ↓ força muscular e/ou ↓ rendimento físico Sarcopenia severa: quando todos os critérios estão presentes	Diagnóstico com base na lentidão e fraqueza muscular, independentemente do nível de massa corporal magra medida por DEXA (atendendo à ausência de associação consistente com outcomes de saúde negativos)
Critérios de Diagnóstico	EWGSOP	IWGS	FNIH	AWGS	EWGSOP2	AWGS2	SDOC
Massa muscular	<u>DEXA (MMA/altura²):</u> <7.26 kg/m ² ♂ <5.5 kg/m ² ♀	<u>DEXA (MMA/altura²):</u> <7.23 kg/m ² ♂ <5.67 kg/m ² ♀	<u>DEXA (MMA/IMC):</u> <0.789 kg/BMI ♂ <0.512 kg/BMI ♀	<u>DEXA (MMA/altura²):</u> <7.0 kg/m ² ♂ <5.4 kg/m ² ♀	<u>DEXA (MMA/altura²):</u> <7.00 kg/m ² ♂ <6.00 kg/m ² ♀	<u>DEXA (MEA):</u> <7.0 kg/m ² ♂ <5.4 kg/m ² ♀	Não especificado

	<p>OU</p> <p><u>AIB</u> <8.87 kg/m² ♂ <u>AIB</u> <6.42 kg/m² ♀</p> <p>OU</p> <p><u>TAC/RM</u></p> <p>OU</p> <p>Potássio corporal total ou parcial/tecido mole isento de gordura</p>			<p>OU</p> <p><u>AIB</u> ≤7.0 kg*m⁻² ♂ <u>AIB</u> <5.7 kg*m⁻² ♀</p>	<p>OU</p> <p><u>AIB/TAC/RM</u></p>	<p>OU</p> <p><u>AIB(MEA)</u> ≤7.0 kg*m⁻² ♂ <u>AIB(MEA)</u> <5.7 kg*m⁻² ♀</p>	
Força muscular	<p><u>Força preensão manual</u> <30 kg ♂ <20 kg ♀</p> <p>OU</p> <p><u>Flexão/extensão do joelho ou Pico de fluxo expiratório</u></p>	Não especificado	<p><u>Força preensão manual:</u> < 26 kg ♂ < 16 kg ♀</p>	<p><u>Força preensão manual:</u> < 26 kg ♂ < 18 kg ♀</p>	<p><u>Força preensão manual:</u> < 27 kg ♂ < 16 kg ♀</p> <p>OU</p> <p><u>Teste elevação cadeira</u> > 15s</p>		
Desempenho físico	<p><u>BDFb</u> <8 ou <u>VM4M</u> <0.8 m/s ou <u>TLI</u> ou <u>TE</u></p>	<p><u>VM4M</u> <1.0 m/s ou <u>teste elevação cadeira</u></p>	<p><u>VM4M, VM6M</u> <0.8 m/s</p>	<p><u>VM6M</u> <0.8 m/s</p>	<p><u>VM</u> < 0.8 m/s ou <u>BDFb</u> ≤ 8 ou <u>TLI</u> ≥ 20 s ou <u>Caminhada 400m</u> > 6 min</p>		

Nota. EWGSOP = Grupo de Trabalho Europeu para a Sarcopenia em Pessoas Idosas; IWGS = Grupo de Trabalho Internacional para a Sarcopenia; AWGS = Grupo de Trabalho Asiático para a Sarcopenia; SDOC = Consórcio para a Definição e Outcomes da Sarcopenia; DEXA = densitometria óssea; MMA = Massa magra apendicular; MEA = Massa esquelética apendicular; AIB = análise de impedância bioelétrica; TAC= Tomografia Computorizada; RM = Ressonância Magnética; s = segundo; min = minuto; m = metros; BDFb = Bateria Desempenho Físico-Breve (Short Physical Performance Battery); TLI = Teste Levantar e Ir (Time Up and Go); TE= Teste de Escada (Stair Climb Power Test); VM4M = velocidade de marcha de 4 m; VM6M = velocidade de marcha de 6 m; 5TSST = teste de levantar e sentar 5 vezes. ♂ = masculino; ♀ = feminino.

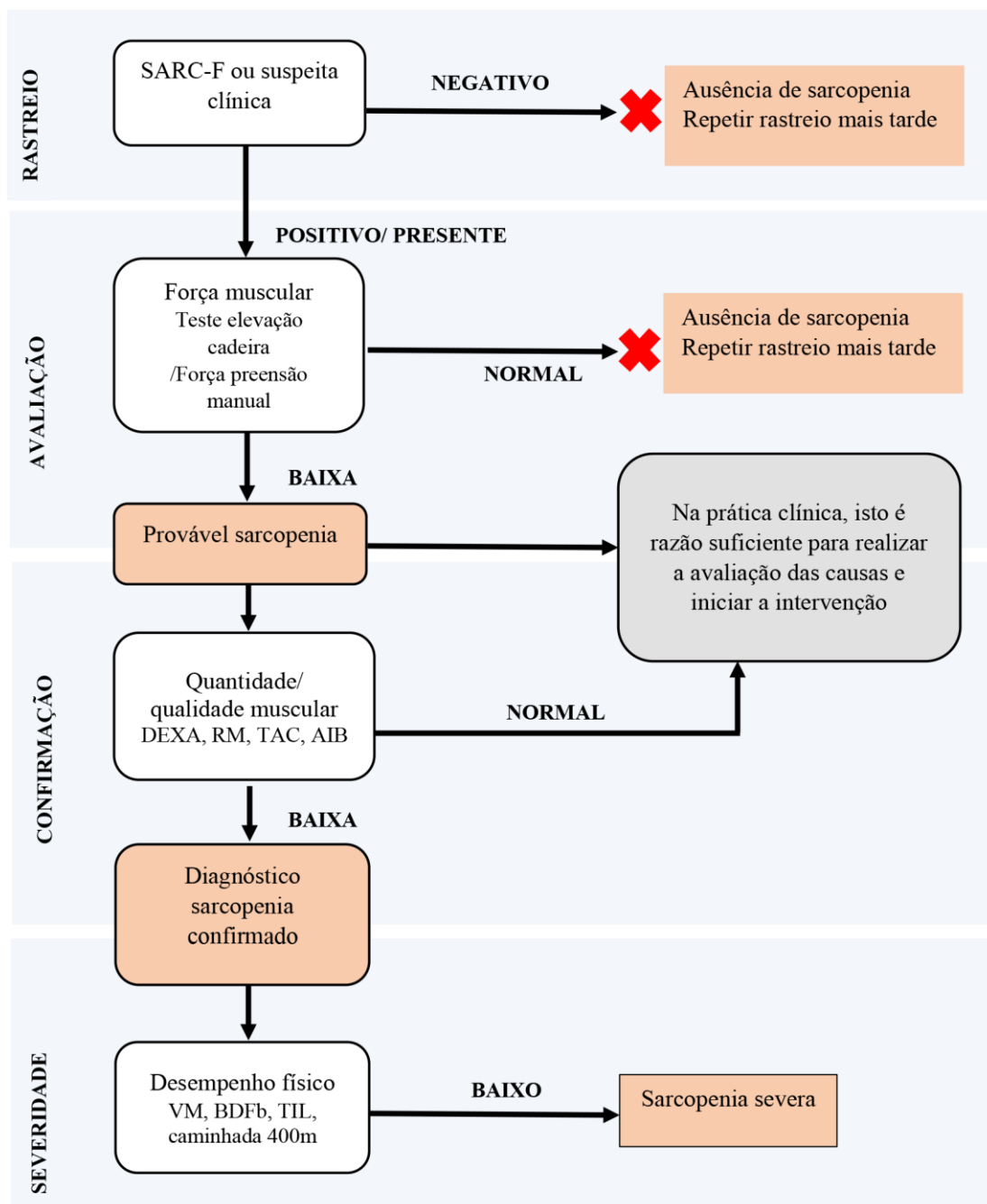
Em 2019, o EWGOP procede à revisão dos critérios de diagnóstico e da definição inicial proposta pelo grupo em 2010 (Cruz-Jentoft et al., 2010), colocando a tónica na perda de força muscular, uma vez que a literatura evidenciou que este parâmetro apresenta uma maior capacidade preditiva relativamente a *outcomes* clínicos relevantes quando comparada com a massa muscular (Cruz-Jentoft et al., 2019). O grupo sugere ainda um algoritmo para o rastreio, diagnóstico e avaliação da severidade da sarcopenia (Cruz-Jentoft et al., 2019), o qual é apresentado na Figura 3.

Resumindo, o algoritmo propõe que em caso de suspeita clínica ou de rastreio da sarcopenia, se aplique o questionário SARC-F, em que a sigla SARC-F refere-se aos cinco domínios avaliados no questionário: S – Strength (Força), A – Assistance in walking (Assistência para caminhar), R – Rise from a chair (Levantar-se de uma cadeira), C – Climb stairs (Subir escadas), F – Falls (Quedas) (Malmstrom & Morley, 2013). Este questionário é preenchido pelo profissional de saúde e inclui 5 questões que permitem determinar o risco de sarcopenia. Estas questões pretendem medir alterações ao nível da força muscular, nomeadamente: 1) dificuldade em levantar/ transportar cargas de 5 kg; 2) dificuldade em caminhar; 3) dificuldade em levantar-se de uma cadeira; 4) dificuldade em subir um lance de 10 degraus; e 5) o número de quedas no último ano. A escala de resposta vai de 0 (nenhuma dificuldade/queda) a 2 (muita dificuldade/ ≥ 4 quedas) apresentando o resultado de um score que varia de 0 a 10 sendo que o score total igual ou superior a 4 é indicativo de risco acentuado de sarcopenia (Malmstrom & Morley, 2013). Como alternativa ao SARC-F, pode usar-se o teste de Ishii, o qual inclui a idade, força de preensão manual e circunferência da pantorrilha (Macêdo et al., 2024). Na minha avaliação aos utentes para o presente estudo utilizei o questionário SARC-F (anexo - II) e perante o resultado em ambas as famílias (score obtido foi 4) planeie e encaminhei as minhas intervenções para obtenção de melhores resultados para a saúde do utente e da família.

Com base no resultado do SARC-F procede-se (ou não) para a avaliação de possível sarcopenia através da avaliação da força muscular (Cruz-Jentoft et al., 2019). Os métodos recomendados para este propósito são o uso da força de preensão manual ou o teste da cadeira (Chair Stand Test). Na minha avaliação usei o teste da cadeira (Chair Stand Test) que consiste num teste simples e eficaz em que o avaliado senta-se numa cadeira sem braços, com os pés apoiados no chão e braços cruzados sobre o peito, ao sinal do avaliador, ele deve levantar-se e sentar-se o máximo de vezes possível dentro de um período de 30 segundos, um número inferior ao número total de repetições à média pode indicar fraqueza muscular, sarcopenia ou risco de quedas (Cruz-Jentoft et al., 2019). Assim, caso o resultado obtido nesta avaliação seja positivo para perda de força, recomenda-se que o profissional de saúde dê

início ao tratamento (que pode envolver suporte nutricional e/ou exercício físico). A confirmação de sarcopenia é feita através da avaliação da quantidade e qualidade muscular. Embora vários métodos podem ser utilizados para este propósito (por exemplo, métodos antropométricos, tomografia computadorizada, ressonância magnética), a densitometria óssea e a análise de impedância bioelétrica têm sido os métodos de referência usados quer pelas suas propriedades quer pela relativa acessibilidade (Cruz-Jentoft et al., 2019). A ecografia pode constituir um método útil, sendo que a Sociedade Europeia de Medicina Geriátrica publicou recentemente um protocolo com vista à avaliação de sarcopenia através desta metodologia (Perkisas et al., 2021). O grau de severidade da sarcopenia é determinado com base em testes de desempenho físico, os quais podem incluir a velocidade de marcha, os 400m de caminhada, o Teste Levantar e Ir (TUG; Time Up and Go), ou a Bateria de Desempenho Físico-breve (SPPB; Short Physical Performance Battery), a qual avalia o equilíbrio, a força nas extremidades inferiores e a mobilidade/capacidade funcional (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Figura 5 - Fluxograma da abordagem diagnóstica da sarcopenia proposta pelo Grupo de Trabalho Europeu para a Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP2; Cruz-Jentoft et al., 2019). AIB = análise de impedância bioelétrica; VM = Velocidade de marcha; BDFb = Bateria Desempenho Físico-breve (SPPB; Short Physical Performance Battery); TLI = Teste Levantar e Ir (TUG; Time Up and Go).



Abordagens preventivas e ao longo da vida, que promovam o envelhecimento ativo, a autonomia e a capacidade funcional, principalmente em populações de risco, devem ser, sempre que possível, prioritárias relativamente a ações mais interventivas (Lo et al., 2020). Quando os sintomas já estão instalados, a intervenção deverá ocorrer o mais atempadamente possível. Dada a natureza multideterminada da sarcopenia, o tratamento desta deverá sempre ser dirigido e específico às causas subjacentes identificadas (nutricionais, atividade física, comorbilidades médicas), ao grau de severidade da sarcopenia, e às necessidades individuais específicas dos idosos.

A nível farmacológico, os agentes dirigidos a colmatar as alterações hormonais (por exemplo, esteroides anabolizantes, hormonas de crescimento) ou a anular o efeito inibitório de certas proteínas sobre o músculo (por exemplo, anticorpos anti-miostatina), e, portanto, candidatos ao tratamento da sarcopenia, têm demonstrado baixa evidência empírica, com estudos a reportar efeitos inconsistentes (Bauer et al., 2019). Alguns destes estudos têm inclusive chamado a atenção para a possibilidade de ocorrência de adversos na população idosa associados à toma destas medicações, levando a que esta não seja uma opção tipicamente recomendada para o tratamento da sarcopenia (Lo et al., 2020).

Na ausência de terapêuticas farmacológicas comprovadamente eficazes para o tratamento da sarcopenia, as abordagens não farmacológicas têm assumido um papel central no tratamento da doença e na reabilitação da atrofia e disfunção muscular. Entre estas, o suporte nutricional e o exercício físico têm sido aquelas que mais se destacam (Bauer et al., 2019).

Baseado na literatura existente, a Sociedade para a Sarcopenia, Caquexia e Perturbações de Desgaste (SSCWD) publicou as seguintes recomendações para o tratamento da sarcopenia (Bauer et al., 2019): 1) maior utilização ferramentas válidas de rastreio pelos profissionais de saúde (como por exemplo o SARC-F, o qual é simples e de rápida aplicação no contexto clínico); 2) confirmar e formalizar o diagnóstico de sarcopenia utilizando especificamente a força de prensão ou o teste da cadeira e complementar esta avaliação com a medição da massa livre de gordura, se possível (a este respeito é recomendada a utilização da DEXA (massa magra apendicular/altura embora os autores reconheçam o potencial clínico de outros métodos de avaliação como a tomografia computadorizada, a análise de impedância bioelétrica, a ecografia e a diluição de creatina); 3) sempre que existir suspeita clínica de sarcopenia no idoso, esta deve ser alvo de intervenção, recomendando-se a prescrição de treino de resistência; 4) a par com o exercício físico deve também garantir-se que a ingestão proteica não é inferior a 1-1,5 g/kg/dia; 5) as recomendações aplicam-se aos diferentes tipos de sarcopenia, sendo que quando esta é

secundária a doenças sistémicas/crónicas, os tratamentos destas também deve ser tido em consideração.

Especificidades e aspetos a ter em conta relativamente a suplementação nutricional e ao exercício físico são debatidos de forma mais pormenorizada seguidamente.

O estado nutricional é um componente essencial para a saúde e funcionamento individual bem como para a sua evolução clínica (Fernandes, 2020). É comum que o processo de envelhecimento e fatores ambientais e socioeconómicos associados afetem o consumo e o padrão alimentar dos idosos e conseqüentemente o seu estado nutricional. Alguns destes fatores incluem: menor capacidade de absorção de nutrientes, maior resistência anabólica, alterações ao nível do olfato e paladar, comprometimento da saúde oral com perda ou desgaste dentário, anorexia do idoso, diminuição da capacidade funcional, insegurança alimentar (relacionado com níveis socioeconómicos mais baixos), isolamento social/solidão e institucionalização. Estes fatores podem conduzir a um estado de desnutrição, contribuindo para a perda de massa e força muscular, fragilidade e risco aumentado para doenças (Robinson et al., 2019). Assim, o suporte nutricional com suplementação de proteínas, aminoácidos e vitaminas pode constituir ferramenta fundamental para prevenir ou combater a sarcopenia na população idosa (Scott et al., 2018).

A maior parte das recomendações internacionais refere que a ingestão proteica diária para um indivíduo da população normal deve ser de 0.8-0.9 g de proteína/kg (Calvani et al., 2023). Contudo estas orientações não têm em consideração fatores importantes e que podem influenciar as necessidades proteicas dos indivíduos tais como a idade, o género, o nível de atividade física e o estado clínico (Calvani et al., 2023). No caso específico da população idosa, os estudos têm mostrado que a ingestão proteica é insuficiente (Calvani et al., 2023) e que os idosos poderiam beneficiar de um aporte proteico relativamente aos valores recomendados de forma a prevenir a perda de massa muscular associada à idade. Vários estudos têm tentado definir qual o valor de aporte proteico necessário, sendo que valores na ordem dos 1.2kgs/kgs parecem ser suficiente para exercer algum efeito positivo sobre a perda de massa magra apendicular, força muscular, desempenho físico e redução do risco de sarcopenia (Calvani et al., 2023). Relativamente à ingestão proteica, as recomendações de alguns grupos de trabalho é que, dependendo das características clínicas e de atividade física da população idosa, esta devem ser de: a) 1.0-1.2 g/ kg para idosos saudáveis, sendo que os 1.2 g/ kg de proteína devem constituir o limite mínimo para idosos que pratiquem exercício físico, devendo a sua ingestão ser feita logo após a sessão; b) 1.2-1.5 g/kg para populações com doenças agudas ou crónicas; e c) em casos de malnutrição ou de lesões ou doenças

graves que possam implicar períodos de catabolismo, a ingestão diária total de proteínas pode alcançar os 2.0 g/kg (Calvani et al., 2023).

Baseado na literatura, várias recomendações relativamente à ingestão de proteína na população idosa e potencial valor terapêutico no tratamento da sarcopenia foram feitas (Rogeri et al., 2021). Estas incluem:

- Ingestão diária total de proteínas não deve ser inferior a 1,6-1,8 g/kg;
- Ingerir 0,6 g/kg ou ~25-30 g de proteína de alta qualidade nas 3 principais refeições diárias, em que ocorra ingestão de leucina (~5g) ou proteína enriquecida com leucina;
- A ingestão de proteínas de alta qualidade (de origem animal e/ou vegetal) e de digestão rápida deve ser preferida;
- Necessidade de maior evidência para determinar a suplementação isolada adequada de leucina;
- Assegurar o fornecimento adequado de energia;
- A ingestão proteica deve ser temporalmente próxima da prática de atividade física;
- Treino de resistência pelo menos 2 vezes por semana e diminuição do sedentarismo.

Durante muito tempo a suplementação vitamínica, nomeadamente de vitamina D, apresentou evidências limitadas (Duarte, 2021), não sendo incluída nas recomendações para o tratamento da sarcopenia. Estudos recentes têm, contudo, recomendado a sua adição ao esquema nutricional da população idosa com sarcopenia, especialmente naqueles que apresentam comorbilidades com osteoporose (Ooi & Welch, 2024).

Importa notar que além do suporte nutricional, deve promover-se, sempre que possível, um padrão alimentar e estilo de vida saudável. Sabe-se que entre os vários tipos de dieta, aquelas ricas em alimentos frescos, naturais e sazonais de origem vegetal e pescado e consumo baixo a moderado de produtos de origem animal (carne vermelha, laticínios), como é o caso da dieta mediterrânica, estão associada a melhores indicadores de qualidade de vida, de saúde no geral e de saúde musculoesquelética em particular (Hou & Madden, 2022).

Relativamente á pratica de exercício físico este corresponde a um conjunto de movimentos planeados e repetidos realizados com a intenção de manter ou melhorar a condição física por oposição à atividade física, um conceito mais abrangente que se refere a qualquer movimento corporal que resulte num aumento de gasto energético (Barajas-Galindo et al., 2021). Um estudo populacional alargado demonstrou que a inatividade física é prevalente na população mundial (27.5%) e que o sedentarismo tende a aumentar e os níveis de atividade física tendem a diminuir ao longo do processo de envelhecimento (Izquierdo et

al., 2021). O exercício físico pode ser dividido em diferentes categorias (exercício aeróbico, treino resistido) e em diferentes níveis de intensidade (baixa, moderada e elevada).

A literatura tem mostrado que o treino de resistência de intensidade moderada a elevada tem um efeito positivo ao nível da força muscular nas várias extremidades, qualidade muscular, força de preensão, capacidade funcional, mobilidade, equilíbrio e coordenação. A sua eficácia na recuperação da massa muscular tem, contudo, apresentado resultados inconsistentes (Barajas-Galindo et al., 2021). Estas evidências levaram a que este tipo particular de exercício reunisse o maior grau de recomendação comparativamente com outras abordagens (Izquierdo et al., 2021). Vários estudos sugerem ainda que programas multimodais que combinem treino aeróbico e de resistência são os mais adequados para o tratamento da sarcopenia nos idosos (Barajas-Galindo et al., 2021). A adição de suporte nutricional a estes programas multimodais pode ser benéfico e amplificar os efeitos individuais que o exercício físico já exerce de forma isolada sobre os diferentes parâmetros musculoesqueléticos (Barajas-Galindo et al., 2021).

Embora existam recomendações adequadas a idosos acerca do tipo, intensidade, duração e frequência de exercício físico para produzir ganhos ao nível da massa e força muscular e outros indicadores de saúde física e mental (por exemplo, saúde cardiovascular, depressão) é importante ter em mente que qualquer plano de exercício físico, que se queira eficaz e que tenha em consideração a maximização da adesão por parte do indivíduo, deve ser personalizado em função das necessidades, estado clínico, história pessoal e gostos específicos dos indivíduos (Izquierdo et al., 2021). Devemos ainda ter em atenção que, apesar do impacto positivo do exercício físico, nem todos os idosos estarão em condições para iniciar a sua prática em virtude de limitações impostas por comorbilidades clínicas ou por uma incapacidade funcional marcada (Lo et al., 2020). Nestes casos, a nutrição assume o papel primordial no tratamento da sarcopenia.

3.2. Metodologia do estudo

Para a realização deste estudo será utilizado o estudo de casos múltiplos de famílias com idosos com risco de sarcopenia.

Os objetivos deste estudo de investigação assentam em avaliar as famílias que integrem membro idoso, com risco de sarcopenia, identificar necessidades individuais e da família bem como avaliar os ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem.

Este estudo encontra-se englobado no projeto Family2Care que é um projeto de intervenção comunitária dirigido a famílias através da mobilização do MDAIF, sediado no CINTESIS, coloco em anexo o parecer da Comissão de Ética da ULS onde foi aplicado (ANEXO I).

As ações realizadas no contexto da competência de fornecer cuidados à família enquanto unidade de cuidados, são fundamentadas num referencial teórico e prático de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), o MDAIF. Figueiredo (2012) teoriza que a operacionalização do MDAIF tem como base os pressupostos do processo de enfermagem, através dos elementos: diagnósticos, intervenção e resultados. A sistematização dinâmica destes elementos ajuda a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem deve ser feito; como deve ser feito e que resultados são esperados com a execução das intervenções de enfermagem. As intervenções implementadas terão sempre como finalidade capacitar a família para a mudança nos seus três domínios de funcionamento: cognitivo, afetivo e comportamental. Foram utilizados diversos instrumentos associados à matriz operativa do MDAIF, nomeadamente o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e a Escala de Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein.

O total de famílias escolhidas para a prestação de cuidados em ESF e elaboração do presente relatório, foi obtido através da aplicação de critérios de inclusão, nomeadamente: famílias com elementos idosos com 60 ou mais anos de idade (via SClínico-CSP® + via enfermeira tutora); residentes na União de Freguesias pertencente à área de abrangência da USF; núcleos habitacionais cujo idoso seja semi-dependente no autocuidado e seja acompanhado por um familiar como prestador de cuidados ou instituição; o utente não pode apresentar amputação prévia de membros; não pode apresentar insuficiência renal ou outra patologia renal; não pode praticar exercício físico e, não pode apresentar uma alimentação

com ingestão adequada de proteínas. Destas famílias, foi excluída uma, pois durante o processo de acompanhamento foi internada no Hospital da área de residência devido a uma situação patológica.

Desta forma, três famílias foram selecionadas para a avaliação e intervenção familiar apresentadas neste relatório. Todos os nomes dos membros das famílias são letras de modo a preservar o anonimato e a omitir a verdadeira identidade dos membros e essas letras não correspondem às iniciais dos seus nomes. Para que este relatório pudesse ser efetuado foi dado o consentimento verbal e escrito, por parte do utente alvo de intervenção pelo que a confidencialidade e a privacidade destes utentes e respetiva família serão garantidas ao longo de todo o trabalho. Neste estudo os utentes são parciais em alguns autocuidados pelo que o meu papel foi de guia, orientador, estimulador quer para os utentes em questão bem como para os seus cuidadores.

Às consultas, nas famílias 1 e 2 vinha a utente idosa e a sua filha e na família 3 (família unipessoal) o seu elemento vinha sempre sozinho. Para assegurar o anonimato, as três famílias foram designadas por números (de 1 a 3), e os seus membros foram identificados por letras que não correspondem às iniciais dos seus nomes. A confidencialidade dos dados foi garantida em todas as etapas, e a vontade das famílias foi respeitada.

Um dos recursos utilizados na consulta foi a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) que é um recurso essencial em qualquer contexto clínico, garantindo um acolhimento cuidadoso, uma avaliação aprofundada e uma orientação estruturada de todo o processo terapêutico, desde o seu início até à sua conclusão. De acordo com Santos (2019) e Figueiredo (2022), a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) desenvolve-se em quatro etapas. A primeira é o acolhimento, onde se estabelece um ambiente terapêutico e se constrói uma relação positiva com os membros da família. Segue-se a avaliação, que permite explorar e identificar tanto os problemas quanto os recursos e pontos fortes da família, além de compreender as dinâmicas entre os seus membros e definir os objetivos terapêuticos. Na fase de intervenção, são delineadas as áreas a serem trabalhadas para promover mudanças. Por fim, a finalização consiste na avaliação dos resultados alcançados ao longo do processo. É importante destacar que, ao longo da Entrevista Familiar Sistémica (EFS), o enfermeiro de família deve orientar a sua intervenção com base nos princípios da circularidade e da neutralidade, assim como na formulação de hipóteses sistémicas para a abordagem das famílias (Duhamel, 1995; Wright & Leahey, 2012).

Foram também utilizadas técnicas transversais (questões lineares, escala, circulares e reflexivas), bem como técnicas específicas (Metáfora e Ritual Terapêutico) consideradas essenciais e fundamentais durante a avaliação e intervenção familiar. Numa perspectiva individual, foi utilizada a Entrevista Motivacional e a escala de Zarit.

Na prática clínica da enfermagem de saúde familiar, é igualmente essencial que o enfermeiro ajude a família a identificar e valorizar os seus pontos fortes, de modo a potenciá-los. Ao valorizar e reforçar as forças da família, promove-se a identificação de recursos previamente não reconhecidos, favorecendo o desenvolvimento e o fortalecimento das relações familiares (Claus et al., 2018).

Com o apoio destas ferramentas e recursos, a avaliação e a intervenção familiar no contexto da EFS tornou-se mais pormenorizada e completa, tanto em relação às famílias como aos indivíduos que delas fazem parte.

3.3. Avaliação e Intervenção Familiar

Alinhado à teoria das transições de Afaf Meleis, a enfermagem dá enfoque aos processos e experiências vivenciadas pelos seres humanos durante as transições, sendo crucial facilitá-las em direção à saúde e ao bem-estar. A promoção do cuidado transacional, incita a prestação de cuidados humanizados e holísticos, nos quais o desafio reside em compreender o processo de transição considerando a sua natureza e condicionalismos, inerentes à individualidade de cada pessoa ou família. Neste sentido, pretende-se operacionalizar esta teoria, apropriando-a ao contexto específico da transição que ocorre na vivência do processo de envelhecimento (Meleis, 2010). No caso das três famílias deste estudo distinguem-se três transições principais ((Meleis, 2010):

- Transição Familiar: crises desenvolvimentais e processos normativos enquadrada nas famílias e Envelhecimento: Cuidado da Pessoa Idosa, associada a mudança no ciclo vital da família inerente ao processo de envelhecimento – estudo do risco de sarcopenia (família 1, 2 e 3);

- Transição Familiar: crise acidentais e processos adaptativos à doença enquadrada na Transição Saúde/Doença com a dependência de um membro da Família: Papel de Prestador de Cuidados (família 1 e 2);

- Transição Familiar: crise acidentais e eventos situacionais enquadrada na morte e luto na família (família 2).

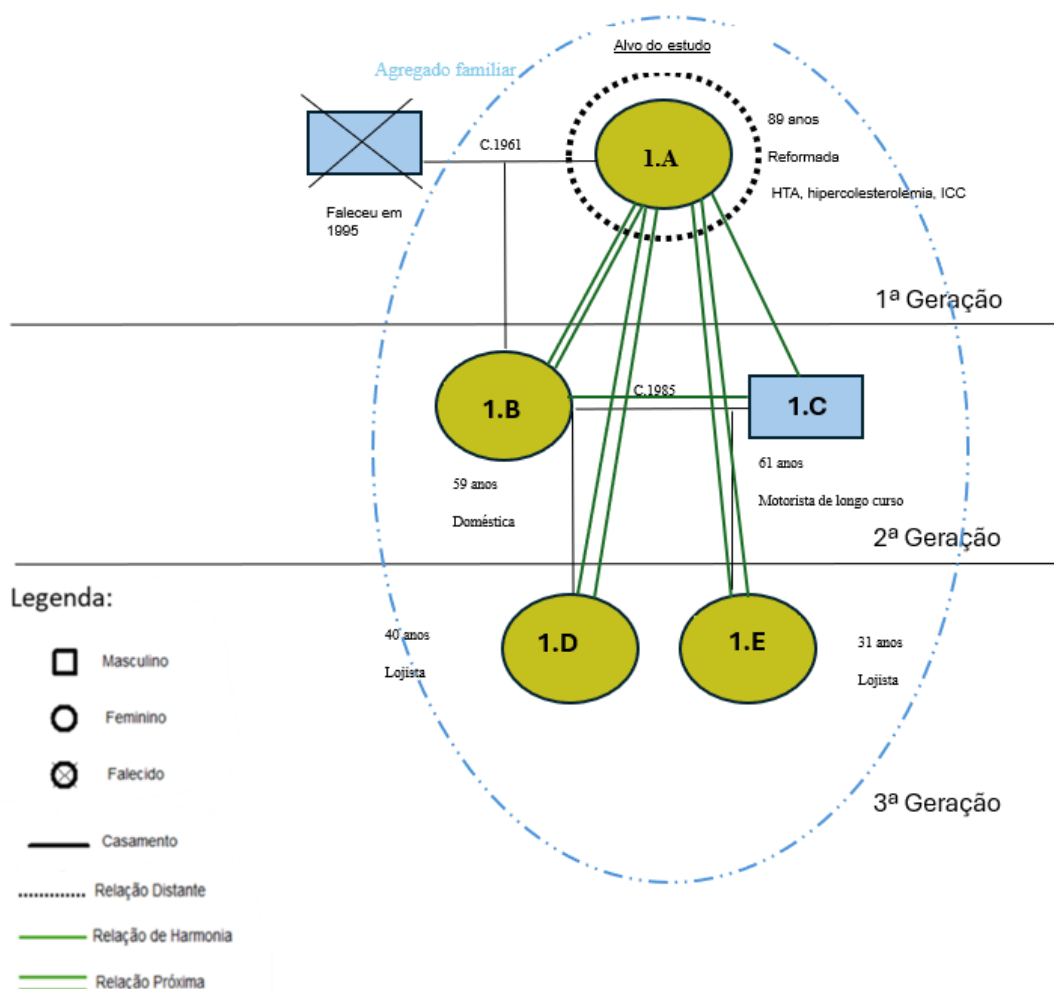
A teoria do autocuidado de Orem, que inclui a Teoria dos Sistemas De Enfermagem define três tipos de assistência que os enfermeiros podem fornecer, de acordo com o nível de dependência do utente: parcial, total ou apenas num sistema de apoio-educação por parte dos enfermeiros. Com base na teoria de Orem, ao tratar do autocuidado com o prestador de cuidados no domicílio, percebe-se que, com o suporte de uma rede social de apoio informal, é estabelecido o sistema de enfermagem de apoio e educação. Nesse contexto, o cuidador demonstra capacidade e disposição para adquirir novas competências, enquanto o enfermeiro assume o papel de guia, auxiliando-o no aprimoramento das suas funções (Costa et al., 2015).

Seguidamente irá ser descrito o plano de cuidados realizado às três famílias e aos seus membros individualmente, isto é, apresentados os dados, diagnósticos, intervenções e resultados. O acompanhamento das famílias resultou em melhorias/ganhos na saúde, tanto a nível coletivo, nas famílias, como a nível individual, em áreas específicas. Esses avanços estão detalhados nos planos de cuidados de cada família. Esses ganhos estiveram principalmente relacionados ao processo familiar e ao papel do prestador de cuidados, que se percebeu ter impacto na dinâmica familiar em diversas áreas de atenção. No entanto, após a avaliação, considero que nem sempre foi possível alcançar ganhos em saúde em todas as áreas, pois o trabalho com as famílias e seus membros demanda tempo, e as mudanças nem sempre ocorrem de forma rápida. Por isso, acredito que a continuidade do acompanhamento dessas famílias é fundamental.

- AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 1

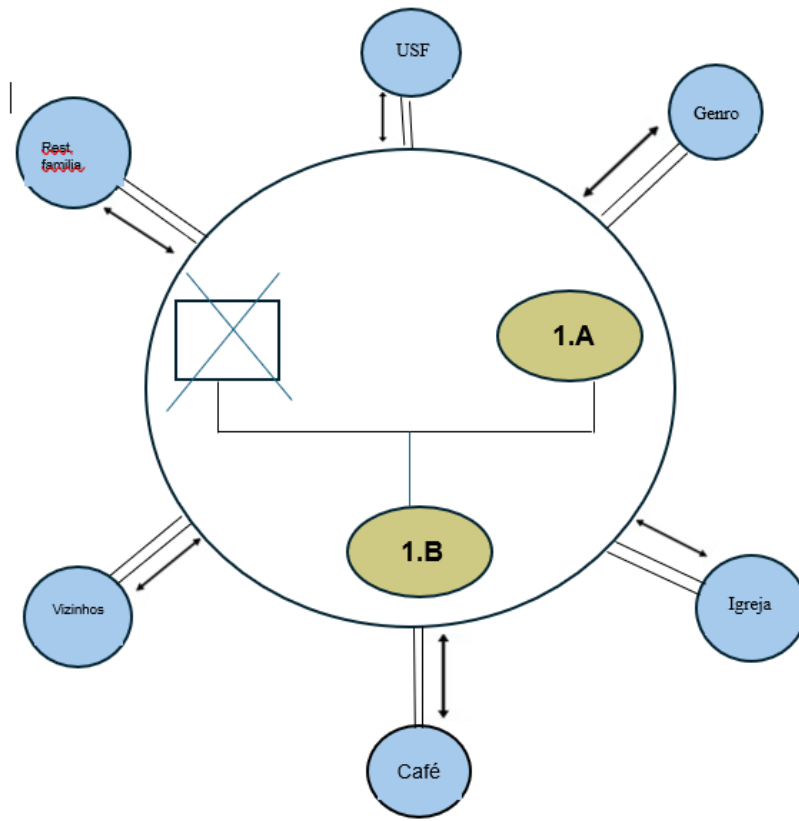
A família 1 é uma família alargada constituída por 5 elementos, como identificado no genograma, que reside numa moradia. A família, de classe social média (escala de Graffar adaptada), é constituída pelo elemento 1.A de 89 anos, dependente em grau reduzido nos autocuidados tomar banho e andar, pois, deambula com auxiliar de marcha uma bengala. O elemento 1.B assume o papel de prestadora de cuidados da mãe, desempregada e casada com o elemento 1.C que é motorista de pesados de longo curso. Esta família é também constituída pelas filhas do casal 1.D de 40 anos, lojista e também pela irmã 1.E de 31 anos também lojista. Foram realizadas duas consultas com a presença dos membros da família 1.A e 1.B. Seguidamente apresento o genograma e o ecomapa desta família.

Figura 6 - Genograma da Família 1

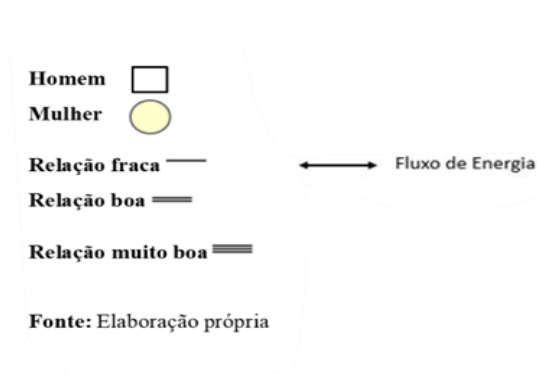


Fonte: Elaboração própria

Figura 7 - Ecomapa da Família 1



Legenda:



Após aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein obtivemos o score de família altamente funcional para a utente 1.A (alvo do estudo) e para o elemento 1.B.

A nível da avaliação estrutural constituiu-se como força e recurso da família, edifício residencial seguro e não negligenciado, com precaução de segurança demonstrada, abastecimento de água adequado e animal doméstico, um gato, encontrava-se vacinado e desparasitado e os membros da família têm conhecimento sobre a vacinação e desparasitação.

Durante a consulta, ao serem feitas perguntas ao elemento 1. B como: “Tem tido tempo para si própria?”, “Sente que a sua vida social está comprometida?” e “Sente-se sobrecarregada?”, identificou-se um certo nível de cansaço associado ao papel de prestador de cuidados no elemento 1. B. Além disso, a aplicação da Escala de Zarit revelou uma sobrecarga moderada, com um score de 35, confirmando o impacto emocional e físico desta responsabilidade assim, listei o diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado por saturação do papel.

Para alcançar os objetivos estabelecidos com a família – como desenvolver estratégias de coping para reduzir a sobrecarga, incentivar a expressão emocional, avaliar a saturação do papel de cuidador (identificando as situações que a geram) e negociar a redefinição dos papéis familiares – foi utilizada a técnica de intervenção ativa por meio da metáfora: “uma flor fica bonita e viçosa se for cuidada, regada senão for vai murchar, ficar feia e por fim morre”, com o objetivo de associar o cuidado da flor ao cuidado que devemos de ter connosco. Essa abordagem foi aplicada de forma intencional, com propósito terapêutico, visando influenciar positivamente a percepção dos problemas e promover mudanças benéficas (Figueiredo, 2012).

Após a intervenção o elemento 1.B referiu que conversou com o elemento 1.C, seu marido e fizeram um acordo em passar mais tempo juntos. O elemento 1.C comprometeu-se a fazer mais companhia a esposa, segundo a própria refere. A prestadora de cuidados ponderou pedir mais ajuda às filhas, para ter mais tempo para si e referiu que irá tentar ir a um passeio no início do mês de março. Assim, após a intervenção – através da escuta ativa e do incentivo à expressão emocional – observou-se um maior envolvimento da cuidadora com menor manifestação de tristeza ou humor depressivo e havia conseguido envolver mais o marido e as filhas no processo de cuidado do elemento 1.A.

Listei o diagnóstico principal de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre regime de exercício, devido ao não conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado nos idosos para prevenção da massa muscular e portanto do risco de sarcopenia, as intervenções com a PC foram: Ensinar a PC sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado, Estimular as caminhadas entre mãe e filha, Reforçar a importância da ida ao café a pé, Ensinar sobre a possibilidade de realizar mobilizações em casa, por exemplo com uma pedaleira, Estimular a ida do elemento 1.A para a Academia Sénior da região onde realizavam múltiplas atividades, passeios, inclusive ginástica e hidroginástica. A PC foi incentivada a realizar exercícios com

a mãe, no sentido de prevenir o agravamento da sarcopenia (perda de massa muscular), no fim da minha intervenção esta prestadora de cuidados já fazia caminhadas com a mãe pela rua, pelo jardim e quintal da casa, ia passear com ela quando estava sol até as vizinhas e ao café, e o elemento 1.A já estava inscrita na academia sénior 2 vezes por semana onde realizava ginástica e hidrogenástica e gostava muito, já fez novas amigas e refere “*que agora gosta de se mexer, que até não sente as articulações tão presas!!*”

Listei também o diagnóstico principal de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre regime dietético por parte do prestador de cuidados sobre a importância da ingestão adequada de proteínas na alimentação de uma idosa, as intervenções foram as seguintes: Ensinar a PC sobre padrão de ingestão de proteínas adequada num idoso, Instruir sobre a importância da proteína para a prevenção da atrofia do músculo, planejar estratégias de ingestão de proteínas com a PC. No fim do meu estágio esta prestadora já colocava carne ou peixe em todas as sopas que fazia, e a sopa era o primeiro prato do almoço e jantar, fazendo depois o reforço ainda de proteína no segundo prato, ao pequeno-almoço fazia ovos mexidos para a mãe (elemento 1.A) ou omeletes não era todos os dias, mas já fazia, quando era sandes preferia dar sandes de queijo por já saber que este é uma proteína animal, às vezes também dava sopa para o pequeno almoço da mãe, sopa enriquecida com proteínas e adquiriu na farmácia comunitária suplementos proteicos para o lanche e ceia da mãe.

- AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 2

A família 2 é uma família alargada constituída por 4 elementos, como identificado no genograma, que reside numa moradia. A família, de classe social média baixa (escala de Graffar adaptada) é constituída pelo elemento 2.A de 82 anos, dependente em grau reduzido em alguns autocuidados nomeadamente tomar banho, usar o sanitário. O elemento 2.B assume o papel de prestadora de cuidados da mãe, divorciada. Esta família é também constituída pelo filho do elemento 2.B de 24 anos desempregado e também por um irmão da 2.B, o elemento 2.C, que recentemente também ficou desempregado. Foram realizadas duas consultas com a presença dos membros da família 2.A e 2.B. Seguidamente apresento o genograma e o ecomapa desta família.

Figura 8 - Genograma da Família 2

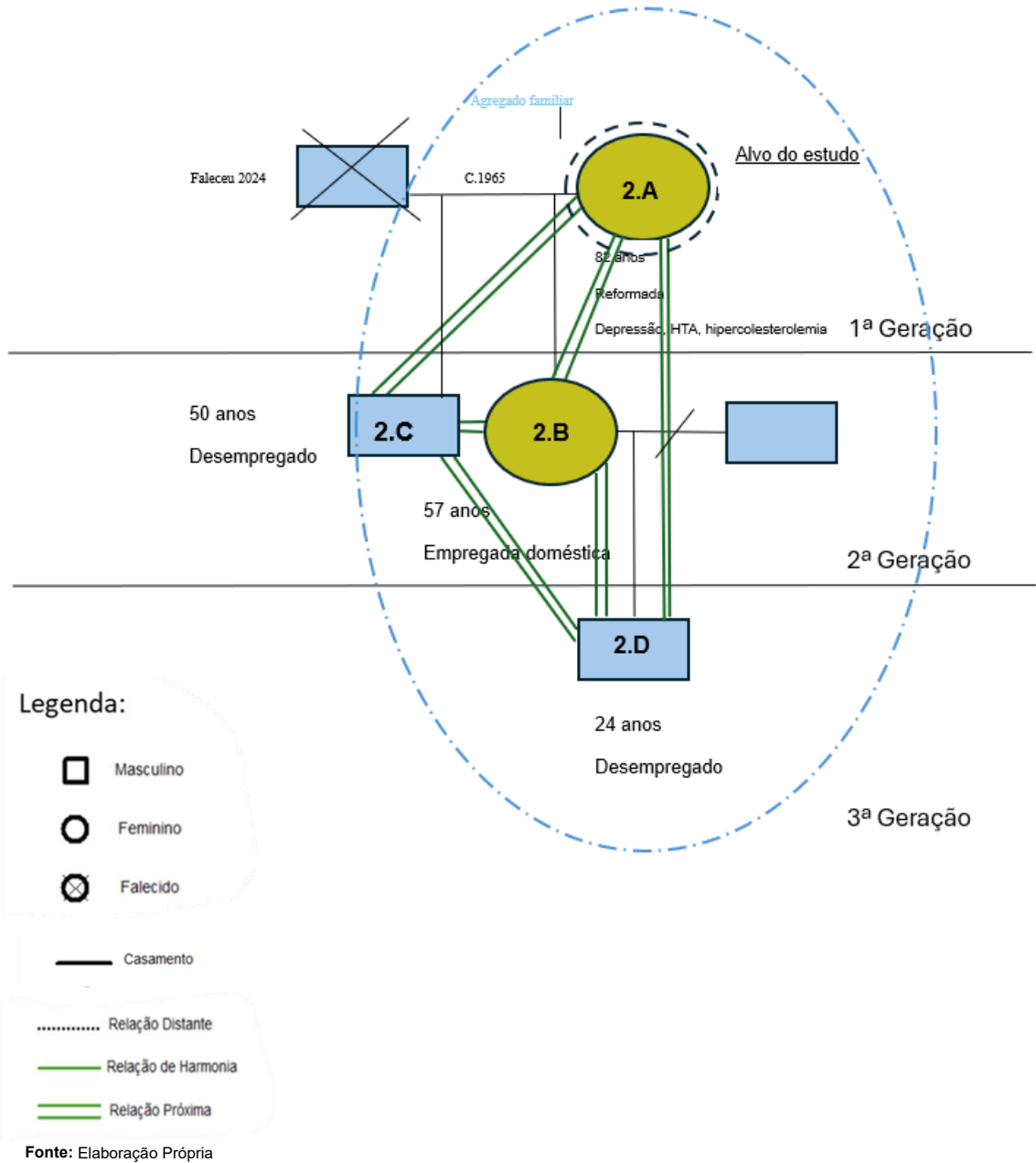
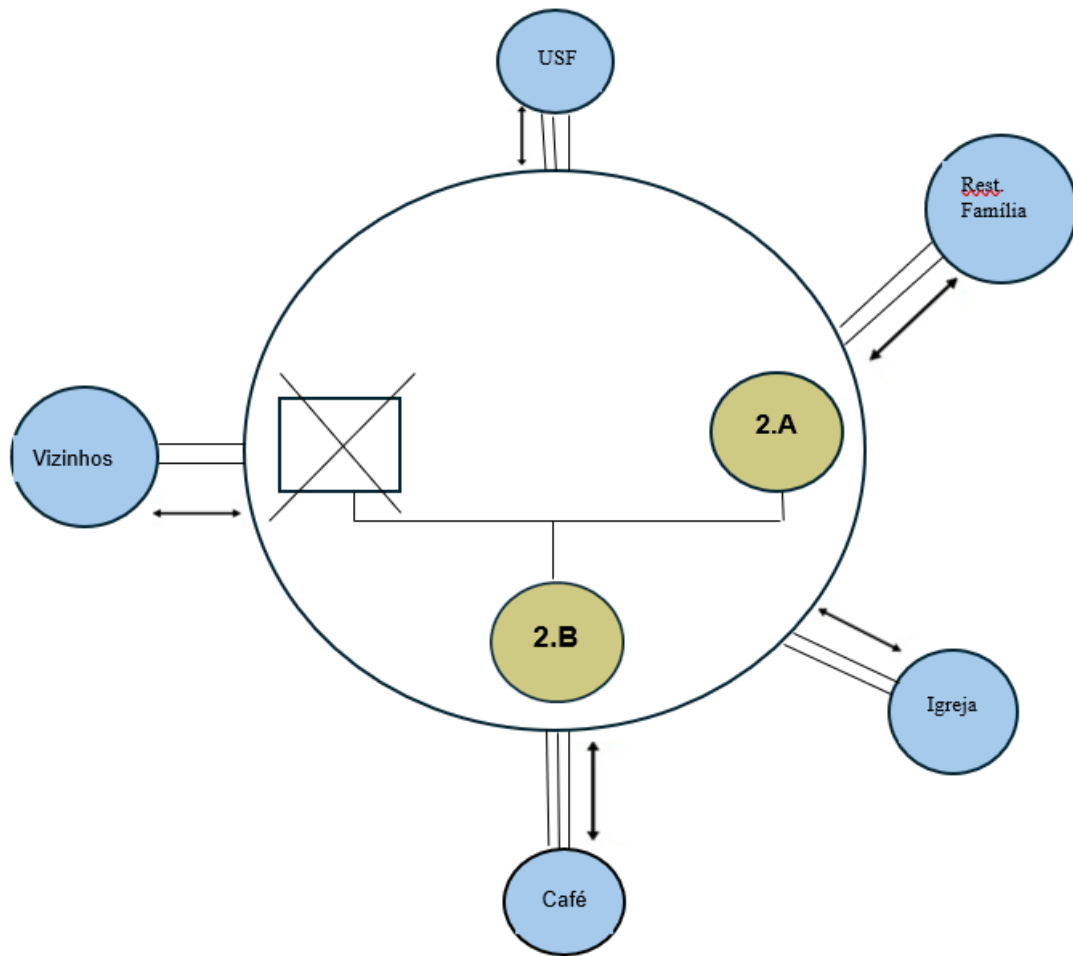
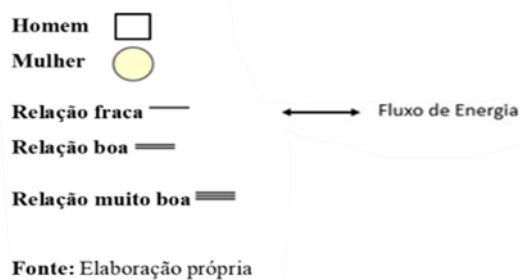


Figura 9 - Ecomapa da Família 2



Legenda:



Após aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein obtivemos o score de família altamente funcional para a utente 2.A (alvo do estudo) e para o elemento 2.B.

A nível da avaliação estrutural a família apresenta um edifício residencial seguro e não negligenciado, com precaução de segurança demonstrada, abastecimento de água adequado e sem animal doméstico.

Relativamente á área de atenção rendimento familiar, esta família vivia com um rendimento familiar insuficiente devido a reforma da utente 2.A ser baixa e o outro rendimento da casa era da filha 2.B que era empregada doméstica fixa numa casa, um rendimento baixo para gerir 4 pessoas pois o irmão 2. C estava desempregado e o filho do elemento 2. B, portanto, neto da utente alvo de intervenção 2. D também estava desempregado. Assim destacou-se o diagnóstico de rendimento familiar insuficiente por conhecimento não demonstrado sobre recursos de apoio ao autocuidado, pelo que as intervenções com a família passaram por: Requerer serviços sociais (técnica de serviço social), orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social). O processo foi iniciado pela referenciação em conjunto com a enfermeira tutora para a assistente social e médico de família para iniciar o processo de pedido de fraldas e outros apoios económicos (complemento de dependência para idosos) ou até sociais.

Relativamente à dimensão funcional na área de atenção do papel de prestador de cuidados, a prestadora de cuidados demonstrou ter conhecimentos em grande parte das áreas de atenção sobre o autocuidado da pessoa dependente. Listou-se os diagnósticos de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado de usar o sanitário, por não conhecimento do prestador de cuidados sobre a pertinência da mãe já usar fralda-cueca em vez de pensos diários, para isso realizamos as seguintes intervenções: Ensinar/Instruir e Treinar o PC (Prestador de Cuidados) sobre equipamentos adaptativos (fralda-cueca e até resguardo impermeável na cama durante a noite). Relativamente ao papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento não demonstrado acerca da importância da estimulação da atividade recreativa por parte do prestador de cuidados para a elemento alvo de cuidados 2.A referiram que a única atividade que esta fazia durante o dia era ver televisão, ir deitar o lixo e ir ter com as vizinhas. As nossas intervenções foram: alertar a prestadora de cuidados (PC) para promoção de atividades de lazer, como perceber junto do elemento 2.A quais seriam outras atividades que esta gostaria de fazer durante o dia, motivar a PC para a promoção de atividades de lazer da idosa dependente – elemento 2. A, e informar sobre a possibilidade do elemento 2.A ir para a Academia Sénior da região onde realizavam múltiplas atividades, passeios. Até ao fim do meu estágio a família não se mostrou muito recetiva da ida do elemento 2.A para a academia sénior.

Listei o diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento não demonstrado sobre regime de exercício, por não conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência, sobre o padrão de exercício adequado nos

idosos para prevenção da massa muscular e portanto do risco de sarcopenia, as intervenções com a PC foram: Ensinar a PC sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado, Estimular a caminhadas entre mãe e filha, Ensinar sobre a possibilidade de realizar mobilizações em casa, por exemplo com uma pedaleira, Estimular a ida do elemento 2.A para a Academia Sênior da região onde realizavam múltiplas atividades, passeios, inclusive ginástica e hidroginástica. A PC foi incentivada a realizar exercícios com a mãe, no sentido de prevenir o agravamento da sarcopenia (perda de massa muscular), no fim da minha intervenção esta prestadora de cuidados já fazia caminhadas com a mãe pela rua, ia passear com ela quando estava sol até as vizinhas, já tinha ido ver de uma pedaleira para comprar, mas esperava por uma promoção, e como referi anteriormente o elemento 2.A ainda não tinha ido para a academia sênior.

Listei também o diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento não demonstrado sobre regime dietético, por não conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância da ingestão adequada de proteínas na alimentação de uma idosa, as intervenções foram as seguintes: Ensinar a PC sobre padrão de ingestão de proteínas adequada num idoso, Instruir sobre a importância da proteína para a prevenção da atrofia do músculo, planejar estratégias de ingestão de proteínas com a PC. No fim do meu estágio esta prestadora já colocava carne ou peixe em todas as sopas que fazia, e a sopa era o primeiro prato do almoço e jantar, fazendo depois o reforço ainda de proteína no segundo prato, ao pequeno-almoço fazia ovos mexidos para a mãe (elemento 2.A) não era todos os dias, mas já fazia, adquiriu nos supermercados iogurtes proteicos para o lanche e a mãe até gosta muito dos iogurtes.

Realizei também a avaliação da saturação do papel de prestador de cuidados à elemento 2. B (filha) através da escala de Zarit que se revelou não comprometida e assim este elemento da família é considerada como força e recurso da família.

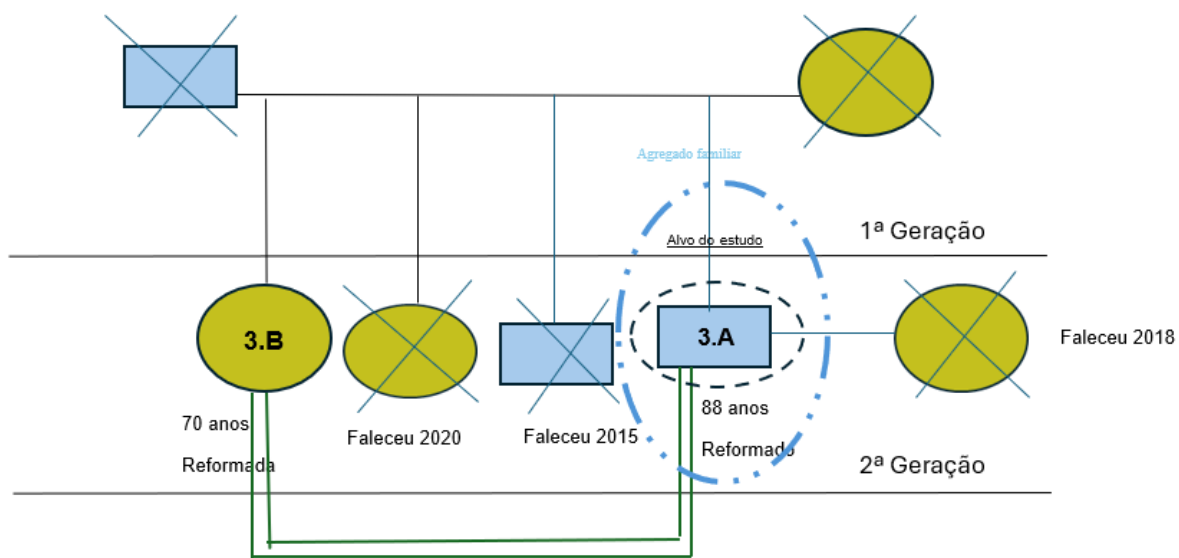
No que se refere ao processo familiar foi avaliada a comunicação familiar a nível da comunicação emocional verbal/não verbal, revelou-se que o Processo Familiar é disfuncional por comunicação familiar não eficaz, pois identificou-se que ao nível da comunicação emocional os membros não estavam satisfeitos relativamente ao modo de expressão dos sentimentos. Os membros da família vivenciaram em 2024 a morte de um dos seus membros, marido do elemento 2.A, e estes apresentavam dificuldade em falar sobre como se sentiam face a esse episódio negativo nas suas vidas, pois atribuíam um significado dificultador a este evento, dificultando a expressão dos seus sentimentos, pois não estavam acostumados a

fazê-lo. A nossa intervenção passou por promover a comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família e otimizar a comunicação na família, utilizando como estratégia técnicas transversais e as técnicas ativas nomeadamente a entrevista motivacional e o ritual terapêutico: nomeadamente o estimular a motivação para falarem abertamente sobre os seus sentimentos, receios, medos sem julgamento de valor expressando assim empatia, demonstrando compreensão e carinho pelos restantes elementos da família. Relativamente ao ritual terapêutico foi abordado que irem ao cemitério quase todos os dias não tinha problema nenhum e que até funcionava como um elemento facilitador deste processo de luto pois a família verbalizou que ali sentia a presença do elemento falecido e que conversava com ele. Após a intervenção, os membros da família passaram a valorizar e reconhecer a importância de dialogar e expressar as suas emoções, especialmente em momentos de tristeza e dificuldade. Ao longo das consultas, foi possível observar uma evolução positiva, destacando-se uma melhoria na maneira como expressavam seus sentimentos e atribuíam significado às suas experiências.

- AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 3

A família 3 é uma família unipessoal constituída por 1 elemento reformado, como identificado no genograma, que reside numa moradia é uma família de classe social média (escala de Graffar adaptada). Este elemento 3.A vive sozinho na moradia pois a esposa faleceu no ano de 2018 e não tiveram filhos, tem apoio de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) ao nível da alimentação, limpeza da casa e roupa, mas o próprio refere que ainda faz algumas coisas de comer se lhe apetecer, e que também limpa a casa, não espera pela limpeza das colaboradoras da IPSS. Foram realizadas duas consultas com a presença do membro da família em questão. Seguidamente apresento o genograma e o ecomapa desta família.

Figura 10 - Genograma da Família 3



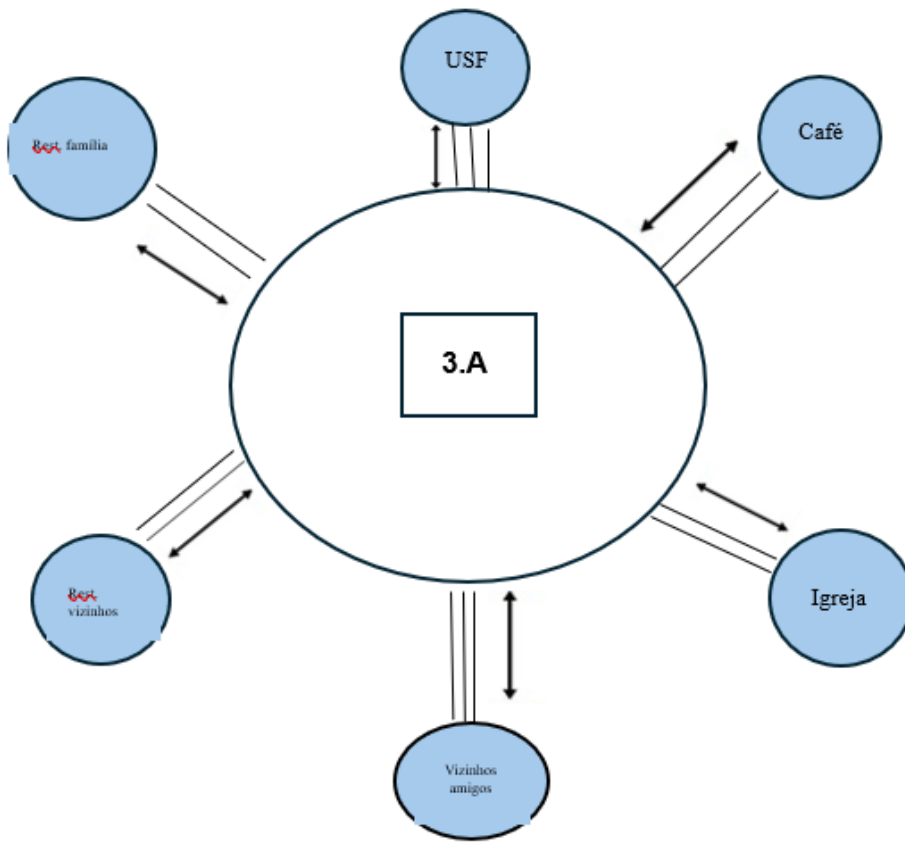
Legenda:

- Masculino
- Feminino
- ⊗ Falecido

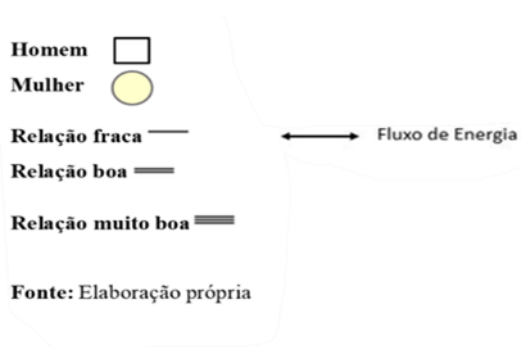
- Casamento
- Relação Distante
- Relação de Harmonia
- == Relação Próxima

Fonte: Elaboração Própria

Figura 11 - Ecomapa da Família 3



Legenda:



Nesta família o papel de prestador de cuidados maioritário é exercido pelo próprio e único elemento da família (elemento 3. A), listei o diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado por parte do elemento 3.A sobre o regime de exercício, por não conhecimento da importância da prática de exercício físico nos idosos, para prevenção da atrofia massa muscular e portanto do risco de sarcopenia, as intervenções com o elemento 3.A foram: Ensinar sobre a importância de estimular a

independência, sobre padrão de exercício adequado, Estimular a caminhada, a ida ao café a pé em vez de ir de carro, Ensinar sobre a possibilidade de realizar mobilizações em casa, por exemplo com uma pedaleira, Estimular a ida do elemento 3.A para a Academia Sénior da região onde realizavam múltiplas atividades, passeios, inclusive ginástica e hidroginástica. No fim da minha intervenção este utente já fazia caminhadas pela aldeia tendo já feito uma de 2 km, ia até ao café a pé, já tinha comprado uma pedaleira para fazer quando estivesse a chover e não pudesse fazer a sua caminhada diária, e já estava inscrito na academia sénior 4 vezes por semana e *“Adorava andar lá, tinha sido a melhor coisa que lhe aconteceu nos últimos tempos!!”* pois fazia ginástica e hidroginástica, jogava as cartas, ao dominó, fazia pintura e ia a todos os passeios que houvesse.

Listei também o diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre regime dietético, por não conhecimento sobre a importância da ingestão adequada de proteínas na alimentação de um idoso, as intervenções foram as seguintes: Ensinar o elemento 3.A sobre o padrão de ingestão de proteínas adequada num idoso, Instruir sobre a importância da proteína para a prevenção da atrofia do músculo, planejar estratégias de ingestão de proteínas apesar deste utente ingerir a alimentação vinda da IPSS ele ainda ia as compras e às vezes preparava a sua própria comida. No entanto liguei para a IPSS a lembrar que a sopa deste utente devia ser enriquecida e fui informada que as dietas eram elaboradas por uma nutricionista, portanto apresentavam uma dieta rica e equilibrada e de acordo com as suas necessidades nutricionais. No fim do meu estágio este utente ingeria sempre a sopa era o primeiro prato do almoço e jantar, fazendo depois o reforço ainda de proteína no segundo prato, ao pequeno-almoço preferia a sandes de queijo por ser uma proteína animal e até comprou vários tipos de queijo para ter em casa e ir comendo ao longo do dia, cozia ovos ou fazia ovos mexidos também para o pequeno almoço, adquiriu nas farmácias comunitárias os suplementos proteicos bebíveis e os pudins para ingerir ao lanche e antes de ir dormir, tendo referido que gosta muito dos pudins principalmente do de chocolate.

Nas consultas foi usada a técnica ativa, o Ritual Terapêutico, para que o elemento 3.A encontrasse atividades que gostasse de fazer e planeasse essas atividades: “Elemento 1.A diga-me algo que goste de fazer? Como me diz que gosta de ir ao cemitério ver a sua esposa vou lhe propor um desafio, ir ao cemitério uma vez ou duas por semana e depois no resto da semana fazer outras atividades que goste de fazer...acredito que assim comece a ocupar o seu tempo com outras atividades, tais como ir passear, fazer caminhadas, ir ao café... (reforço positivo)”.

Ao longo do trabalho desenvolvido com as famílias, apercebi-me que apesar de saberem o que é uma alimentação equilibrada, rica, com carne, peixe, legumes não conseguiam associar a importância da proteína na alimentação nos idosos, com a função muscular. Ao nível da importância do exercício físico na prevenção da perda e atrofia muscular tinham conhecimentos muito escassos e sem grande motivação para mudança de comportamentos, mas depois com a nossa intervenção adoravam ir a academia sénior bem como ter uma vida mais ativa dentro das suas possibilidades.

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

As atividades realizadas no contexto da competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção foram alinhadas com objetivos previamente definidos. Estes incluíram a gestão eficaz dos cuidados, promovendo a coordenação dentro da equipa de saúde e incentivando a colaboração interdisciplinar. Para isso, foram efetuadas referências dos membros da família para outros profissionais de saúde, sempre que necessário, garantindo uma abordagem integrada e adequada às suas necessidades. No contexto da referência, foi reconhecido a competência enquanto profissional e mestranda tendo sido feito o encaminhamento para outros profissionais de saúde, como médico de família em situações agudas, e para a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), em particular o Serviço Social. Destaca-se a relevância desta competência do enfermeiro de família, uma vez que as famílias e os seus membros, enquanto utilizadores do SNS, só podem aceder a estes recursos e apoios (URAP) mediante referência. Assim, após obtenção da devida autorização, uma família (família 2) foi encaminhada através do SClínico-CSP® para a URAP, em específico o Serviço Social para avaliação da obtenção de benefícios económicos e sociais pois esta família apresenta um rendimento familiar baixo e a idosa alvo da nossa intervenção apresenta incontinência moderada e pode vir a precisar de fraldas, assegurando assim a continuidade da gestão dos cuidados de saúde em articulação com outras Unidades Funcionais.

A introdução das novas tecnologias nos serviços de saúde, como os Sistemas de Informação (SI), tornou-se uma medida fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Esta modernização não só aumentou a segurança dos utentes, ao minimizar erros

clínicos, como também contribui para a redução dos custos nos serviços de saúde (Chaves & Miranda, 2023). Para os enfermeiros, os SI representam uma ferramenta essencial, pois facilitam o acesso ao conhecimento, reduzem distâncias e tempo, e melhoram a disponibilidade da informação. Como resultado, permitem uma comunicação mais eficiente e dinâmica na troca de dados (Silva, 2016). Dessa forma, surge o SClínico-CSP®, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Este sistema de informação, em constante evolução, é utilizado por todos os profissionais de saúde e tem o paciente como foco principal. A sua implementação visa a padronização dos registos clínicos, garantindo a uniformização e normalização da informação (Ministério da Saúde, 2023). Com base no exposto anteriormente durante todas as consultas realizadas às famílias e seus membros, foi utilizado o SClínico-CSP® para registar os cuidados fornecidos. Este sistema foi utilizado para documentar informações avaliativas, diagnósticos, intervenções e as referências a outros profissionais de saúde, além de possibilitar a consulta do processo clínico dos utentes, garantindo assim a continuidade dos cuidados. É relevante destacar que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é utilizada nos SI em enfermagem para descrever a conceção dos cuidados, uma vez que se trata de uma linguagem comum e reconhecida na área da Enfermagem, sendo atualmente utilizada a versão Beta 2 (Bastos et al., 2022).

Para promover a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de Enfermagem em Saúde Familiar é necessário apostar/desenvolver processos formativos nas instituições segundo as necessidades da mesma. A formação em serviço, na área da Enfermagem, tem sido uma prática essencial na profissão ao longo de várias décadas, sendo destacada no Decreto-Lei nº437/91 de 8 de novembro de 1991. Este documento sublinha a importância da formação contínua para o desenvolvimento e aprimoramento do exercício profissional, afirmando que a natureza da profissão de enfermagem deve priorizar a formação em serviço para garantir a atualização, aprofundamento e desenvolvimento dos conhecimentos, além de prever mecanismos na carreira que possibilitem a implementação desta formação contínua (Ministério da Saúde, 1991). Assim desenvolvi uma ação de formação sobre a “Sarcopenia nos Idosos” para promover um momento de reflexão junto da equipa de enfermagem da USF no âmbito da sarcopenia nos idosos, com os conteúdos programáticos da sua definição, tipos, fatores de risco, principais sintomas, diagnóstico do risco de sarcopenia nos idosos e formas iniciais de tratamento. A formação em serviço permite aos enfermeiros confrontarem a teoria com a prática, ou seja, o que é idealizado com o que é realmente aplicado, o que pode resultar em mudanças significativas nos seus comportamentos (Marques, 2021).

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo reflete uma análise crítico-reflexiva das experiências e atividades realizadas durante a Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional com Relatório. É apresentado o impacto dessas vivências no desenvolvimento de competências, com base nas competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento nº 140/2019 e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar (EEEC-ESF) definidas no Regulamento nº 428/2018, ambos da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O modelo de Schön (1992) enfatiza a relevância de uma prática reflexiva para impulsionar o desenvolvimento profissional e fomentar uma melhoria contínua na prestação de cuidados. Este conceito alinha-se com o processo desenvolvido ao longo da realização deste estágio, cujo percurso reflexivo e crítico se pretende detalhar neste relatório, evidenciando o impacto na evolução das competências e na qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a OE (2017, p.2), o conceito de competência está relacionado a “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, é sabido que, independentemente da sua área de atuação, deve possuir um conjunto de competências transversais, aplicáveis a qualquer contexto de cuidados de saúde. Essas competências estão organizadas em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional contínuo (OE, 2019a).

O primeiro domínio foi evidenciado por uma prática clínica que respeitou as características pessoais, familiares e sociais das famílias e dos profissionais envolvidos. A confidencialidade dos dados foi garantida em todas as etapas, e a vontade das famílias foi respeitada. Este compromisso foi expresso, por exemplo, através dos nomes serem letras atribuídos aos membros das famílias, assim como pela colaboração contínua e pela construção de parcerias ao longo do processo de cuidados. No domínio da melhoria contínua da qualidade, destaca-

se a preocupação com o cumprimento dos objetivos estabelecidos pela USF. Além disso, enfatizou-se a importância de um processo de formação contínua, orientado para a melhoria dos resultados na área da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), promovendo práticas mais eficazes e centradas nas necessidades das famílias. No contexto da gestão de cuidados, assegurou-se que foram devidamente planeados, implementados e avaliados com segurança e base científica. Este processo foi realizado em colaboração com a equipa multidisciplinar e em alinhamento com os recursos disponíveis na USF. Por fim, no que se refere à aprendizagem profissional, que resultou na elaboração deste relatório, ressalta-se a contínua utilização do pensamento crítico e reflexivo.

O EEEC-ESF exerce a sua atividade com foco na família enquanto unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar. A sua atenção é dirigida tanto à família como um todo quanto a cada um de seus membros individualmente. Orientados por uma abordagem sistémica, estes profissionais procuram fortalecer as capacidades e recursos da família ao longo das diferentes etapas do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros estabelece que os EEEC-ESF devem possuir as seguintes competências, conforme descrito no Regulamento nº 428/2018:

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

Estas competências serviram de guia orientador ao longo do estágio durante as consultas que participei/ realizei, nomeadamente consulta de Planeamento Familiar, consulta de Saúde Materna, consulta de Saúde Infantil e Juvenil, consulta de Saúde do Adulto, consulta de Diabetes, consulta de Hipertensão Arterial, consulta de Hipocoagulados, consulta de Rastreio do Cancro Colorretal, contacto Indireto, Atendimento Telefónico, Consulta/Visita no Domicílio (em situações de dependência nomeadamente para realização de tratamento de feridas ou administração de injetáveis), consultas e medidas terapêuticas de enfermagem (nomeadamente realização de tratamento de feridas a feridas crónicas ou agudas, administração de injetáveis) e Vacinação (das pertencentes ao Plano Nacional de Vacinação e também não pertencentes desde que prescritas pelo médico).

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

Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

A relação desenvolvida com as famílias foi muito positiva, permitindo alcançar ganhos em saúde e estabelecer laços essenciais para o êxito dos cuidados. Este envolvimento ficou evidente no interesse demonstrado pelos membros das famílias, tanto em relação ao plano de cuidados partilhado com a enfermeira tutora, como também na interação comigo enquanto mestranda e enfermeira. Esta ligação reforçou a colaboração no processo de cuidados e contribuiu para o sucesso terapêutico.

Durante as consultas com as famílias e seus membros, foi garantida a disponibilidade e a receptividade para ouvir as suas preocupações e opiniões sobre a saúde da família e de cada pessoa individualmente. Além disso, no que diz respeito ao agendamento das consultas, as famílias tiveram a possibilidade de escolher horários que lhes fossem convenientes, dentro das limitações do serviço. As consultas foram realizadas nos gabinetes do centro de saúde procurando criar um ambiente acolhedor, confortável, um diálogo familiar, justificando a presença de dois membros de cada família, se possível.

Procurei assim criar um ambiente familiar que favorecesse o fortalecimento da relação terapêutica permitindo uma avaliação mais aprofundada das necessidades e uma intervenção mais eficaz, através da recolha de dados por observação, essencial para avaliar as interações entre os membros da família.

Os planos de cuidados elaborados e implementados foram sempre desenvolvidos em colaboração com a família, valorizando a coconstrução de objetivos e respeitando as suas perspetivas. Para promover, manter, fortalecer e recuperar a saúde das famílias, estas foram constantemente envolvidas e consultadas ao longo de todo o processo colocando-se questões tais como: “O que acha de se fazer assim?” ou “Qual é a sua opinião?”. Tendo em conta às especificidades de cada família, foram aplicadas diferentes técnicas de intervenção familiar e intervenção individual, como a Metáfora (família 1), Entrevista Motivacional (família 2), Ritual Terapêutico (família 2 e 3), bem como questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas e escalas. Também foram destacados os pontos fortes de cada família no que diz respeito à saúde, nomeadamente o facto de todas as famílias terem adquiridos suplementos

proteicos e os terem introduzido na sua alimentação, tal como procurarem consumir proteína em todas as refeições, bem como as idas para academia sénior por parte do elemento idoso da família 1 e 3.

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Numa fase inicial de abordagem às famílias, foi realizada a consulta dos processos clínicos familiares e individuais através do sistema SClinico-CSP. Foram igualmente obtidas informações junto da equipa de saúde familiar, incluindo o médico, a enfermeira de família e, em algumas situações, o assistente técnico.

Junto das famílias, foram recolhidas informações sobre o histórico familiar e hereditário, com alguns desses dados representados nos Genogramas familiares. Também foram abordadas questões relacionadas com a estrutura familiar, os problemas atuais e fatores de risco para a saúde da família. Com base nas características de cada família, foram avaliadas áreas relevantes da saúde familiar, utilizando a matriz operativa do MDAIF, considerando as suas três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural foi avaliada no sentido de perceber a estrutura da família e a sua composição. As dimensões de desenvolvimento e funcional foram avaliadas com maior detalhe, em áreas específicas, de acordo com os problemas relatados por cada família. Foram utilizados outros instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o Ecomapa, Escala de Graffar, APGAR Familiar de Smilkstein.

Com esta recolha de dados e avaliação, foi possível reconhecer as forças e as áreas que precisam de melhoria na forma como a família responde às transições de vida, destacando-se as respostas face à transição para o envelhecimento em ambas as famílias e as respostas perante a transição para o papel de prestadora de cuidados das filhas nas famílias 1 e 2.

Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

As condições de saúde e doença das famílias em situações complexas, e de cada um dos seus membros, merecem a total atenção por parte do EEEC-ESF, para isso é necessário utilizar conhecimentos tanto de Enfermagem como de outras áreas do saber. Nomeadamente

na viuvez recente na família 2 (saber ser, saber estar, apostar na escuta ativa, promoção da expressão das emoções sem vergonha e medo), o requerer o serviço social na família 2 para ajudar nas despesas diárias e participação de fraldas. O estar atenta e avaliar o grau de saturação/sobrecarga do papel de cuidador nas famílias 1 e 2 pois a sobrecarga do cuidador deve ser foco de atenção nas famílias com dependentes a cargo, quer seja semi-dependência ou dependência total, pois pode implicar a alteração de rotinas e estilos de vida e adoção de estratégias que possam conduzir a atitudes e comportamentos melhorados por parte da família (Simari et al., 2021)

Os familiares cuidadores prestam assistência baseando-se apenas nas competências adquiridas através da experiência de vida, realizando os cuidados conforme seu conhecimento e possibilidades. No entanto, em alguns casos, isso pode não ser suficiente para atender adequadamente às necessidades de saúde do familiar dependente (Simari et al., 2021). A permanência do familiar dependente no ambiente familiar continua a ser a escolha prioritária para todas as famílias do meu estudo também porque são semi-dependentes, no entanto a institucionalização da pessoa dependente foi abordada nas consultas e é vista como uma alternativa apenas quando não houver suporte adequado, tanto por parte dos serviços de saúde quanto da própria família. Importa referir que nas minhas 3 famílias em estudo 2 delas (família 1 e 2) o papel de cuidador é feito apenas por uma só pessoa, a filha, o que nos leva a refletir a importância do enfermeiro de família estar presente no apoio a todo o sistema familiar e no estimular/ incentivar e acompanhar o cuidador a ter um papel de apoio, vigilância e suporte. E após a nossa intervenção estas cuidadoras perceberam a importância da proteína na alimentação dos idosos, em que passaram a colocar carne no puré da sopa, de manhã ao pequeno-almoço davam proteína (quer fosse ovos mexidos, queijo acompanhar o pão, ...), ao lanche incentivavam à ingestão de um suplemento proteico. Relativamente a prática de exercício físico na família 1 e 3 o elemento idoso (alvo do nosso estudo) foi para a academia sénior onde realizavam ginástica e hidroginástica.

Conforme já mencionado, foram analisadas diversas áreas relacionadas com os interesses e recursos das famílias, que se revelaram fundamentais para compreender a sua resposta a situações complexas. Estas áreas refletem a interação dinâmica e recíproca entre os indivíduos, a família, a saúde e o meio ambiente.

A fase de desenvolvimento familiar e individual foi sempre tida em conta durante a avaliação e intervenção, pois exerce uma influência significativa na forma como as famílias e os seus membros enfrentam situações desafiantes ao longo do seu ciclo de vida.

As reações da família e dos seus membros às intervenções de enfermagem foram acompanhadas e avaliadas ao longo das consultas.

Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Como demonstrado ao longo deste relatório, a prática desenvolvida como futura EEE-ESF baseou-se sempre em evidências científicas. Este conhecimento, originado pela investigação, deve ser continuamente valorizado, com especial atenção para aquele relacionado com a ESF, sendo indispensável para o desenvolvimento de competências como especialista nesta área.

Utilizou-se técnicas transversais, como questões lineares, circulares, hipotético-reflexivas bem com técnicas específicas, como a metáfora, o ritual terapêutico e a entrevista motivacional que permitem adequar e personalizar a avaliação e a intervenção nas famílias e nos seus membros potenciando ganhos em saúde nas mesmas.

Em situações complexas, como por exemplo a insuficiência económica e a viuvez recente na família 2 a utilização da escuta ativa e a empatia demonstrada foram cruciais no processo terapêutico. Na intervenção relativamente ao papel de cuidador na família 1 e 2 foi utilizada também a escuta ativa, a promoção de momentos de confiança durante a consulta, o incentivo a expressão de receios, medos e angústias sem receio de julgamentos, o apresentar soluções para o desafio sempre demonstrando o nosso companheirismo e presença no mesmo nomeadamente a possibilidade de referência para a UCC. O sedentarismo observado em ambas as famílias intervencionadas, a pouca importância dada a proteína na alimentação foi debatida com base em evidências científicas tendo suscitado a curiosidade e motivação para a mudança.

Foram aplicados o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) (Wright & Leahey, 2012) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012) para estruturar o pensamento na área da ESF, valorizando a natureza dinâmica desses modelos, que favorecem o uso do raciocínio crítico, complementados pela Teoria das Transições, com foco no indivíduo. Além disso, a integração contínua do conhecimento adquirido ao longo das Unidades Curriculares do Mestrado e a sua aplicação prática no contexto clínico impulsionaram o desenvolvimento de competências especializadas em ESF.

Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Em todas as interações, foi priorizada uma comunicação aberta, adaptável e construtiva, promovendo uma compreensão mútua e uma colaboração recíproca entre os intervenientes. Este ambiente facilitou o planeamento conjunto com as famílias e os seus membros, estabelecendo metas concretas para fomentar o seu bem-estar. Alicerçado nos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), como a circularidade e a neutralidade, todo o processo terapêutico incluiu a aplicação de estratégias motivacionais, como o reforço das competências, as forças da família e o uso de elogios. Estas abordagens revelaram-se eficazes para incentivar e melhorar o bem-estar das famílias e dos seus membros.

O planeamento, implementação e avaliação das intervenções na área da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) foram orientados pelas metas previamente definidas em colaboração com as famílias. Este processo considerou a necessidade de promover mudanças significativas para lidar com situações desafiantes que pudessem comprometer o seu estado de saúde e bem-estar, garantindo uma abordagem centrada nas suas necessidades e dinâmicas específicas. Nomeadamente na intervenção relativamente ao papel de cuidador na família 1 e 2 os familiares cuidadores criaram os seus próprios métodos para alcançar um equilíbrio, resultado de vários anos de experiência no cuidado. Foi necessário uma abordagem mais específica para que os membros da família identificassem esses hábitos enraizados e estivessem abertos a novas abordagens, promovendo uma melhor interação entre as pessoas e um maior bem-estar geral. Nomeadamente o procurarem ter uma tarde de semana para fazer o que gostam, quer fosse ir as compras sozinha, quer fosse ir à missa, quer fosse para fazer caminhadas e deixarem o elemento dependente a cargo ou do marido ou de vizinhas. O sedentarismo observado em ambas as famílias intervencionadas foi combatido com a ida do elemento idoso para a academia sénior, a importância dada a proteína na alimentação do idoso, bem como a explicação da possibilidade de referenciação para UCC, no âmbito do papel prestador de cuidados na família 1 e 2. Foi promovido e incentivada a conversação eficaz, sem tabus, medos e receios entre os vários elementos das famílias bem como com os profissionais de saúde como uma das formas de lidar com as emoções difíceis e atenuar o seu impacto na saúde da família reforçando especial atenção a família 2 onde tinha ocorrido um falecimento recentemente.

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Durante as consultas, para obter uma visão abrangente da saúde da família e de seus membros, estes foram incentivados a compartilhar a sua história de vida, tanto as preocupações como as conquistas associadas a transições de vida complexas. Este incentivo e abertura para relatarem as suas experiências permitiram identificar os pontos fortes que sustentam cada família bem como as dificuldades. Foi também analisada e representada as relações entre cada família (ou indivíduo) e o seu ambiente externo no ecomapa da família com o objetivo de compreender como cada um desses elementos pode impactar o processo de mudança.

Junto das famílias, foram analisadas formas de melhorar a dinâmica familiar e identificadas novas abordagens para atingir os objetivos desejados e superar adversidades, por exemplo na família 2 abordou-se a possibilidade de se contactar os serviços sociais da USF tendo sido bem aceite pela família esse encaminhamento com o intuito de receber apoio financeiro. No fim deste estágio a família já tinha sido contatada pela técnica do serviço social. As famílias 1 e 2 ficaram esclarecidas relativamente as UCC bem como a possibilidade do descanso do cuidador. Abordou se o tema do envelhecimento e as alterações na pessoa e na vida bem como formas de adaptação e empoderamento para esta transição, nomeadamente a prática de exercício físico e a importância de uma alimentação equilibrada e com ingestão de proteínas em todas as refeições.

Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

A Enfermagem de Saúde Familiar exige um envolvimento ativo e intencional para garantir cuidados eficazes e personalizados. Como futura EEEEC-ESF tentei antecipar necessidades, promover a prevenção e monitorizar progressos, atuando como facilitadora da saúde familiar.

A intencionalidade reflete-se no planeamento estratégico e na aplicação de abordagens baseadas em evidência, incluindo educação para a saúde e capacitação das famílias. A relação terapêutica, a mediação com os recursos comunitários e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados também são essenciais.

Com o objetivo de melhorar a minha prática de Enfermagem de Saúde Familiar, procurei orientação tanto na investigação científica disponível quanto na experiência de profissionais,

nomeadamente na minha enfermeira tutora e na minha orientadora pedagógica. Com o apoio contínuo delas pude ir avaliando a minha atuação como enfermeira de família, refletindo sobre as interações entre enfermeira/família, visando sempre melhorar o meu desempenho e otimizar os ganhos em saúde para com as famílias e seus membros.

A formação sobre “A Sarcopenia no idoso” – ANEXO III realizada na USF foi mais um momento de partilhada de conhecimento e participação ativa na ESF.

Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Nas consultas seguintes após a implementação das intervenções de Enfermagem de Saúde Familiar, foi analisado, junto das famílias, o grau de satisfação em relação aos cuidados recebidos e a eficácia das novas intervenções de ESF, por meio de uma conversa aberta com todos os intervenientes. Questionou-se a família 2 e 3 como têm sido a experiência do ritual terapêutico/familiar em que se incentivou a ida ao cemitério para conversarem com os seus familiares, o levar flores regularmente e ir ao cemitério ver a campa. Questionou-se ambas as famílias acerca da introdução dos suplementos proteicos, da colocação de carne ou peixe na sopa, do contributo da prática de exercício físico regularmente na sua vida após ida para a academia sénior na família 1 e 3. As famílias tiveram abertura para partilhar a sua opinião sobre a relação construída com a enfermeira, demonstrando, de forma ativa, o seu reconhecimento e satisfação. Essa valorização foi expressa tanto ao longo do estágio quanto após a sua conclusão, em momentos de interação com a enfermeira tutora.

As respostas das famílias às intervenções de enfermagem, assim como os ganhos obtidos em termos de saúde, foram monitorizados e registados durante as consultas no SClinico CSP, no programa Saúde da Família e o resultado final está detalhado neste relatório.

4.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

Para desenvolver a segunda competência, houve coordenação com outras equipas de saúde, garantindo a mobilização dos recursos necessários para a prestação de cuidados à família. A enfermeira de família, o médico de família, os assistentes técnicos e a técnica de serviço social foram envolvidos em momentos de consulta, promovendo abordagens colaborativas em prol da saúde das famílias e dos seus membros, sempre com o consentimento destas. Quanto aos serviços existentes de apoio na comunidade por exemplo descanso do cuidador para a família 1 e 2, embora não tenha sido necessário orientar diretamente a família nesse âmbito, foram recolhidas informações relevantes sobre serviços veterinários para a família 1 pois tinha um gato doméstico mas que andava algum tempo na rua, para garantir que o animal doméstico não fosse negligenciado, e sobre apoio financeiro para aquisição de fraldas e outro tipo de apoios económicos e sociais para a família 2 pois a utente alvo da nossa intervenção apresenta incontinência urinaria moderada e utiliza penso diário, e tem um rendimento familiar baixo. Estas medidas foram consideradas pertinentes face às necessidades identificadas nas famílias alvo de cuidados.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

A participação, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde foram realizadas com o objetivo de melhorar a qualidade da documentação dos cuidados no sistema de informação S-Clínico CSP, com especial enfoque no Programa de Saúde da Família. Este esforço visou assegurar um registo mais eficaz e estruturado, contribuindo para uma gestão mais eficiente e personalizada dos cuidados às famílias.

Foi estabelecida uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação, havendo parceria com o médico, enfermeiros da USF, técnica de serviço social da URAP, mestrandas e docente da ESSV. Foi realizada uma formação em serviço para a equipa de enfermeiros da USF para partilhar conhecimentos acerca da sarcopenia nos idosos e a importância da ingestão proteica bem como a prática de exercício físico regular, encontra se em anexo – ANEXO III.

Em suma, este processo de aprendizagem foi essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas da área da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). A pesquisa e o rigor acadêmico permitiram aprofundar conhecimentos teóricos e práticos. Este percurso valorizou a abordagem da família e dos seus membros como parceiros ativos nos cuidados. Assim, consolidou-se uma prática centrada na promoção da saúde e no envolvimento colaborativo.

Conclusão

Neste relatório foram destacadas as competências adquiridas e aprimoradas ao longo do estágio na prestação de cuidados especializados à família e a cada um de seus membros. As competências desenvolvidas estão alinhadas com o perfil do EEEEC-ESF, que é o profissional de destaque no acompanhamento qualificado da família enquanto unidade de cuidados ao longo das diferentes fases da vida. Além disso, a prestação de cuidados foi sempre orientada para a capacitação contínua da família, considerando as suas necessidades e especificidades de desenvolvimento. Outra competência alcançada foi o reconhecimento do potencial do sistema familiar como agente promotor de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este processo também permitiu a aquisição de competências comuns, resultantes do aprofundamento das funções do enfermeiro de cuidados gerais, que são partilhadas por todos os especialistas. Conforme estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), o enfermeiro especialista deve desempenhar as funções dos enfermeiros de cuidados gerais, complementadas por competências adicionais que garantem o seu reconhecimento e diferenciação. Essas competências englobam o conhecimento teórico, a aplicação prática e a postura profissional, fortalecendo a sua atuação na área.

A componente clínica deste curso teve um papel fundamental no aperfeiçoamento das competências essenciais para a prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), nomeadamente:

- ✓ Prestação de cuidados à família como unidade, promovendo a sua capacitação perante as exigências do seu desenvolvimento.
- ✓ Cuidados especializados em todas as etapas do ciclo de vida, englobando a prevenção primária, secundária e terciária, com foco tanto na família como em cada membro individualmente.
- ✓ Reconhecimento da família como um elemento fundamental na promoção da saúde e na gestão, manutenção e recuperação do bem-estar familiar, mobilizando recursos para a máxima autonomia da família.

- ✓ Atuação como intermediária entre a família, outros profissionais de saúde e os recursos comunitários, garantindo um acesso justo e equitativo aos cuidados de saúde.
- ✓ Intervenção organizada e sistematizada, com pensamento crítico, recolha de dados sobre a família para identificação de problemas, formulação de diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos e planeamento da intervenção.

Todo o processo foi guiado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018), reforçando a prática baseada em evidências e centrada na saúde familiar.

Na UC Estágio de natureza profissional com Relatório em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP foi caracterizado o contexto no qual decorreu a prática clínica especializada, focando a USF, foi também feita à caracterização geral do ficheiro da enfermeira tutora e prevaleceram características comuns entre ambos, nomeadamente o serem ficheiros com uma taxa grande de idosos. Após a definição dos critérios de inclusão, identificaram-se quatro famílias sendo que só a três famílias foram prestados cuidados no âmbito da ESF, pois numa o elemento idoso (alvo da nossa intervenção) foi internado de urgência no hospital de residência, as consultas com as famílias decorreram na USF. Privilegiou-se o recurso à entrevista familiar sistémica, foram utilizados o MDAIF (Figueiredo, 2012), e a Teoria das Transições (Meleis, 2010) para avaliação e intervenção dos indivíduos que constituem as famílias.

Nas famílias com elementos idosos com risco de sarcopenia, doença que compromete significativamente o desempenho físico do indivíduo é elevado. Para o tratamento desta condição, a nutrição adequada bem como a prática de exercício físico são essenciais na prevenção da evolução da sarcopenia no utente. É importante ter em conta a ingestão proteica do utente, e de que modo se relaciona com o aumento da função muscular bem como a não prática de atividade física, são fatores de associação que levam á mobilidade reduzida, independente do género, da idade e da presença de comorbidades.

Enfatizou-se assim ao longo das consultas com as famílias a ingestão proteica adequada, a relevância da prática de atividade física, da construção de espaços de promoção e prevenção de forma a incentivar o envelhecimento ativo, além da abordagem multi e interprofissional para a atenção integral à saúde da pessoa idosa (Silva et al., 2019). Com o

aumento da esperança de vida, torna-se então de extrema importância aumentar a qualidade de vida da população idosa e atuar o mais precocemente possível para que esse prolongamento corresponda a um envelhecimento saudável, de forma que o idoso consiga viver o seu dia a dia de forma independente. É, assim, possível intervir para atrasar ou prevenir a progressão da sarcopenia, no sentido de termos idosos mais saudáveis, mais independentes e mais felizes.

De modo geral, as intervenções realizadas foram consideradas eficazes, uma vez que as famílias e seus membros adquiriram conhecimento sobre a importância da proteína na sua alimentação diária bem como a prática de atividade física regular, resultando assim, ganhos em saúde, quer nos diagnósticos das famílias, quer nos diagnósticos dos seus membros, individualmente.

Com base no exposto neste relatório, é seguro afirmar que todas as famílias com membros idosos poderiam beneficiar de consultas no domicílio, dado o impacto positivo dessa abordagem na promoção da saúde e na gestão das necessidades familiares. No entanto, também é evidente que essa prática enfrenta limitações significativas devido a restrições de tempo, transporte e, sobretudo, insuficiência de recursos humanos nos serviços de saúde, o que dificulta a implementação generalizada deste tipo de intervenção.

Concluindo, os cuidados à família concentram-se nas relações e na reciprocidade entre os seus membros, visando promover a participação ativa de todos em cada etapa do processo de cuidados. Para tal, é essencial realizar uma avaliação detalhada e uma recolha de dados precisa e confiável, de modo a obter um conhecimento aprofundado dos sistemas familiares. Este conhecimento permite delinear intervenções direcionadas para fortalecer a família enquanto unidade, promovendo a sua saúde e bem-estar. É crucial destacar a necessidade de investir em pesquisa, em sistemas de informação mais adequados, bem como na formação e conscientização dos enfermeiros

Todas as famílias, em algum momento das suas vidas, necessitam da intervenção de um enfermeiro. Assim, devemos estar atentos às fases de transição vivenciadas pela família, com o objetivo de antecipar necessidades e planejar cuidados de forma proativa, promovendo a saúde e o bem-estar em cada etapa do ciclo vital.

Referências Bibliográficas

Ângelo, M. (2000). O contexto familiar. *Em Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 27-31). Atheneu.

Anker, S. D., Morley, J. E., & von Haehling, S. (2016). Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7(5), 512–514. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12147>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2020). *Miscellanea APAV*. Lisboa. <https://apav.pt/>

Barajas-Galindo, D. E., González Arnáiz, E., Ferrero Vicente, P., & Ballesteros-Pomar, M. D. (2021). Effects of physical exercise in sarcopenia. A systematic review. *Endocrinologia, Diabetes Y Nutricion*, 68(3), 159–169. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.02.010>

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente M. (2022). *Representação do Conhecimento em Enfermagem –A família como cliente*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 5 (1) Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis, Portugal. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Bauer, J., Morley, J. E., Schols, A. M. W. J., Ferrucci, L., Cruz-Jentoft, A. J., Dent, E., Baracos, V. E., Crawford, J. A., Doehner, W., Heymsfield, S. B., Jatoi, A., Kalantar-Zadeh, K., Lainscak, M., Landi, F., Laviano, A., Mancuso, M., Muscaritoli, M., Prado, C. M., Strasser, F., ... Anker, S. D. (2019). *Sarcopenia: A Time for Action. An SCWD Position Paper*. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10(5), 956–961. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12483>

Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., Garry, P. J., & Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology*, 147(8), 755–763. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009520>

Baumgartner, R. N., Wayne, S. J., Waters, D. L., Janssen, I., Gallagher, D., & Morley, J. E. (2004). Sarcopenic obesity predicts instrumental activities of daily living disability in the elderly. *Obesity Research*, 12(12), 1995–2004. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.250>

Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22(1), 67-79.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Veriati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

Calvani, R., Picca, A., Coelho-Júnior, H. J., Tosato, M., Marzetti, E., & Landi, F. (2023). Diet for the prevention and management of sarcopenia. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 146, 155637. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155637>

Carter, B. & Mcgoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712.

Claus, M. I. S., Zerbetto, S. R., Gonçalves, A. M. d. S., Galon, T., Andrade, L. G. Z. d., & Oliveira, F. C. d. (2018). *The family strengths in the context of psychoactive substance dependence*. *Escola Anna Nery*, 22(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0180>

Costa, S. R. D. da, Castro, E. A. B. de, & Acioli, S. (2015). Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.16494>

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J.-P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), 412–423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., Bautmans, I., Baeyens, J.-P., Cesari, M., ... Schols,

J. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2023). Família. <https://dicionario.priberam.org/fam%C3%ADlia>

Dodds, R. M., Syddall, H. E., Cooper, R., Benzeval, M., Deary, I. J., Dennison, E. M., Der, G., Gale, C. R., Inskip, H. M., Jagger, C., Kirkwood, T. B., Lawlor, D. A., Robinson, S. M., Starr, J. M., Steptoe, A., Tilling, K., Kuh, D., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2014). Grip Strength across the Life Course: Normative Data from Twelve British Studies. *PLOS ONE*, 9(12), e113637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113637>

Duarte, B. S. N. (2021). *O papel da Vitamina D em indivíduos com sarcopenia* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/135964/2/492525.pdf>

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Gaetan Morin éditeur.

Ethgen, O., Beudart, C., Buckinx, F., Bruyère, O., & Reginster, J. Y. (2017). The Future Prevalence of Sarcopenia in Europe: A Claim for Public Health Action. *Calcified Tissue International*, 100(3), 229–234. <https://doi.org/10.1007/s00223-016-0220-9>

Eurostat. (2020). Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU.

Fernandes, V. (2020). *Suplementação de leucina e glutamina no suporte nutricional*. Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora. <https://www.uceditora.ucp.pt/pt/>

Fonseca, A. (2023). “Aging in Place” – Envelhecer em casa e na comunidade. PerCursos, Florianópolis, 24. <https://periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/22342>.

Hou, V., & Madden, K. (2022). Assessing the Effects of Dietary Protein Supplementation on Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 25(4), 390–403. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.608>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). CENSOS – Resultados Definitivos. Instituto Nacional de Estatística. Portugal.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). *Projeção de população residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

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

Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L.-K., de Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., ... Fiatarone Singh, M. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>

Jesus, M.C.F. (2024) *Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. (Relatório de Estágio,

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Keller, K., & Engelhardt, M. (2014). Strength and muscle mass loss with aging process. Age and strength loss. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*, 3(4), 346–350. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940510/>

Lo, J. H., U, K. P., Yiu, T., Ong, M. T., & Lee, W. Y. (2020). Sarcopenia: Current treatments and new regenerative therapeutic approaches. *Journal of Orthopaedic Translation*, 23, 38–52. <https://doi.org/10.1016/j.jot.2020.04.002>

Loureiro, M. H. (2019). *Influência do exercício físico e da nutrição na sarcopenia*. Universidade de Coimbra.

Luís, P. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*, 60:60-6.

Macêdo, S. G. G. F., de Souza Macêdo, P. R., Barbosa, W. S., & Maciel, Á. C. C. (2024). Use of the Ishii Test for screening sarcopenia in older adults: A systematic review with meta-analysis of diagnostic test accuracy (DTA) studies. *BMC Geriatrics*, 24(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05155-2>.

Malmstrom, T. K., & Morley, J. E. (2013). SARC-F: A simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 531–532. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018>

Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica*. (Dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer.

Ministério da saúde. (1991). Decreto Lei nº 437/91. *Diário da República* nº 257/1991 Série I-A.

Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei nº 118/2014. *Diário da República*: 1ª Série, nº 149. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017. *Diário da República*, Série I- n.º 118/2017 - 21 de junho de 2017, páginas 3128 – 3140.

Ministério da Saúde. (2019). Decreto Lei nº 71/2019. *Diário da República* nº 101/2019 Série I.

Ministério da Saúde. (2023a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde - Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização*.

Monteiro, R. (2019). *Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar* (Tese de Mestrado, Escola Superior do Instituto Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.8/4853>

Morais, M. (2020). *Alterações antropométricas e bioelétricas em decorrência da sarcopenia em idosos: international mobility in aging study-IMIAS BRASIL*. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte.

Nascimento, C. M., Ingles, M., Salvador-Pascual, A., Cominetti, M. R., Gomez-Cabrera, M. C., & Viña, J. (2019). Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. *Free Radical Biology & Medicine*, 132, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2018.08.035>

Oliveira, V. A. de, & Vieira, K. V. S. (2021). BENEFÍCIOS DO FORTALECIMENTO MUSCULAR EM IDOSOS COM SARCOPENIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(10), Article 10. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2656>

Ooi, H., & Welch, C. (2024). Obstacles to the Early Diagnosis and Management of Sarcopenia: Current Perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 19, 323–332. <https://doi.org/10.2147/CIA.S438144>

OPSS. (2017). Relatório de Primavera 2017 - *Viver em tempos Incertos: Sustentabilidade e equidade na saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.o 35 – II Série.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 367/2015. *Diário da República*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas, S.A.. ISBN: 978-989-8444-30-1.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República* n.o 135 – II Série.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2ª Série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República*: 2ª série, nº184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição nº 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaration of Alma-Ata - The International Conference on Primary Health Care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>

Organização Mundial de Saúde. (2018). *United Nations Children's Fund - A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* [homepage]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

Perkisas, S., Bastijns, S., Baudry, S., Bauer, J., Beaudart, C., Beckwée, D., Cruz-Jentoft, A., Gasowski, J., Hobbelen, H., Jager-Wittenaar, H., Kasiukiewicz, A., Landi, F., Małek, M., Marco, E., Martone, A. M., de Miguel, A. M., Piotrowicz, K., Sanchez, E., Sanchez-Rodriguez, D., ... De Cock, A.-M. (2021). Application of ultrasound for muscle assessment in sarcopenia: 2020 SARCUS update. *European Geriatric Medicine*, 12(1), 45–59. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00433-9>

Petermann-Rocha, F., Balntzi, V., Gray, S. R., Lara, J., Ho, F. K., Pell, J. P., & Celis-Morales, C. (2022). Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 13(1), 86–99. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12783>

Pinto, M. P. (2022). As grandes síndromes geriátricas. 1.

Presidência do Conselho de Ministros. (2023a). Decreto Lei nº 102/2023. *Diário da República* nº 215/2023 Série I: www.dre.pt

Presidência do Conselho de Ministros. (2023b). Decreto Lei nº 103/2023. *Diário da República* nº 215/2023 Série I: www.dre.pt

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

Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Robinson, S., Granic, A., & Sayer, A. A. (2019). Nutrition and Muscle Strength, As the Key Component of Sarcopenia: An Overview of Current Evidence. *Nutrients*, 11(12), 2942. <https://doi.org/10.3390/nu11122942>

Rocha, J.M.M. (2023) *Avaliação e Intervenção em Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado que Estão Acamadas- Projeto De Desenvolvimento De*

Competências Clínicas Especializadas Na Área De Enfermagem De Saúde Familiar. (Relatório de Estágio, Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rodrigues, C. M. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado—implicações para o enfermeiro de família.* (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra).

Rogeri, P. S., Zanella, R., Martins, G. L., Garcia, M. D. A., Leite, G., Lugaresi, R., Gasparini, S. O., Sperandio, G. A., Ferreira, L. H. B., Souza-Junior, T. P., & Lancha, A. H. (2021). Strategies to Prevent Sarcopenia in the Aging Process: Role of Protein Intake and Exercise. *Nutrients*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.3390/nu14010052>

Santos, E. J. (2019). *Da Avaliação Familiar Ao Processo De Enfermagem À Família – Construção De Um Programa De Desenvolvimento De Competências* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.

Sayer, A. A., Syddall, H., Martin, H., Patel, H., Baylis, D., & Cooper, C. (2008). The developmental origins of sarcopenia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(7), 427–432. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652119/>

Schön, D. (1992). *Formar professores como profissionais reflexivos.* In Os professores e sua formação. Lisboa: Dom Quixote.

Scott, R. A., Callisaya, M. L., Duque, G., Ebeling, P. R., & Scott, D. (2018). Assistive technologies to overcome sarcopenia in ageing. *Maturitas*, 112, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.003>

Silva, L., Oliveira, F., Martins, Í., Martins, F., Garcia, T., & Sousa, A. (2019). *Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care.* *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22(1), 67-79.

Silva, M. A. (2016). *Enfermagem de família: Contextos e processos em cuidados de saúde primários.* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>

Simari, R. S., Anjos, A. C. Y., Garcia, L. A. A., Silva, L. C. C. d. M., & Querino R. A. (2021). *Cuidadores domiciliares: sobrecarga de trabalho e rede de apoio*. *Rev Recien*, 11(34), 192-202. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.192-202>.

Tournadre, A., Vial, G., Capel, F., Soubrier, M., & Boirie, Y. (2019). Sarcopenia. *Joint Bone Spine*, 86(3), 309–314. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.08.001>

United Nations, D. oE. aS. A., Population Division. (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Voulgaridou, G., Tyrovolas, S., Detopoulou, P., Tsoumana, D., (2024). Diagnostic Criteria and Measurement Techniques of Sarcopenia: A Critical Evaluation of the Up-to-Date Evidence. *Nutrients*, 16(3), 436; <https://doi.org/10.3390/nu16030436>

Wang, Z., Xu, X., Gao, S., Wu, C., Song, Q., Shi, Z., Su, J., & Zang, J. (2022). Effects of Internet-Based Nutrition and Exercise Interventions on the Prevention and Treatment of Sarcopenia in the Elderly. *Nutrients*, 14(12), 2458. <https://doi.org/10.3390/nu14122458>

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6^a ed.). FA Davis.

Yuan, S., & Larsson, S. C. (2023). Epidemiology of sarcopenia: Prevalence, risk factors, and consequences. *Metabolism*, 144, 155533. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155533>

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ULS para o projeto Family2Care



A EXMA PRESIDENTE
DA CES DA ULS/AL
PARA COMISSÃO DE COMPETENTE
PARECER DE ÉTICA.

22/05/24

José L. Gomes
(Enfermeiro Diretor)

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

1559 0249 22-MAY-24

assunto

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER UM ESTUDO DESIGNADO FAMILY2CARE

A Escola Superior de Saúde de Viseu pretende desenvolver um estudo designado Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Grupo: NursID – Innovation & Development in Nursing.

A Equipa de investigadores em Enfermagem: Catarina Inês Costa Afonso, Maria Isabel Bica Carvalho Costa (investigadoras principais), Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e Maria Odete Pereira Amaral e Estudantes de Mestrado sob a sua orientação, a realizar Estágios/Ensinos Clínicos na ULS Viseu Dão-Lafões no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar (Unidades Funcionais de Saúde).

O objetivo do estudo é analisar o processo de cuidados de enfermagem à família, tendo como base a matriz operativa do MDAIF, identificando ganhos em saúde. Que ocorrerá de 17 de junho a 31 de dezembro de 2024. Sendo esperadas resposta às necessidades identificadas nas famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares com tradução em ganhos em saúde para as famílias.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projeto; Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ULS Viseu Dão-Lafões; Declaração de Consentimento Informado; Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Equipa supracitada, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Presidente,

(Manuela Ferreira, PhD)

IB/AL

Eunice Etica
23/05/2024

Na resposta indicar a «n. referência». Em cada officio tratar só de um assunto.

PT | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal
Tel. +351 232 419 100 | e-mail apolodoc@essv.ipv.pt
URL www.essv.ipv.pt



A.C.A.

26/06/24

Jose Gomes (Enfermeiro Director)

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	09/14/06/2024
Designação	Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias, através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS".
Investigadores Principais Equipa de investigadores- Enfermagem	Investigadores. Principais: Equipa de investigadores- Enfermagem: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo, Maria Amaral.
Data do documento	22 maio 2024
Data de Entrada na CES	14 junho 2024
Data de Deliberação CES	14 junho 2024

Analisado, o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – centro de investigação em tecnologias e serviços de Saúde grupo NursID – Innovation & Development in Nursing", cujos investigadores Principais - Equipa de investigadores-Enfermagem são: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo e Maria Amaral, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 14/06/2024

- Presidente:** Maria Helena Ruivo Solheiro
- Vice-Presidente:** Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
- Vogal:** Dra. Ana Maria Pinto da Costa
- Vogal:** Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
- Vogal:** António Jaime Pereira Pinto Fernandes
- Vogal:** Fernando José Andrade Ferreira Almeida
- Vogal:** Celeste Maria Barrigas do Nascimento

AUTORIZADO
 Reunião do C.A.:

Presidente (Helena Solheiro)
 Diretor Clínico CSH (Eduardo Melo)
 Diretora Clínica CSP (Rita Figueiredo)

Vogal Executiva (Sabela Gil)
 Enfermeiro Diretor (José L. Gomes)

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

ANEXO II – Questionário da SARC-F

- ▶ Um teste simples para avaliar a **sarcopenia em idosos** é o **SARC-F**, um questionário rápido e fácil de aplicar. Ele avalia força, função e capacidade do idoso para realizar atividades diárias. O SARC-F tem **cinco perguntas**, cada uma pontuada de 0 a 2, com um score total variando de 0 a 10. Um score ≥ 4 sugere risco aumentado de sarcopenia.
- ▶ **Questionário SARC-F**
 1. **Força:** Tem dificuldade para levantar e carregar 5 kg (por exemplo, um saco de arroz)?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
 2. **Assistência para caminhar:** Tem dificuldade para caminhar sozinho?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
 3. **Levantar-se de uma cadeira:** Tem dificuldade para se levantar de uma cadeira sem usar os braços?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
 4. **Subir escadas:** Tem dificuldade para subir um lance de escadas (10 degraus)?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
 5. **Quedas:** Quantas vezes caiu no último ano?
 1. (0) Nenhuma
 2. (1) 1 a 3 quedas
 3. (2) 4 ou mais quedas
- ▶ Se o score for ≥ 4 , recomenda-se uma avaliação mais detalhada.



SARCOPENIA NOS IDOSOS

Aluna: Célia Marques nº 3837

Destinatário: Equipa de Enfermagem da USF Viriato– Centro de Saúde Viseu III;
UC – de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP ;

Docente: Doutora Ana Andrade;

Tutora: Mestre e Enfermeira Especialista Tânia Figueiredo

Visu, 2025

Atualmente....

- ▶ A população idosa está a aumentar cada vez mais em Portugal e no mundo.
- ▶ Os resultados provisórios dos Censos 2021 indicam que a população residente em Portugal é de 10 344 802 pessoas. Na última década, agravou-se o fenómeno de envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existem 182 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2021).
- ▶ A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080(Instituto Nacional de Estatística, 2020).

- ▶ O **envelhecimento** ocorre nos últimos anos de vida e está associado a alterações profundas na composição corporal.
- ▶ O termo **sarcopenia**, de etimologia grega (sarx «carne» + penia, «redução, diminuição ou carência»), foi inicialmente introduzido em 1988 por Irwin Rosenberg (Rosenberg, 1997) para designar a **redução da massa muscular decorrente do processo de envelhecimento**.



- ▶ A **massa e força musculares** vão se desenvolvendo ao longo das primeiras décadas de vida até atingirem o seu pico na **terceira década de vida**.
- ▶ A partir da **faixa etária dos 30-40 anos**, começa a ocorrer um **declínio progressivo** na massa e força muscular, que se agudiza a partir dos 50 anos.
- ▶ Na **faixa etária dos 60-70 anos**, o declínio acentua-se **significativamente**.

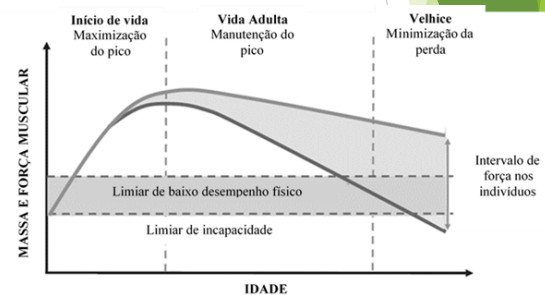


Figura 1. Trajetórias da massa e força muscular ao longo da vida e abordagem desenvolvimental na prevenção e tratamento da sarcopenia (adaptado de Cruz-Jentoft et al. (2019).

Podemos distinguir dois tipos de sarcopenia com base na sua etiologia:

► Sarcopenia primária e sarcopenia secundária

- Na primária, o processo de envelhecimento é o principal responsável pela condição.
- Na secundária está relacionada a outros fatores como a (in)atividade física, estado/padrão nutricional, (co-)existência de outras doenças (endócrinas, oncológicas, reumáticas, neurológicas). (Bauer et al., 2019; Cruz-Jentoft et al., 2019)

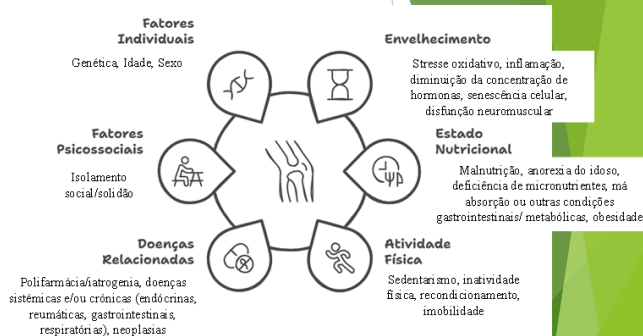


Figura 1. Natureza multideterminada da sarcopenia

- Sarcopenia pode ser classificada em função do tempo:
- Aguda (limitada no tempo, com duração inferior a 6 meses)
- Crónica (duração superior a 6 meses, tipicamente associada com quadros clínicos crónicos e com maior risco de mortalidade) (Oliveira & Vieira, 2021).

Principais Sintomas...

- ▶ Incluem **perda da força, do equilíbrio e do desempenho físico para realizar atividades**, como caminhar, subir escadas ou levantar-se da cama. À medida que a massa muscular atrofia, o idoso apresenta maior risco de queda, e começa a apresentar necessidade de andar com o apoio (Loureiro, 2019).



- ▶ Numa projeção de Ethgen et al. (2017) os autores preveem uma prevalência na população idosa europeia de 12.9%-22.3% em 2045 (uma diferença de 1.8% e de 2.3% em relação à prevalência estimada para 2016 e um aumento entre 63.8% e 72.4% no número de indivíduos com sarcopenia). Considerando o impacto socioeconómico e as projeções de aumento de casos de sarcopenia na população idosa no futuro, torna-se claro que a sarcopenia é um problema de saúde pública (Ethgen et al., 2017).

Diagnóstico....

- ▶ Um teste simples para avaliar **asarropenia em idosos** é o **SARC-F**, um questionário rápido e fácil de aplicar. Ele avalia força, função e capacidade do idoso para realizar atividades diárias. O SARC-F tem cinco perguntas, cada uma pontuada de 0 a 2, com um score total variando de 0 a 10. Um score ≥ 4 sugere risco aumentado de sarcopenia.

▶ Questionário SARC-F

1. **Força:** Tem dificuldade para levantar e carregar 5 kg (por exemplo, um saco de arroz)?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
2. **Assistência para caminhar:** Tem dificuldade para caminhar sozinho?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
3. **Levantar-se de uma cadeira:** Tem dificuldade para se levantar de uma cadeira sem usar os braços?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
4. **Subir escadas:** Tem dificuldade para subir um lance de escadas (10 degraus)?
 1. (0) Nenhuma dificuldade
 2. (1) Alguma dificuldade
 3. (2) Muita dificuldade ou incapaz
5. **Quedas:** Quantas vezes caiu no último ano?
 1. (0) Nenhuma
 2. (1) 1 a 3 quedas
 3. (2) 4 ou mais quedas

- ▶ Se o score for ≥ 4 , recomenda-se uma avaliação mais detalhada, incluindo testes como **força de preensão manual**, **velocidade da marcha** e **composição corporal (DXA ou bioimpedância)**.

Se o score for ≥ 4 , recomenda-se uma avaliação mais detalhada, incluindo testes como força de preensão manual, velocidade da marcha e composição corporal (DXA ou bioimpedância).

- ▶ Além do SARC-F, outros testes físicos úteis incluem:
 - ✓ **Força de preensão manual** (uso de dinamômetro)
 - ✓ **Teste de velocidade da marcha** (tempo para percorrer 4 metros)
 - ✓ **Teste de levantar da cadeira 5 vezes** (tempo para levantar e sentar 5 vezes sem apoio)

Tratamento...

- ▶ Caso o resultado obtido nesta avaliação seja positivo, recomenda-se o início do tratamento que envolve suporte nutricional e exercício físico.
- ▶ **Ingestão diária total de proteínas** não deve ser inferior a 1,6-1,8 g/kg;
- ▶ **Treino de resistência pelo menos 2 vezes por semana** e diminuição do sedentarismo.
- ▶ Durante muito tempo a suplementação vitamínica, nomeadamente de **vitamina D**, apresentou evidências limitadas (Duarte, 2021), não sendo incluída nas recomendações para o tratamento da sarcopenia. Estudos recentes têm contudo recomendado a sua adição ao esquema nutricional da população idosa com **sarcopenia, especialmente naqueles que apresentam comorbilidades com osteoporose** (Ooi & Welch, 2024).

Conclusão...

- ▶ Com o **aumento da esperança de vida**, torna-se então de extrema importância **aumentar a qualidade de vida da população idosa** e atuar o mais precocemente possível para que esse prolongamento corresponda a um **envelhecimento saudável**, de forma a que o idoso consiga viver o seu dia a dia de forma independente. É, assim, possível intervir para atrasar ou prevenir a progressão da sarcopenia, no sentido de termos idosos mais saudáveis, mais independentes e mais felizes.

Fim...

Muito Obrigada!

