ESTUDO DE CASO DA PESSOA NA COMUNIDADE

COIMBRA,

JUNHO DE 2016

Rute Marisa Canas dos Santos Silva Nº 21401156

Patrícia Raquel Dias Xavier Nº 21401002

ESTUDO DE CASO DE UMA PESSOA NA COMUNIDADE

Trabalho realizado no âmbito do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem, do 2º Ano, sob a orientação da professora Anabela Salgueiro.

COIMBRA,

JUNHO DE 2016

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de ensino clínico de Fundamentos de Enfermagem na Comunidade, do 2º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no 4º semestre sob orientação da professora Anabela Oliveira Salgueiro.

A escolha da pessoa para este estudo teve em conta vários aspetos que consideramos importantes como, sendo uma pessoa colaborante, comunicativa, acessível, padecer de algumas patologias e o ambiente em que vive ser interessante, do ponto de vista do estudo.

A participação foi de caráter voluntário e ausente de qualquer tipo de prejuízos pessoais. Todos os dados recolhidos foram utilizados com total confidencialidade e anonimato, de modo a que a identificação da pessoa nunca seja tornada pública. Assim, ao longo deste estudo, todos os nomes citados foram identificados com iniciais com a finalidade de assegurar o sigilo e o respeito pela intimidade, de acordo com três artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, sendo eles o artigo 84.º alínea b), o enfermeiro tem o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; o artigo 85.º alínea d), o enfermeiro tem o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados e, por último, o artigo 86.º alínea a), o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e da sua família.

Com este trabalho propusemo-nos a desenvolver a capacidade de observação, comunicação, de estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, de colher dados, respeitando os princípios éticos e deontológicos do enfermeiro, caracterizar as Necessidades Humanas Fundamentais da pessoa em estudo, assim como realizar diagnósticos de enfermagem e selecionar intervenções adequadas.

Durante o presente estudo as metodologias utilizadas para alcançar os objetivos propostos foram: a pesquisa bibliográfica em bases de dados, a entrevista, a observação e a aplicação de escalas para uma recolha de informação mais objetiva.

O estudo divide-se em x Capitulos, sendo que no primeiro se encontra o enquadramento teórico, que engloba os temas: processo de enfermagem, Modelo conceptual de Virgínia Henderson e linguagem CIPE. O segundo capitulo

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem por objetivo apresentar o contexto em que o trabalho se vai desenvolver. Com esta contextualização pretende-se explicitar alguns conceitos e modelos utilizados ao longo do trabalho.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem surge, como um instrumento para a resolução de problemas da área de enfermagem, que requer capacidades cognitivas, interpessoais e técnicas.

Assim, o processo de enfermagem consiste numa atividade dinâmica e continua, exigida para prestar auxílio individualizado a cada pessoa, atendendo as suas necessidades e ajudando-a a solucionar problemas. Sendo um processo continuo, a avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperado leva a uma recolha contínua de dados e, por consequência, a restruturação dos problemas e do planeamento das intervenções. (Potter e Perry, 2006)

Segundo Phaneuf o processo de enfermagem, “*é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada, (...) Contribui para o desenvolvimento de todo um leque de conhecimentos próprios de enfermagem e favorece as intervenções autónomas.”* (2001, p.92).

Deste modo, *“o processo de enfermagem é um instrumento que nos ajuda a trabalhar de maneira sistemática e a agir como verdadeiros profissionais. A organização dos cuidados de enfermagem (...) exige uma observação sistemática, um raciocínio sólido, um bom julgamento clinico e uma planificação precisa.” (Ibidem)*

O processo de enfermagem engloba cinco etapas interligadas que visam a planificação de cuidados personalizados a cada pessoa, são elas a recolha de dados, a análise e interpretação dos resultados, a implementação das intervenções e a avaliação. A recolha de dados envolve dados objetivos e subjetivos em que avaliamos a situação da pessoa; a análise e interpretação dos resultados permite identificar os problemas da pessoa e assim chegar a um diagnóstico de enfermagem; no planeamento é possível esquematizar um plano de ação com o objetivo de resolver e satisfazer as necessidades da pessoa; a implementação das intervenções de enfermagem, que foram previamente identificadas no planeamento e, por último a avaliação indica a resposta do utente as ações de enfermagem e em que medida foram, ou não, satisfeitos os objetivos dos cuidados.

Assim, o processo de enfermagem permite a garantia da qualidade e continuidade dos cuidados prestados em enfermagem.

ABORDAGEM DO MODELO CONCEPTUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON

Virgínia Henderson tinha uma visão muito própria de encarar a saúde e a doença, e especialmente o individuo. Deste modo para Virgínia Henderson, o individuo é visto de modo global e holístico, inserido na sociedade, tendo uma história de vida que o caracteriza especificamente, mas com necessidade individuais que necessitam de ser satisfeitas. Apesar de todos os indivíduos terem as mesmas necessidades, cada pessoa interpreta a satisfação de cada necessidade de maneira diferente, dependendo de fatores psicológicos, sociais e culturais.

Segundo Phaneuf o termo “necessidade” pode ser definido como uma “necessidade vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual” (2001, p.39).

Assim, o modelo conceptual de Virgínia Henderson, pode ser entendido segundo Phaneuf, como a “organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação de necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento ótimo da sua independência.”

Este modelo é desenvolvido a partir da teoria da motivação humana de Maslow que fundamenta as necessidades humanas fundamentais.

As várias necessidades identificadas por Virgínia são:

1 - Respirar;

2 - Comer e beber;

3 - Eliminar;

4 - Movimentar-se e manter uma postura correta;

5 - Dormir e repousar;

6 - Vestir-se e despir-se;

7 - Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais;

8 - Estar limpo e cuidado e proteger os tegumentos;

9 - Evitar os perigos;

10 - Comunicar com os outros;

11 - Agir segundo crenças e valores;

12 - Ocupar-se com vista a realizar-se;

13 - Divertir-se;

14 - Aprender.

O ser humano tem então de concretizar estas 14 necessidades humanas fundamentais para poder viver de uma forma saudável.

A partir dos pressupostos e das necessidades fundamentais, Henderson elaborou três postulados, que conferem suporte teórico e cientifico ao modelo por ela criado:

* Todo o ser humano tende para a independência e deseje-a;
* O individuo forma um todo que se caracteriza pelas suas necessidades fundamentais;
* Quando uma necessidade permanece insatisfeita, o individuo não está completo, inteiro independente.

Henderson definia então que a “*função específica da enfermeira é assistir o individuo, doente ou são, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou para a morte pacifica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, é fazer isso de modo a ajuda-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível” (Henderson apud Phaneuf, 2001,p.38)*

Assim, o enfermeiro pode auxiliar a pessoa a alcançar a independência através da observação, planeamento, implementação e avaliação das necessidades fundamentais por Virgínia enunciadas, de modo a incentivar a pessoa para a promoção da saúde e para a a prevenção da doença, sendo necessário ela adquirir comportamentos e estilos de vida saudáveis, através do controlo de influencias internas e externas que condicionem a satisfação de cada necessidade humana fundamental.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este estudo de desenvolve-se de acordo com a Classificação Internacional para a prática de enfermagem de Enfermagem (CIPE). Segundo a CIPE este é uma classificação de fenómenos (aspeto da saúde com relevância para a prática de enfermagem), ações (comportamentos dos enfermeiros na prática) e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem (CIPE, 2003). A utilização de uma linguagem classificada é necessária de modo a estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, pela necessidade de representar conceitos utilizados na prática, de descrever os cuidados de enfermagem, permitir a comparação dos dados e fornecer dados da prática que possam influenciar a formação nessa mesma área e nas políticas de saúde e ainda incentivar a investigação. (Idem)

Assim trata-se de um instrumento importante de informação que tem o seu foco na prática de enfermagem e permite descreve-la, defendendo que esta é mutável e dinâmica, podendo ser usada também para lhe dar visibilidade. (Ibidem)

COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados (Apêndice I) é efetuada durante a fase de apreciação inicial do processo de enfermagem. Permite recolher dados subjetivos e objetivos relativos à pessoa em estudo, possibilitando assim a identificação de possíveis problemas, alterações nas necessidades, bem como o reconhecimento de recursos pessoais, com a finalidade do planeamento de intervenções suscetíveis de a ajudar. (Potter & Perry, 2006, p.86-88); (Phaneuf, 2001, p.119)

APRESENTAÇÃO DA PESSOA/ HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

A pessoa escolhida para a realização deste estudo de caso tem 65 anos, chama-se M.J., é do sexo feminino, de raça caucasiana e nasceu no dia 23 de Abril de 1961 na freguesia da Sé Nova, Coimbra, e como habilitações literárias possui a 2ª classe.

É a 2ª filha de J.S. (pai) e M.M. (mãe).

Tem 3 irmãs e 3 irmãos: F.S. com 66 anos de idade, R.S. com 60 anos de idade, M.S. com 58 anos, J.S. com 52 anos, C.S. com 50 anos e P.S. com 42 anos. Carateriza a sua infância como uma infância feliz, apesar das dificuldades financeiras, de não ter tido a oportunidade de ir à escola e, começar a trabalhar cedo (13 anos). Ingressou no mercado de trabalho no ano de 1978 como costureira.

No mesmo ano conheceu e contraiu matrimónio com o Sr. J.G. a 20 de Fevereiro. No ano de 1981 nasceu o filho de ambos, o R.G..

No ano de 1989 foi revisteira de malhas numa fábrica em Coimbra até ao ano de 2006. Reformou-se por invalidez aos 55 anos.

O R.G. hoje com 37 anos está desempregado e institucionalizado numa sede em Miranda do Corvo devido à patologia de esquizofrenia. De acordo com a D. M.J. e o seu esposo, o R.G. começou a mostrar sinais de bipolaridade com 15 anos de idade. Passado algum tempo foi internado na unidade de Psiquiatria dos CHUC, onde lhe diagnosticaram esquizofrenia. Foi-nos relatado que o filho devido a esta patologia, ameaçava e tinha comportamentos agressivos para ambos de tal forma que estes tiveram de ''fugir de casa'' várias vezes, inclusive a D. M.J., disse-nos ter tentado suicidar-se pelo fato de R.G. mostrar episódios constantes de violência contra os pais. R.G. passou por duas instituições (Arnes e Lorvão) antes de ir para Miranda do Corvo, onde permanece atualmente sem o contato dos pais, por opção dos mesmos.

A D. M.J. afirma falar regularmente com os irmãos e ter uma moderada relação com os mesmos, apesar de não haver muito contato físico entre eles. Caracteriza-se como uma pessoa simpática, tímida, infeliz e frustrada.

GENOGRAMA

“O Genograma expõe informação familiar pertinente sob a forma de uma árvore familiar que mostra os membros da família e as suas relações durante pelo menos três gerações (McGoldrick e Gerson, 1985, como referido por Stanhope, M. e Lancaster, 1999). O Genograma mostra a história familiar e fornece informação sobre os padrões relacionados com a saúde (Bowen, 1985, Stanhope, M. e Lancaster, 1999), assegurando uma fonte rica de informação a partir da qual se 13 poderão planear intervenções. O cliente e a família são evidenciados no Genograma.” (Stanhope, M. e Lancaster, 1999).

O Genograma pertencente à família de M.J. abrange três gerações: a primeira os pais de M.J. e J.G. (marido), a segunda, que engloba M.J., marido e irmãos dos mesmos, e por fim a terceira geração identificada com o filho da pessoa em estudo.

Nesta figura os membros são identificados pelas iniciais do primeiro e último nome, as suas idades, a data de falecimento, doenças que possuem (quando conhecidas) e data de nascimento. Todos os dados foram obtidos através da entrevista realizada a D. M.J. e ao seu marido. Pela observação do Genograma é possível verificar quais as situações clínicas a que cada elemento se encontra sujeito. Apresentam-se também configurados os tipos de relação que estabelece com os parentes.

ECOMAPA

“O ecomapa é uma representação visual da unidade familiar em relação com a comunidade que a rodeia (Hartman, 1978, como referido por Stanhope, M. e Lancaster, J., 1999. O ecomapa mostra a natureza das relações entre os membros da família e o mundo que os rodeia.” (Stanhope, M. e Lancaster, J. P.557).No presente ecomapa estão representados os grupos sociais com os quais a D. T.F. se relaciona e o tipo de vínculo que apresenta com estes.

No presente ecomapa estão representados os grupos sociais com os quais a D. M.J. se relaciona e o tipo de vínculo que apresenta com estes.

É possível observar que a D. M.J. tem um vínculo fraco com a família, relatando que “eles têm as suas vidas” havendo assim, pouca comunicação. Possui um vínculo forte com o marido, sendo este o seu apoio, e ambos têm uma relação conflituosa com o filho, não havendo ligação entre eles. Apresenta um vínculo fraco com os vizinhos, amigos e serviços de saúde, que só procura em caso de necessidade ou uma vez por ano para efetuar consultas de rotina, e por fim, possui um vínculo moderado com a religião, frequentando por vezes a missa.

CONDIÇÕES SÓCIO ECONÓMICAS E AMBIENTAIS

A D. M.J. reside com o seu marido numa casa arrendada, que possui péssimas condições habitáveis, composto por um quarto, duas cozinhas, duas casas de banho, saneamento básico, água canalizada, gás butano e eletricidade. É de salientar que os cómodos da casa estão separados em duas “casas”, visto que a D.M.J. e o marido arrendaram estas duas partes para terem mais um pouco de espaço.

Em relação à localização geográfica, o casal sente-se plenamente satisfeito pois, para eles o fato de possuírem um pátio e um pequeno quintal, conforta-os em relação à casa. Com a observação direta, vimos e constatámos como este casal vive dentro de uma casa sem as mínimas condições, humidade, sem vedação entre o telhado e o teto o que faz com que chova dentro da casa, sem esquentador, com uma pequeníssima cozinha onde a D.M.J. dorme (num colchão por debaixo de uma prateleira, devido à cama do casal ser pequena), um quarto apertado onde cabe só a cama (onde o Sr. J.G. dorme) e uma casa de banho minúscula com muito bolor nas paredes.

Relativamente à situação económica, a D.M.J. e o marido consideram-se **(e é)** uma família de classe baixa, ou seja em situação de pobreza, pois esta apresenta uma remuneração mensal de 330 euros (reforma da D.M.J.).

NECESSIDADE DE RESPIRAR

Segundo Phaneuf (2001, p.63) a respiração é a “necessidade para o organismo de absorver oxigénio e de eliminar dióxido de carbono por penetração do ar nas estruturas respiratórias e das trocas gasosas entre o sangue e tecidos."

Esta necessidade é influenciada por diversos fatores como a atividade física, os hábitos alimentares, o stress e o tabagismo.

Para a realização de uma correta avaliação desta necessidade é necessário recorrer a quatro métodos: a observação, a auscultação, a palpação e percussão. Contudo, tendo em conta a condição na qual foi realizada a entrevista, a utilização dos quatro métodos foi impossível, tendo sido usada apenas a observação como recurso à avaliação desta necessidade.

A D.M.J apresentava uma respiração de 18 ciclos por minuto (eupneica). Respiração maioritariamente peitoral, superficial, regular, com uma frequência respiratória. Respira livremente pelo nariz e igualmente por ambas as narinas. Apresenta reflexo de tosse com ausência de expetoração no momento da colheita de informação, no entanto, afirma que é comum apresentar expetoração em caso de gripe sazonal.

A pele e as mucosas apresentavam-se rosadas.

Nunca fumou. Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é independente nesta satisfação.

**AVALIAÇÃO DAS 14 NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DE V.H.**

NECESSIDADE DE COMER E BEBER

Segundo Phaneuf (2001, p.65) comer e beber é a “necessidade para o organismo de absorver os líquidos e os nutrientes necessários ao metabolismo”.

Alguns dos fatores que influenciam as necessidades e os padrões alimentares são a fase do desenvolvimento, o estado de saúde, a cultura e religião, status económico, fatores psicológicos, o álcool, as drogas, informação incorreta e as dietas temporárias. (Potter e Perry, 2006).

A D. M.J refere que realiza três refeições diárias, o pequeno-almoço, o almoço e o jantar, referindo não apresentar inapetência. As refeições são confecionadas pela mesma. Devido ao status económico relata que nem sempre é possível comer carne ou peixe em todas as refeições, ingerindo estes três a quatro vezes por semana. Em relação á ingestão de água refere que ingere menos de um litro por dia.

Menciona ter apetite e deglutição eficaz. Relatou ainda que sofre de problemas digestivos e alguma dificuldade na mastigação quando ingere alimentos duros. Apresenta prótese dentária parcial removível.

A D.M.J pesa setenta e nove quilogramas e mede um metro e cinquenta e sete centímetros. Calculando o Índice de Massa Corporal (IMC), aplicando a fórmula IMC = Peso/ (〖Altura), a pessoa em estudo obteve um IMC igual a 32, o que indica obesidade em grau I.

A pessoa em estudo come sozinha não necessitando de assistência nem de incentivo para se alimentar.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE ELIMINAR

Segundo Phaneuf é a “Necessidade para o organismo de rejeitar para o exterior do corpo as substâncias inúteis e nocivas, e os resíduos pelo metabolismo. A necessidade de eliminar inclui a eliminação urinária e fecal, a menstruação e os lóquios”.

Os fatores que influenciam a eliminação urinária são o crescimento e o desenvolvimento humano, fatores socioculturais e psicológicos, ingestão de líquidos, os hábitos pessoais e afeções patológicas, medicamentos entre outos. (Potter e Perry,2006)

Em relação aos fatores que influenciam a eliminação intestinal, alguns deles são a idade, a dieta, a ingestão de líquidos, medicamentos, fatores psicológicos, a gravidez, hábitos pessoais e a atividade física. (Potter e Perry,2006)

A D.M.J refere realizar em media cinco micções por dia, com urina de cor amarela clara sem cheiro característico. Não sente dor ao urinar e não apresenta incontinência nem retenção urinária. Mencionou ainda que teve uma única infeção urinária.

Refere ter necessidade de ir à casa de banho algumas vezes durante a noite.

No que diz respeito à eliminação intestinal, ocorre todos os dias geralmente de manhã. Relatou que a as fezes são castanhas e moldadas. Não sente dificuldade em defecar e não usas laxantes.

Quanto à sudorese refere que acontece com maior frequência quando se sente nervosa ou ansiosa.

A D.M.J encontra-se na menopausa.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é independente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA POSTURA ADEQUADA.

Segundo Phaneuf (2001, p.70) mover e manter uma boa postura é a “necessidade para o organismo de exercer o movimento e a locomoção pela contração dos músculos comandados pelo sistema nervoso”

A boa postura consiste num alinhamento adequado dos segmentos corporais para assegurar a circulação e o conforto (Phaneuf 2001, p.70)

A D.M.J é independente na satisfação desta necessidade já que é capaz de deambular autonomamente, apresentando uma marcha equilibrada, rítmica, estável e sincronizada. De pé, consegue manter o equilíbrio e o alinhamento corporal com a cabeça vertical e central em relação ao tronco, no entanto apresenta uma cifose. Não apresenta dor ou dificuldade a caminhar por isso não utiliza nenhum auxiliar de marcha.

NECESSIDADE DE DORMIR E REPOUSAR

Segundo Phaneuf (2001, p 72) dormir e repousar é a “necessidade para o organismo de suspender o estado de consciência pu de atividade para permitir a reconstituição das forças físicas e psicológicas”

Alguns fatores que podem alterar o sono são a doença física ou qualquer situação que cause dor, dificuldade em respirar, náuseas ou problemas de humor, como ansiedade ou depressão, alguns fármacos e substancias, os estilos de vida, o ambiente e o ruido, o exercício físico, os alimentos e ingestão calórica. (Potter e Perry, 2006)

A D.M.J refere que se levanta às dez da manhã e se deita normalmente às três da manhã. Não refere dificuldade em adormecer, no entanto menciona que acorda algumas vezes durante a noite. A pessoa em estudo apresenta um padrão de sono irregular e contínuo que não se revela reparador.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE VESTIR E DESPIR

Segundo Phaneuf (2001, p.73) vestir e despir é a necessidade de proteger o corpo em função do clima, das normas sociais, da decência e dos gostos pessoais”

A D.M.J é independente na satisfação desta necessidade uma vez que não necessita de auxilio para se vestir e despir e, adequa as roupas que usa ás circunstâncias, de modo a proteger o seu corpo do clima e a permitir também a liberdade dos movimentos. Apresenta um aspeto geral moderadamente cuidado, com roupa adequada às condições climáticas e ocasião. Quando sai menciona vestir, preferencialmente, saias, roupas mais largas e compridas. Utiliza calçado mais raso.

NECESSIDADE DE MANTER A TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES NORMAIS

Segundo Phaneuf (2001, p.74) manter a temperatura corporal é a “necessidade do organismo em manter o equilíbrio entre a produção de calor pelo metabolismo e a sua perda pela superfície do corpo".

A D.M.J refere que a sua temperatura normal é de 36 °C. Afirmou não avaliar a temperatura regularmente, sendo que este parâmetro vital apenas é avaliado em caso de gripe sazonal com episódios febris. Quando apresenta febre costuma sentir desconforto, dores musculares e articulares recorrendo sempre a antipiréticos e anti inflamatórios. Menciona que não apresenta com regularidade episódios febris.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é independente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS

“ Necessidade para o organismo de manter um estado de limpeza, de higiene e de integridade da pele e do conjunto do aparelho tegumentário (tecido que cobre o corpo). “ (Phaneuf, 2001).

A D. M.J. realiza os seus cuidados de higiene duas vezes por semana, de manhã utilizando shampoo, gel de banho ou sabão. Quando questionada acerca da higiene do cabelo, a paciente refere lavar uma vez por semana (ao sábado). Relativamente aos cuidados de higiene oral, a D. M.J. afirma lavar a cavidade oral uma vez por dia (de manhã). Menciona realizar a higiene das orelhas três vezes por semana, recorrendo a cotonetes. Evidencia uma pele hidratada apesar de referir não fazer hidratação, assim como bom estado do leito ungueal, que apresenta uma coloração rosada.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE EVITAR PERIGOS

“ Necessidade para a pessoa de se proteger contra as agressões internas e externas com vista a manter a sua integridade física e mental.” (Phaneuf, 2001).

A D T.F. apresentava-se consciente e orientada no tempo e no espaço aquando da colheita de dados. Regularmente não procura cuidados de saúde para consultas de rotina e em caso de urgência, por falta de vontade e algum receio. Apresenta o boletim individual de saúde atualizado, pratica uma adesão terapêutica com a finalidade de controlar as patologias que possui e prevenir possíveis complicações futuras. Apresenta baixo risco de queda (escala de Moorse), apesar de referir episódios de quedas devido a tonturas.

Não realiza rastreios por opção própria e, refere que no caso de o médico prescrever, dirige-se à instituição de saúde e realiza o exame respetivo.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE COMUNICAR COM OS OUTROS

“ Necessidade da pessoa estabelecer laços com os outros, de criar relações significativas com os seus próximos e de exercer a sua sexualidade. “ (Phaneuf, 2001)

Como referido anteriormente, a D.M.J. tem um padrão visual com alterações, usufruindo de dispositivo ótico. Não apresenta alterações de acuidade auditiva e não utiliza próteses auditivas.

O Português é a sua língua materna. Apresentou um discurso coerente, em tom de voz adequado, pausado por vezes demorado e com linguagem precisa. Afirma-se capaz de expressar sentimentos, emoções e opiniões aos que a rodeiam.

Não faz muito uso do telemóvel.

No seu dia-a-dia a D. M.J. afirma dialogar muito com os animais que aparecem na sua casa e manter pouca comunicação com o esposo. Menciona não ter muitos laços de amizades.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE AGIR SEGUNDO AS CRENÇAS E VALORES

“ Necessidade para a pessoa de fazer gestos e tomar decisões que são conformes à sua noção pessoal do bem e da justiça, de adotar ideias, crenças religiosas ou uma filosofia de vida que lhe convêm ou que são próprias do seu meio e das suas tradições.” (Phaneuf, 2001).

A D. M.J. é católica praticante. Refere que cresceu numa família em que todos possuem a mesma crença, levando assim, a D. M.J. a ser habituada a esta religião. Menciona ainda, ter fé e esta ser algumas vezes a sua ''âncora''.

* Como valores mais importantes a utente considera o respeito, a sinceridade, o amor pelo próximo e a boa educação os mais importantes, sendo a falsidade e a arrogância, os mais repugnantes.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é independente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE

“ Necessidade de realizar ações que permitam à pessoa ser autónoma, utilizar os seus recursos para assumir os seus papéis, para ser útil aos outros e para se desenvolver.” (Phaneuf, 2001).

A D. M.J. tem como hobbies: alimentar os seus gatos e pássaros, costurar e ver televisão.

Refere saber ler e escrever o básico. Quando questionada acerca da sua satisfação com a vida e sentido de realização a utente referiu não se sentir feliz, desanimada, triste com a vida e sem objetivos futuros.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE SE DIVERTIR

“ Necessidade para a pessoa de se descontrair fisicamente e psicologicamente através de lazeres e divertimentos.” (Phaneuf, 2001).

De modo a ocupar os seus tempos livres, a pessoa em estudo gosta de cuidar dos seus animais e da sua horta. Refere não realizar passeios ou saídas com o marido, devido à falta de vontade deste, levando a D. M.J. a isolar-se pois não existem estímulos para mudança.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

NECESSIDADE DE APRENDER

“Aprendizagem é um tipo de autoconhecimento com as seguintes características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” (CIPE Beta 2, 2005).

A D.M.J. é uma pessoa sem vontade de aprender algo novo. Demonstra desinteresse em adquirir novos conhecimentos. É uma pessoa que gosta de estar bem informada antes de tomar qualquer decisão.

Apresenta capacidade de adesão ao regime terapêutico com algum interesse em aumentar o seu conhecimento sobre a sua situação de saúde.

Relativamente a esta NHF, concluímos que a utente é dependente nesta satisfação.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnósticos de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem |
| **Obesidade presente, em grau I** | * Monitorizar IMC * Monitorizar peso corporal * Planear dieta * Promover adaptação a novos estilos de vida * Ensinar sobre complicações do excesso de peso * Educar sobre hábitos alimentares |
| **Ingestão de líquidos insuficientes** | * Instruir a gestão da hidratação oral (limitar a ingestão hídrica ao final da tarde e noite) |
| **Sono comprometido** | * Avaliar a qualidade e quantidade de sono e repouso * Ensinar medidas favorecedoras do sono * Ensinar estilos de vida saudável * Limitar a ingestão de líquidos antes do sono * Aconselhar eliminação urinária antes do sono |
| **Auto cuidado higiene oral: negligenciado** | * Ensinar sobre hábitos de higiene da boca * Incentivar auto cuidado: higiene oral * Ensinar os benefícios de realizar uma boa higiene oral |
| **Pele Seca** | * Incentivar a aplicação de creme hidratante * Incentivar a ingestão hídrica * Ensinar os benefícios de possuir uma pele saudável |
| **Conhecimento sobre auto cuidado: atividade física, não demonstrado** | * Incentivar a atividade física * Negociar auto cuidado: atividade física * Ensinar sobre auto cuidado: atividade física * Educar auto cuidado: atividade física |
| **Hiperglicemia** | * Monitorizar glicémia capilar * Atentar a alterações dos parâmetros normais * Educar hábitos alimentares saudáveis |
| **Diabetes Mellitus II** | * Monitorizar diabetes * Atentar a alterações dos parâmetros normais * Educar hábitos alimentares saudáveis |
| **Colesterol** | * Monitorizar colesterol * Atentar a alterações dos parâmetros normais * Educar hábitos alimentares saudáveis * Gerir medicação |
| **Ansiedade** | * Incentivar mudanças sociais * Ensinar os benefícios da comunicação * Ensinar técnicas de relaxamento * Promover sessões de relaxamento (ioga; massagem corporal; zooterapia…) |
| **Comunicação Familiar Comprometida** | * Incentivar contato familiar * Atentar a dificuldades comunicacionais * Promover sessões de terapia familiar |
| **Isolamento Social** | * Incentivar contato social * Atentar a dificuldades comunicacionais * Planear atividades lúdicas * Encorajar a comunicação interpessoal |

CONCLUSÃO

O papel do enfermeiro é complexo. Exercer enfermagem implica, entre muitas outras coisas, a mobilização de conhecimentos de diferentes áreas com a finalidade de auxiliar a pessoa que se encontra, ou não, numa situação de vulnerabilidade.

Em suma, M.J. apresenta a maioria das necessidades humanas básicas insatisfeitas, existindo fontes de dificuldade que perturbam a satisfação dessas mesmas necessidades, nomeadamente os seus hábitos de higiene, o isolamento social, as condições habitacionais e monetárias, as várias patologias que possui, a sua obesidade, tipo de alimentação, ausência de prática de exercício físico, aliado aos seus hábitos sedentários, a diminuição da acuidade visual, entre outras fontes de dificuldade identificadas.

Relativamente aos processos de transição, a pessoa em estudo encarou os acontecimentos da sua vida de forma negativa, pois apresenta vários acontecimentos difíceis que no presente se fazem refletir na sua pessoa. No que concerne à sua situação sociofamiliar, M.J. estabelece com os membros da sua família e amigos vínculos afetivos fracos, que lhe proporcionam um agravamento biopsicossocial.

A realização deste estudo de caso foi importante na medida em que nos ajudou a perceber melhor a importância de olharmos para a pessoa como um todo, a sua componente física, espiritual, social e mental. Incutiu-nos diversas competências fundamentais para a nossa prática de enfermagem, tendo-nos ajudado a desenvolver enquanto futuras profissionais de saúde, que detém uma identidade profissional única e pessoal. Na realização deste trabalho, procurámos atingir todos os objetivos propostos inicialmente, considerando agora que foram atingidos.

Conseguimos desenvolver algumas das capacidades, nomeadamente iniciar e manter comunicação com uma pessoa que desconhecíamos, estabelecermos uma certa relação de confiança com uma pessoa da comunidade, realizarmos entrevistas para recolha de dados, adaptarmos a comunicação à cultura, utilizarmos instrumentos de recolha de dados, utilizarmos de forma adequada dados e informação, mobilizarmos conhecimentos adequados para cada situação, entre outras.

De referir, no entanto, que a elaboração deste documento não esteve isenta de dificuldades relacionadas com a seleção de informação pertinente a transmitir na caracterização da pessoa, segundo as necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson. No entanto consideramos que este estudo nos auxiliou a desenvolver a comunicação e relação de confiança com a pessoa em estudo, uma vez que foi essencial para compreender melhor a pessoa, os seus sentimentos e as emoções sentidas, o que nos ajudou a criar intervenções específicas.

Concluindo o Estudo de Caso da Pessoa na Comunidade, foi para nós, um importante instrumento de aprendizagem, permitiu ampliar as nossas competências pessoais, relacionais, técnicas e científicas, nas várias etapas da sua construção, considerando essencialmente que nos possibilitou a aquisição de conhecimentos fundamentais para o exercício da prática de enfermagem na comunidade.