

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar**

Funcionalidade familiar de famílias com idoso
dependente com síndrome demencial: contributo do
enfermeiro de família

Cecília Rodrigues

Leiria, março de 2024

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar**

**Funcionalidade familiar de famílias com idoso
dependente com síndrome demencial: contributo do
enfermeiro de família**

2º Ano, 1º Semestre
Ano Letivo 2023/2024

Relatório de estágio de natureza profissional para a obtenção do grau de Mestre e Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Cecília Marzia Rodrigues n.º 5220066

Unidade Curricular: Estágio III
Orientador: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, março de 2024

O querer é uma das pedras anulares do sucesso.

Correndo o risco de poder esquecer-me de alguém, digo unicamente:
ficarei eternamente grata a todos aqueles com quem pude contar
para que esta dissertação de mestrado se realizasse.

Também a todos os que cuidam, o meu sincero e profundo bem-hajam!

RESUMO

Este relatório reporta-se à prática clínica desenvolvida na Unidade de Saúde Familiar Plátano. Considerando as transformações ocorridas na sociedade e a significativa evolução no âmbito da saúde é crucial, enquanto profissional nesta área, apostar na formação de modo a dar respostas diferenciadas e especializadas para consolidar o mandato social do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar (EEESF).

Objetivos: pretende-se a descrição e análise reflexiva das atividades clínicas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de enfermagem de saúde familiar; e através do estudo empírico, conhecer as vivências de famílias com idosos dependentes com síndrome demencial; e analisar a expectativa das famílias com idosos dependentes com síndrome demencial quanto ao contributo de enfermeiro de família para a funcionalidade familiar.

Metodologia: na atividade clínica recorreu-se a estudos de família e na vertente de investigação desenvolveu-se, em fevereiro de 2024, um estudo um estudo descritivo a partir de categorias definidas à *priori* com quatro famílias de idosos dependentes com síndrome demencial a quem foi realizada entrevista semiestruturada.

Resultados: o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi crucial para o desenvolvimento dos processos de cuidados às famílias. O estudo empírico revelou que a satisfação decorrente do cuidar mostrou ser acompanhada de sentimentos de tristeza, cansaço ou medo. As alterações relacionam-se com a privação da interação com o círculo de amigos, a impossibilidade de ir de férias, a diminuição do autocuidado e a necessidade de reorganização familiar. Surgem como recursos na adaptação à situação a união familiar, a religião, a reforma do idoso e as redes formais. As necessidades referem-se à formação/capacitação e ao apoio emocional do cuidador. Os significados atribuídos ao enfermeiro de família relacionam-se com as competências sócio profissionais não sendo, no entanto, reconhecido o seu contributo para a funcionalidade do sistema familiar.

Conclusão: As atividades clínicas permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESF e a investigação deu a conhecer as vivências das famílias e as expectativas quanto ao contributo do enfermeiro de família.

Palavras-chave: Enfermagem na área de Saúde Familiar; Enfermeiro de Família; Cuidadores; Idoso com síndrome demencial.

ABSTRACT

This report covers the clinical practice carried out at the Plátano Family Health Unit. Considering the transformations that have taken place in society and the significant evolution in the field of health, it is crucial, as a professional in this area, to invest in training in order to provide differentiated and specialized responses to consolidate the social mandate of the Specialist Nurse in the Area of Family Health (EEESF).

Objectives: to critically describe the clinical activities for the development of competences in the field of family health nursing; and the aim of this empirical study is to find out about the experiences of families with elderly dependents with dementia syndrome; and to analyze the expectations of families with elderly dependents with dementia syndrome regarding the contribution of family nurses to family functionality.

Methodology: the clinical activity developed from family studies. In the research component, in February 2024, a descriptive study based on categories defined a priori was carried out with four families of dependent elderly people with dementia who were given semi-structured interviews.

Results: Family Assessment and Intervention were crucial for the development of family care processes. The empirical study revealed that the satisfaction derived from caring proved to be accompanied by feelings of sadness, tiredness or fear. The changes are related to the deprivation of interaction with the circle of friends, the impossibility of going on vacation, the reduction in self-care and the need for family reorganization. Resources for adapting to the situation include family unity, religion, retirement and formal networks. The needs refer to training and emotional support for the caregiver. The meanings attributed to the family nurse are related to socio-professional skills, but their contribution to the functionality of the family system is not recognized.

Conclusion: The clinical activities enabled the development of common and specific competences of the EHDS and the research revealed the families' experiences and expectations regarding the contribution of the family nurse.

Keywords: Family Health Nursing; Family Nurse; Caregivers; Elderly with dementia syndrome.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BI-CSP - Bilhete dos Cuidados de Saúde Primários

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

Ed. - Editor

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

et al – e outros

IFNA - International Family Nursing Association

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – página

pp. - páginas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SBC – Cuidado Baseado nas Forças

SClínico - Sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do Serviço Nacional de Saúde

SIADAP - Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

UP – Unidades ponderadas

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	14
1.1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	14
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	15
1.2.1 – USF Plátano	16
1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA....	19
2. DO CONCEITO DE FAMÍLIA À PRÁTICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	22
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	34
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS	34
3.1.1. – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	35
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	37
3.1.3. Gestão de cuidados.....	39
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	41
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	43
3.2.1. - Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	43
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	70
4. ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO	72
4.1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	72
4.2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	74
4.2.1 – Objetivos do estudo	74
4.2.2 – Tipo de estudo.....	75
4.2.3 – Técnica e instrumentos de recolha de dados	75
4.2.4 - Participantes do estudo	76
4.2.5 - Aspectos formais e éticos.....	77
4.2.6 – Processo de análise dos achados	78
4.3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	79
4.3.1 – Tema central Nós: Cuidador	79
4.3.2 –Tema Central Nós: Família	84
4.3.3 – Tema central Significados de Enfermeiro de Família.....	87
4.4 – CONCLUSÃO.....	90
5 – DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	93
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICES	103
ANEXOS	108

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição etária da população residente no concelho de Portalegre ...	16
FIGURA 2 – Circuito de utentes	17
FIGURA 3 – Pirâmide etária da USF Plátano	18
FIGURA 4 – Pirâmide etária da lista da enfermeira orientadora	19
FIGURA 5 – Quadro conceptual que influencia a enfermagem de família	27
FIGURA 6 – Representação conceptual de enfermagem de família	28
FIGURA 7 – Genograma	46
FIGURA 8 – Ecomapa	47
FIGURA 9 – Classificação social internacional proposta por Graffar	48
FIGURA 10 – Escala de Braden	51
FIGURA 11 – Escala de Barthel	52
FIGURA 12 – Escala de Morse	52
FIGURA 13 – Questionário forças familiares	54
FIGURA 14 – Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)	55
FIGURA 15 – Escala FACES II	56
FIGURA 16 - APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “J”	57
FIGURA 17 - APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “C”	57
FIGURA 18 - APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “L”	57

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - População residente em 2011 e 2021, de acordo com os censos	15
TABELA 2 - Dimensão das famílias da lista da orientadora	20
TABELA 3 - Problemas de saúde mais frequentes da lista da enfermeira orientadora	20
TABELA 4 - Resultados dos indicadores de enfermagem relativos a dezembro de 2022	21
TABELA 5 – Caraterização sociodemográfica dos participantes	76

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Plano de cuidados dirigido ao sistema familiar	59
QUADRO 2 – Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família	62
QUADRO 3 – Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “ <i>cuidar da família como unidade de cuidados</i> ”	65
QUADRO 4 – Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “ <i>Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar</i> ”	70

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio III, do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, no 1º semestre do 2º ano, surge a necessidade de elaborar um relatório onde se expressa uma análise crítica e reflexiva da realidade vivenciada durante o estágio de natureza profissional correlacionando-a com os conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos ao longo da componente letiva. O estágio III teve a duração de 297,5 horas e decorreu de 7 de setembro de 2023 a 8 de janeiro na USF Plátano.

O relatório de estágio final é um instrumento importante na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição de desenvolvimento de competências permitindo uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada do trabalho desenvolvido em estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Tal como está descrito no planeamento entregue pela Escola Superior de Saúde de Leiria (2023), os objetivos deste ensino clínico são:

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contexto de vulnerabilidade.

Objetivos específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar;
- Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva;
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

Com vista a dar resposta aos objetivos propostos, o trabalho encontra-se dividido em duas partes: a primeira é constituída pela caracterização do local de estágio e pela análise reflexiva com ênfase nas atividades desenvolvidas e reflexão crítica para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências, com referência às dificuldades encontradas e identificação de novas situações de aprendizagem; a segunda parte diz respeito ao trabalho de investigação que contempla um estudo qualitativo realizado no contexto do estágio e que se constitui por enquadramento teórico, enquadramento metodológico e conclusões do estudo.

Este documento foi elaborado tendo por base as normas de orientação para elaboração de trabalhos escritos, do Conselho Científico do Instituto Politécnico de Leiria de 2011.

1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A inclusão da família como alvo dos cuidados tem o seu enquadramento político no Programa Operacional Saúde XXI, com a segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde, para a Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique em 2000. Nesta declaração é reforçada a importância da saúde familiar e surge o conceito do enfermeiro de família, encarando-se o enfermeiro como figura central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros reitera esta ideia e organiza no mesmo ano, a conferência nacional “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”, onde foram debatidas experiências sobre cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família (OE, 2002, citado por Figueiredo, 2009).

Contudo a maior e mais importante reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem início em 2005, com a criação da Missão para os CSP, cuja incumbência era coordenar a reconfiguração dos Centros de Saúde e a implementação das USF. Os objetivos desta reforma era a obtenção de melhores cuidados de saúde, que se caracterizassem pelo aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade, com consequente aumento da satisfação dos utentes e profissionais de saúde, pela recompensa das boas práticas e pelas melhores condições de trabalho (Pisco, 2007).

1.1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Decorrente da reforma dos CSP, foram criadas as USF que são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde, com autonomia organizativa, técnica e funcional. A sua criação é um processo voluntário com total envolvimento das equipas multiprofissionais, que são constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).

As USF contratualizam uma carteira básica de serviços e são avaliadas por um conjunto de indicadores de desempenho. Pode existir um sistema retributivo que permeia a produtividade, acessibilidade e qualidade dos cuidados, dependendo do modelo organizacional em que a USF se encontra, que pode ser A, B ou C. O que distingue estes três modelos de desenvolvimento das USF, são o regime de incentivos aos profissionais de saúde, a autonomia organizacional e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (ACSS, 2020).

Posteriormente, com a publicação do Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto, é regulamentado o papel do enfermeiro de família, que integrado numa equipa multiprofissional, detém a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem globais à família nas diversas fases do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade.

A implementação das Unidades de Saúde Familiares surgiram como fruto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, definindo-se como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007), pelo que funcionam como espaço de eleição para o enfermeiro de família desenvolver a sua prática.

1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A USF Plátano exerce a sua atividade no Centro de Saúde que dá resposta ao concelho de Portalegre. O Centro de Saúde fica situado entre a planície e a montanha sendo envolvido pelo Parque Natural da Serra de São Mamede, e abrange uma área geográfica de 464 Km². É constituído por 6 freguesias rurais (Alagoa, Alegrete, Fortios, Reguengo e São Julião, Ribeira de Nisa e Carreiras e Urra) e 1 freguesia urbana (Sé e São Lourenço).

Comporta a USF Plátano e a USF Portus Alacer, a UCC Ammaya, a UCSP de Portalegre e a URAP (1 Psicóloga, 1 Higienista Oral, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista). Conta ainda com a presença de alguns Assistentes Operacionais.

O horário de funcionamento do Centro de Saúde é de 2^a a 6^a feiras das 8h às 20h e ao sábado, domingo e feriados das 8h às 14h, em instalações bem equipadas e em bom estado de conservação, com espaços luminosos e boas condições de higiene e conforto.

Segundo os censos de 2021, a população residente no concelho de Portalegre é de 22.342 habitantes, dos quais 10.593 (47,4%) são do sexo masculino e 11.749 (52,6%) do sexo feminino.

TABELA 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE EM 2011 E 2021, DE ACORDO COM OS CENSOS. FONTE: INE, PORDATA

	População residente em 2011	População residente em 2021	Taxa variação 2011/2021	Densidade populacional (Hab./Km ²) 2021
Portugal	10.557.560	10.361.831	-1,85%	112,4
Portalegre	24.789	22.342	-9,87%	50,0

Como se pode verificar, na Tabela 1, existe um decréscimo populacional nos últimos 10 anos a nível nacional (1,85%), sendo este bastante marcado no concelho de Portalegre (9,87%).

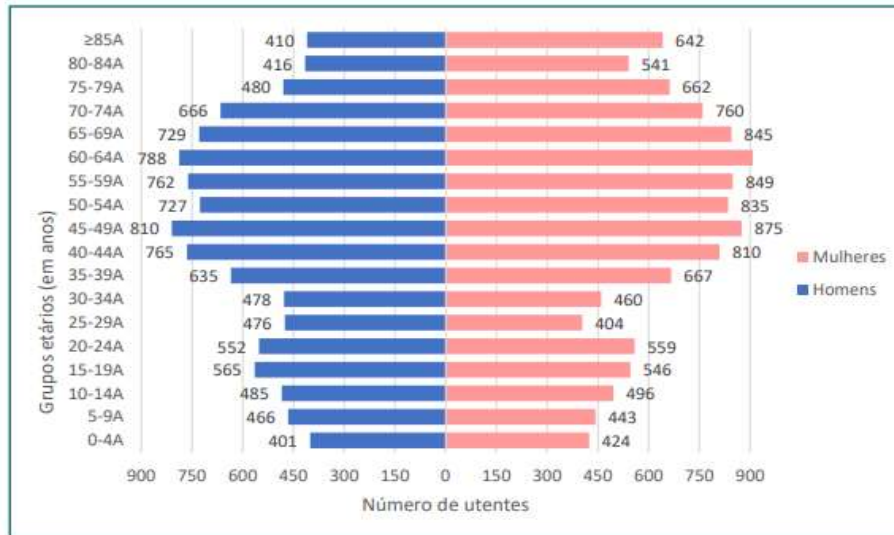


FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE PORTALEGRE. FONTE: PORDATA 2021

A Figura 1 demonstra uma distribuição etária envelhecida, do tipo decrescente, que reflete uma diminuição da natalidade e mortalidade e um aumento da esperança média de vida, com conseqüente diminuição da capacidade de renovação da população ativa.

1.2.1 – USF Plátano

Esta unidade funcional pertence ao ACeS São Mamede que por sua vez integra a ULSNA e iniciou funções a 5 de abril de 2010. Passou a desempenhar atividade como USF Modelo B a 1 de outubro de 2013.

Está localizada no piso 1 do edifício do Centro de Saúde de Portalegre e apresenta-se dividida por módulos aos quais foram atribuídas cores. Possui nove gabinetes médicos, oito gabinetes de enfermagem, quatro gabinetes de planeamento familiar e quatro gabinetes de saúde infantil, duas salas de tratamentos, um gabinete de vacinação, um “Cantinho de Amamentação”, cinco salas de espera, seis wc, quatro deles com instalações sanitárias para deficientes, um balcão de atendimento geral, um módulo administrativo, uma sala de reuniões e uma copa. Todas as referidas divisões se encontram apetrechadas com os recursos materiais adequados ao seu funcionamento. No piso zero localizam-se os armazéns avançados, local de armazenamento do material de consumo clínico e medicamentos.

Constituem a estrutura orgânica da USF Plátano o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral, o Conselho Técnico e os órgãos de apoio, como o interlocutor de enfermagem e o interlocutor administrativo (Decreto-Lei 298/2007, art.º 11º).

A equipa multiprofissional é constituída por sete médicos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros, sendo dois deles especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, e seis assistentes técnicos. A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (microequipa), formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes. Cada microequipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar da sua lista, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos cuidados e monitorizar a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

O horário de funcionamento da USF Plátano é das 8h00 às 20h00, todos os dias úteis.

Designando-se como a facilidade de cada utente obter consulta, preferencialmente com o seu Médico/Enfermeiro de Família, a acessibilidade é fulcral e implica uma correta gestão do atendimento, através de circuitos simples e eficazes. A figura 2 representa o circuito claro e desburocratizado preconizado por esta USF.



FIGURA 2 – CIRCUITO DE UTENTES. FONTE: REULAMENTO INTERNO USF PLÁTANO

O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do assistente técnico que, em presença física, por telefone ou e-mail, identifica qual necessidade do utente, se administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos com

ou sem marcação prévia e o encaminha de forma a que seja dada a melhor resposta à referida necessidade.

Em abril de 2023, segundo dados extraídos da plataforma MIM@UF e do BI-CSP, a USF Plátano apresentava 12787 utentes inscritos, correspondendo a 17.804,00 unidades ponderadas (UP's), dos quais 52,5% eram do sexo feminino e 47,5% do sexo masculino. Segundo a OE (2019), para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários em cada USF, considera-se adequado que se observe um rácio de 1 enfermeiro/1550 utentes ou 1 enfermeiro/1917 UP's. Na USF Plátano o rácio é 1 enfermeiro/1598 utentes e 1 enfermeiro/2225 UP's, verificando assim um pequeno desvio relativamente à dotação segura preconizada.

Como demonstrado na figura 3, a pirâmide etária da USF Plátano é uma pirâmide decrescente, na qual a maioria dos utentes se encontra em idade ativa (62,6%) e a população idosa (25,6%) é superior à população jovem (11,8%), verificando-se o envelhecimento demográfico.

O total de índice de dependência situa-se nos 59.36%, correspondendo a um índice de dependência de 18.66% nos jovens e de 40.7% nos idosos.

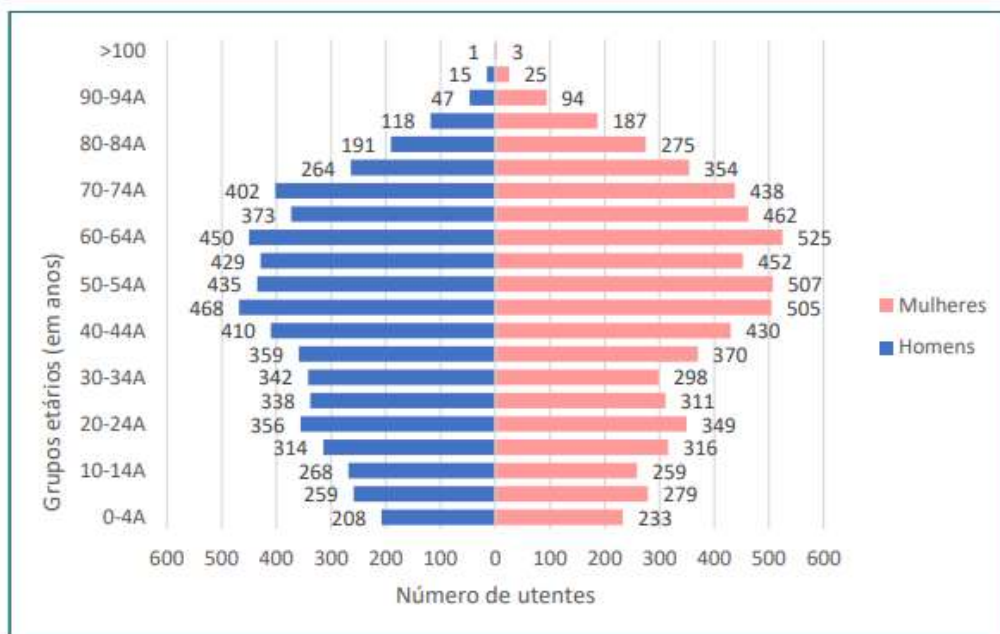


FIGURA 3 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA USF PLÁTANO. FONTE: MIM@UF, ABRIL 2023

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA

A lista de utentes da microequipa à qual pertence a minha enfermeira orientadora, em abril de 2023, segundo dados extraídos da plataforma MIM@UF, totalizava 1830 utentes, distribuídos por 826 famílias. A pirâmide etária (Figura 4) mostra que há prevalência do sexo feminino (n= 1003) e que existe semelhança à pirâmide da USF pois o número de população adulta e idosa volta a ser bastante superior ao das crianças e adolescentes. Em concreto, a população com idade superior a 65 anos representa 27,3% (n=501), a população ativa 59,1% (n=1081), enquanto a população dos 0-14 anos representa 13,6% (n= 248). Verificando-se que a lista é bastante envelhecida, depreende-se que este facto implicará que exista um elevado número de utentes dependentes de terceiros, com multimorbilidade e necessidade de apoio familiar ou extra-familiar elevado.

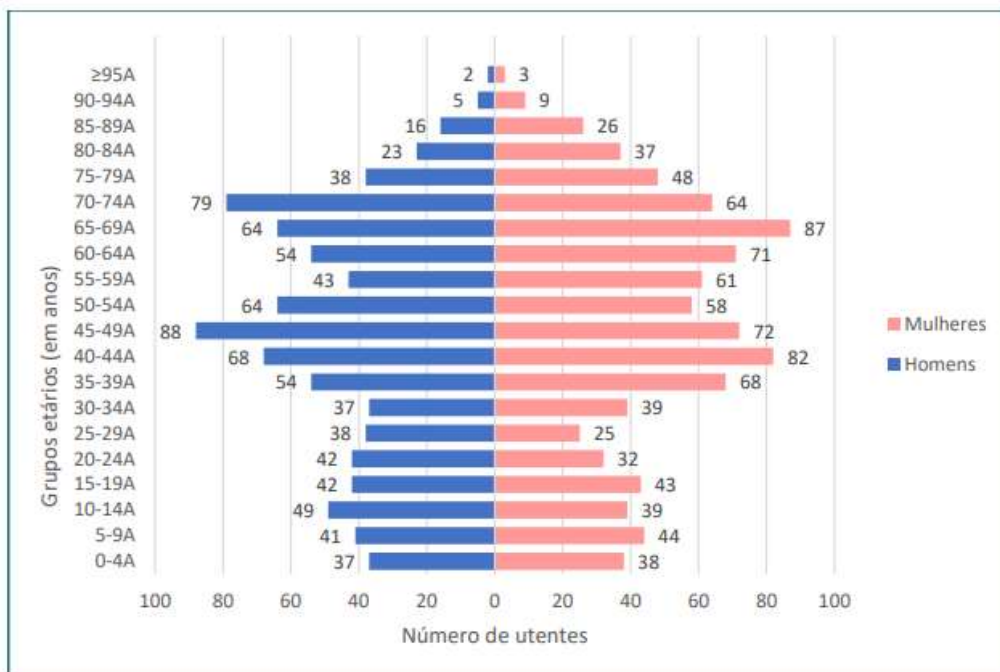


FIGURA 4 - PIRÂMIDE ETÁRIA DA LISTA DA ENFERMEIRA ORIENTADORA. FONTE: MIM@UF, ABRIL 2023

Segundo dados do MIM@UF de abril de 2023 os utentes da referida lista estão distribuídos por 826 processos familiares, correspondendo a uma média de utentes por família de 2,21. Na tabela 2 está descrito o nº absoluto de famílias tendo em conta a sua dimensão familiar.

TABELA 2 - DIMENSÃO DAS FAMÍLIAS DA LISTA DA ORIENTADORA. FONTE: MIM@UF, ABRIL 2023

Nº de elementos	1	2	3	4	5	6	7
Nº de famílias	278	236	185	108	17	1	1

Aqui, prevalecem as famílias pouco numerosas, sendo que a maioria é constituída por um ou dois elementos (33,7% e 28,8%, respetivamente). Neste contexto, o índice de envelhecimento elevado poderá ser outra das razões desta percentagem significativa, correspondendo, maioritariamente, a viúvos e a casais idosos. Poderá também contribuir para aquela realidade o facto de fazerem parte da lista 4,1% de utentes migrantes, sendo que a grande maioria (80%) é oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo de protocolos de estudo no Instituto Politécnico de Portalegre, vivendo por isso sozinhos ou em residências sem vínculos familiares entre eles.

Relativamente aos problemas de saúde mais frequentes da lista da Enfermeira Orientadora (Tabela 3) e de acordo com a Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários (ICPC) que permite classificar os motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos, depreende-se que a grande parte dos problemas apresentados estão associados a fatores de risco cardiovascular significativos e a estilos de vida desadequados, nomeadamente o excesso peso, a dislipidémia, a obesidade, o tabagismo e a hipertensão arterial.

TABELA 3 - PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS FREQUENTES DA LISTA DA ENFERMEIRA ORIENTADORA. FONTE: MIM@UF ABRIL 2023

#	Código ICPC-2 - Descrição		N	%
1	T83	Excesso de Peso	471	25,7
2	T93	Alterações do Metabolismo dos Lípidos	419	22,9
3	K86	Hipertensão sem complicações	380	20,8
4	T82	Obesidade	321	17,5
5	P17	Abuso do Tabaco	278	15,2
6	P76	Perturbações Depressivas	264	14,4
7	L86	Síndrome Vertebral com irradiação de dores	232	12,7
8	T90	Diabetes não Insulino-dependente	187	10,2
9	P74	Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade	182	9,9
10	R75	Sinusite Crónica/Aguda	170	9,3

Os problemas de saúde que encabeçam a tabela constituem um desafio à equipa de saúde familiar uma vez que são fatores de risco modificáveis com intervenção no estilo de vida, promovendo uma alimentação saudável, a prática de exercício físico e a

cessação tabágica. Realça-se a presença de pessoas com doenças relacionadas com a saúde mental, nomeadamente perturbação depressiva e ansiosa, e pelo impacto considerável na vida do utente torna-se pertinente a articulação com profissionais da especialidade e a promoção da saúde mental.

Passando para os indicadores de saúde são mencionados, na tabela 4, os que dizem respeito ao desempenho da enfermeira orientadora nos diversos programas de saúde.

Verifica-se a prevalência de *score* 2, reflexo de bom desempenho, no que concerne à vacinação e acompanhamento do programa de Diabetes Mellitus. Tendo consciência dos elevados níveis de desempenho exigidos às unidades modelo B consideram-se também relevantes os resultados dos indicadores onde se atingiu *score* 1. O não atingimento do indicador relativo ao diagnóstico precoce (*score* 0) refletirá o facto a que a um número de nascimentos baixo corresponda um valor percentual muito elevado por recém-nascido. Logo, a não realização da totalidade de diagnósticos precoces traduz-se no incumprimento do indicador.

TABELA 4 - RESULTADOS DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM RELATIVOS A DEZEMBRO DE 2022. FONTE: BI-CSP

Designação do Indicador	Resultado	Score
Proporção de consultas realizadas pelo enfermeiro de família	37,8	1
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar de enfermagem	37,8	1
Proporção de idosos ou doença crónica, com vacina contra a gripe	55,9	2
Proporção DM com consulta de enfermagem de vigilância de DM no último ano	88,7	2
Proporção mulheres 25-60anos, com rastreio do Cancro do Colo do útero	54,9	1
Proporção jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução	100	2
Proporção crianças 7 anos, com PNV cumprido ou em execução	100	2
Proporção utentes, com idade igual ou superior a 25 anos, com vacina contra o tétano.	90,5	1
Proporção crianças 2 anos, com Programa Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou execução	100	2
Proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce para doenças metabólicas realizado até ao 6º dia	62,7	0
Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	73,3	1
Proporção de utentes com diabetes mellitus (DM) com avaliação do risco de úlcera pé	87,8	2

Dos indicadores de enfermagem apresentados é perceptível a não contemplação das atividades desenvolvidas com as famílias, sendo por isso essencial que existisse a inclusão dos mesmos.

2. DO CONCEITO DE FAMÍLIA À PRÁTICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Considerando toda a evolução no âmbito da saúde deverá reconhecer-se a cada vez maior relevância da família no contexto de cuidar. O conceito de família tem sofrido alterações ao longo dos tempos por estar intrinsecamente ligada às mudanças políticas, culturais e sociais do mundo.

A palavra família tem a sua origem no latim e surgiu em Roma derivado de *famulus*, que significa servidor. Na sua conceção antiga a família designava o conjunto de pessoas e bens patrimoniais que viviam e estavam sob a jurisdição de *pater familias* (Leandro, 2001).

Segundo Hanson (2005, p.6), “(...) *família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos*”.

No que concerne à enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005, p. 171), a família define-se como um:

“Grupo com características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”.

A família pode ser entendida como um conjunto de pessoas que se autointitulam família e que têm um compromisso de cuidado e bem-estar entre si (Hanson, 2005; Denham, Eggenberger, & Young, 2016).

Cada família tem a sua identidade e unicidade, não sendo possível descrevê-la apenas com base nos elementos que a constituem. Organiza-se numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada membro, bem como as expectativas sociais, o que significa que a forma específica e particular como cada família se posiciona é efetivamente única para aquela família, pelo que “(...) *não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal*” (Relvas, 2004, p. 14).

Embora não exista uma definição universal de família, esta tende a ser entendida como um sistema complexo, sendo imperativo ser compreendida numa perspetiva holística. Deve olhar-se para a família como um todo, não esquecendo os elementos que a compõem nem as relações com o meio, o que torna cada família única (Relvas, 1996).

A família quando organizada como estrutura na sua globalidade, sofre mudanças e alterações de valorizar quando um dos seus membros tem um problema de saúde, pois as angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes assim como as incertezas no decorrer do tratamento e prognóstico. A família como estrutura no seu todo caracteriza-se fundamentalmente quando estabelece inter-relações entre os seus membros, num contexto específico de estrutura, organização e funcionalidade (Figueiredo, 2009).

Souza (1997) defende que a família é um sistema vivo com um ciclo vital que poderá ou não originar uma nova família e por ser vivo é um sistema aberto que estabelece trocas com o meio onde se insere.

Na mesma linha de pensamento, Sousa (2011), referem-se à família como um sistema, considerando-o um grupo de elementos ligados por um conjunto de relações em permanente relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio no decorrer de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificada.

Para Morin citado por Alarcão (2006, p. 27), “*sistema é uma unidade global, organizada de inter-relações entre elementos, acções ou indivíduos*”. É a organização que garante a solidez e durabilidade das inter-relações do sistema suportando todas as perturbações a que o mesmo está sujeito.

Neste sentido, a “*família é entendida como um todo, fazendo também ela parte de contextos mais vastos nos quais se integra, comunidade e sociedade. Ela é simultaneamente um todo e uma parte*” (Moreira, 2006, p. 22).

É de considerar que, apesar do conceito abarcar uma variedade de famílias, não inclui uma realidade crescente da sociedade atual: as famílias unipessoais. Assim, a definição proposta por Wright e Leahey, “*família é quem os seus membros dizem que são*” (2002, p. 68) abrange todo o tipo de família e universaliza o cuidado à família.

Minuchin e Fishman (1990), referem que a família pode ser definida como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros que a constituem, considerando-a como um sistema que opera através de padrões transacionais. Logo, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas,

podendo estes ser definidos pela geração, interesses ou função, havendo diferentes níveis de poder e onde os comportamentos de um membro têm influência no dos outros (Vara, 1996).

De acordo com a Teoria Geral dos Sistemas proposta por Ludwig Von Bertalanffy, cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas. Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades menores: os subsistemas, sendo eles próprios partes do grupo total onde a menor é o indivíduo (Relvas, 2006).

Olhar a família como um todo é a pedra basilar do paradigma sistémico que ajuda a compreender a complexidade do sistema familiar (Figueiredo, 2009).

Conceptualizado como um sistema auto organizado, a família passa a ser considerada como um sistema capaz de, autónoma e espontaneamente, modificar a sua estrutura ou de permanecer idêntico de forma a criar as condições necessárias à sua sobrevivência (Alarcão, 2006).

Para Figueiredo (2012), todas as famílias têm determinadas funções que são executadas para manter a integridade da unidade familiar e responder às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade.

Pelo prisma sistémico, a família possui subsistemas e simultaneamente está inserida noutros sistemas maiores organizados hierarquicamente; possui limites distintos e é detentora das mesmas propriedades que os sistemas abertos, sendo estas: a totalidade (o todo é mais que a soma das partes), a equifinalidade (todos os elementos da família trabalham com o objetivo de manter o equilíbrio familiar), a auto regulação (equilíbrio entre o feedback positivo e o feedback negativo) e a auto organização (capacidade do sistema se organizar por antecipação e previsão das situações futuras) (Alarcão, 2006).

Uma das grandes contribuições do modelo sistémico foi a passagem gradual do estudo isolado do indivíduo para o foco na família, privilegiando a avaliação das relações interpessoais onde "*a finalidade da intervenção é a mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar*" (Figueiredo, 2009, p. 32).

Nesta linha de entendimento e considerando a família como objeto de prestação de cuidados de saúde de grande relevância na sociedade fomentou-se a conceção da atual Enfermagem de Saúde Familiar onde o estudo da família, com a sua multiplicidade de conceitos próprios e entrecruzamento da multidisciplinaridade, representa uma

importante temática para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) (Regulamento n.º 367/2015).

As famílias são espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida, à saúde e à recuperação dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa. A interação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, evidenciando-se a enfermagem de família no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Figueiredo, 2009).

A Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde da OMS, decorrentes da Declaração de Munique, em 2000, para o século XXI, reconhece que a família é uma unidade-chave na melhoria da saúde e que o enfermeiro é essencial no âmbito da prestação de cuidados aos indivíduos e famílias desde a concepção até à morte. Nas 21 metas traçadas para o século XXI, enfatizou-se a importância dos CSP e o papel do enfermeiro foi reafirmado, recomendando-se atribuir um enfermeiro a cada família. O Enfermeiro de Família é o profissional de saúde responsável por proporcionar a um número limitado de famílias um vasto leque de cuidados com a finalidade de alcançar um potencial de saúde para todos, assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos CSP, através do desenvolvimento de serviços de saúde orientados para a família e para a comunidade (Rodrigues & Costa, 2013).

O EEESF presta cuidados especializados de enfermagem a todas as famílias pelas quais está responsável, estabelecendo uma relação de parceria efetiva e de empatia, considerando as transições normativas que decorrem dos processos de desenvolvimento inerentes à fase de ciclo vital da família, avaliando os fatores de stresse/crise familiar e focando-se nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais, garantindo o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2015).

Para se compreender o âmbito da enfermagem de Saúde Familiar é necessário que se enunciem alguns conceitos que se apresentam como premissas essenciais para a enfermagem de família: saúde, ambiente e enfermagem de família.

Saúde

A saúde é um processo dinâmico vivenciado pelas famílias. O conceito de saúde inclui a interação entre bem-estar e doença, reflexo de um paradigma holístico. O EEESF

deve cuidar da família como contexto, atuando não apenas na pessoa individualmente mas inserida num contexto familiar (OE, 2017; Rodrigues & Costa, 2013).

As relações familiares são fundamentais para a saúde da família. A saúde familiar engloba mais do que a saúde dos indivíduos que a compõem, compreendendo a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si. O EEESF deve cuidar da família considerando-a um sistema, isto é, sabendo que quando algo acontece a um membro da família os restantes elementos também são afetados (OE, 2017; Rodrigues & Costa, 2013).

Numa perspetiva sistémica, considerando a propriedade da totalidade da Teoria Geral dos Sistemas, descrita por Bertalanffy (1968), o todo é mais que a soma das partes: as características constitutivas dum sistema não são explicáveis a partir das características das partes isoladas, ou seja, a saúde da família não pode ser encarada como a mera soma da saúde dos elementos que a constituem, desvalorizando o seu contexto e a teia relacional que os unifica.

Ambiente

A saúde familiar é influenciada pelo modo como os seus elementos interagem dentro de contextos ambientais. A família, em todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e na sua complexidade cultural, interage com o ambiente, progressivamente transformando-o e sendo influenciada também ao longo do tempo (OE, 2015).

Segundo a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1979), a ecologia do desenvolvimento humano consiste no estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre o indivíduo ativo e em desenvolvimento e os contextos imediatos, em constante mutação nos quais está inserido, atendendo a que todo este processo é afetado pelas relações entre contextos e por contextos maiores onde os contextos mais imediatos estão incluídos. Bronfenbrenner descreve uma estrutura em vários sistemas ecológicos essenciais inseridos uns nos outros, do microssistema ao macrossistema.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar colabora com a família de modo a criar ambientes que promovam a sua saúde e bem-estar (OE, 2017). Este é o profissional de saúde que melhor conhece a comunidade onde se insere a família, o seu ambiente socio-emocional, físico e até domiciliário (Rodrigues & Costa, 2013).

Enfermagem de Família

Representa o compromisso e a obrigação dos enfermeiros especialistas em Saúde Familiar de apoiarem a família, tanto na saúde como na sociedade. A enfermagem de Saúde Familiar baseia-se na interação entre a família e o EF, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família (OE, 2015).

Os EF “*devem usar os seus conhecimentos para avaliar e facilitar a saúde da família, tendo em conta não só a saúde e a interação dinâmica desta com os diferentes membros da família e enquanto unidade familiar, como também a sua interação a nível psicossocial e possíveis riscos ambientais*” (Anderson & Tomlinson, 1992, citado em IFNA, 2015, p. 2).

A enfermagem é uma ciência e os cuidados prestados pelos enfermeiros são baseados em conhecimentos científicos. Mas é ao mesmo tempo uma arte, sendo o cuidar indissociável de conceitos como a sensibilidade, a criatividade e a inovação (Marinho, 2006). Muitas vezes, cuidar da família exige e apela a esses conceitos para o estabelecimento de um processo interpessoal, terapêutico e significativo que permita a capacitação da família e a sua evolução (Rodrigues & Costa 2013).

Conceptualmente, a enfermagem de família emerge como uma forma de abordar o cuidado da família e está naturalmente fundamentada em teorias de enfermagem. Embora seja resultado de influências de distintas áreas científicas parece consensual que a família seja considerada como unidade de cuidados. Wright e Leahey (1990) são umas das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de família surge da interceção de três áreas do conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar (Figura 5).

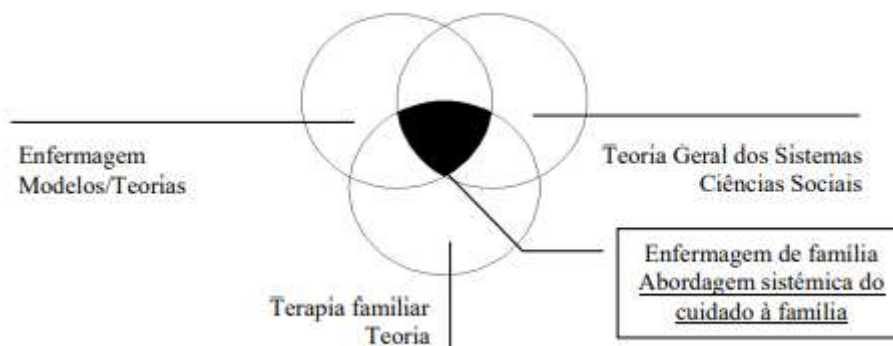


FIGURA 5 – QUADRO CONCEPTUAL QUE INFLUENCIA A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA. FONTE: WRIGHT E LEAHEY (1990)

O contributo de diferentes disciplinas enriquece significativamente o conceito pois das ciências sociais, fundamentalmente à Teoria Geral dos Sistemas, retira a explicação do funcionamento e dinâmica familiar, à Terapia familiar a abordagem terapêutica centrada nas forças da família e aos valores, teorias e conceções de enfermagem o sentido de pessoa e ambiente de cuidados que norteiam a avaliação e intervenção do enfermeiro face a processos de saúde doença (Hanson, Gerafy-Duffy, & kaakinen, 2005).

Para estes autores, o cuidado de enfermagem à família é interpretado como “... o processo de prover as necessidades de saúde das famílias que estejam no âmbito da prática de enfermagem” (2005, p 9). Os autores referem quatro formas de abordar a família: como contexto, como um todo, como um sistema e como um componente da sociedade (Figura 6).

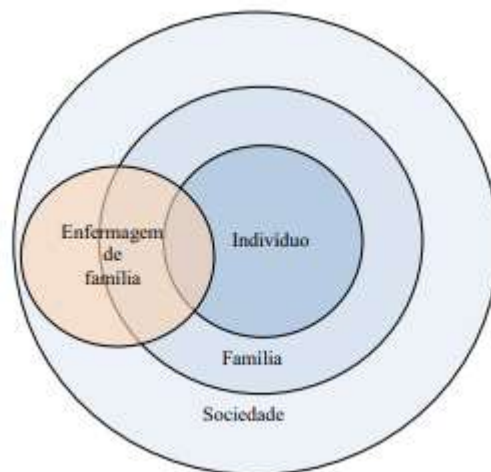


FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA (HANSON, GERALFY-DUFFY, & KAAKINEN, 2005).

A interseção dos conceitos de indivíduo, família, enfermagem e sociedade dá-nos conta de uma abordagem social complexa que desafia os enfermeiros ao uso de abordagens sistemáticas da família como cliente que não são exclusivas da enfermagem, mas partilhadas por outras disciplinas e cujo objetivo é a promoção, a manutenção e recuperação da saúde da família (Hanson, Gerafy-Duffy, & kaakinen, 2005).

Na década de 60, o emergir do pensamento sistémico deu relevância à compreensão da complexidade que o conceito de enfermagem de família impunha.

Ao ser defendido por vários teóricos o conceito de família como sistema permite concluir que o cuidado de enfermagem é prestado ao sistema familiar como um todo ou como unidade de cuidados (Friedemann, 1989). Assume-se então que o cliente da enfermagem de família é o sistema familiar (Wright & Leahey, 2009).

É inegável que a reorganização dos CSP e o reconhecimento político e conceptual da relevância da família como foco dos cuidados permitiu abrir a porta à transformação dos cuidados centralizados no indivíduo para a família.

Atualmente, com a maior sensibilização para a complexidade intrínseca à dinâmica familiar e para a importância de considerar a família como unidade de cuidados numa perspetiva sistémica o enfermeiro de família depreende a relevância do conhecimento do carácter único das famílias de que cuida. Como tal, é imprescindível que tenha bagagem teórica, conhecendo e sabendo aplicar na prática ferramentas que permitam avaliar o sistema familiar reconhecendo situações com propensão a disfunções familiares: os instrumentos de avaliação familiar.

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) foi um instrumento de avaliação desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey que o definem como uma estrutura multidimensional integrada, baseada nas teorias dos Sistemas, da Cibernética, da Comunicação e da Mudança, para orientar a avaliação do sistema familiar e que aborda três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2009). Cada uma destas dimensões possui várias categorias e subcategorias que permitem avaliar o sistema familiar numa perspetiva sistémica. No entanto, segundo as autoras, poderá não ser adequado avaliar a família em todas as categorias ou subcategorias num determinado momento, cabendo ao enfermeiro de família explorar as categorias ou subcategorias que sejam pertinentes.

Para além do MCAF e com o objetivo de direcionar a intervenção na família, as referidas autoras desenvolveram o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF). Este modelo centra-se na interação entre enfermeiro e famílias de modo a promover o funcionamento familiar nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental. Conforme o nível de funcionamento familiar, são sugeridas pelas autoras as intervenções mais acertadas onde se pretendem ajustes ou mudança. No entanto, é feita ressalva que o enfermeiro não deve instruir ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar mas sim propor intervenções à família a fim de existir ajustes ou mudança (Wright & Leahey, 2009).

Estes modelos são um dos catorze modelos referenciados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como referência para desenvolver com o sistema familiar sendo adotados em cursos de enfermagem em vários países, incluindo Portugal onde a Ordem dos Enfermeiros o preconiza como um dos modelos norteadores para o trabalho com famílias.

Neste sentido, foi o modelo aplicado na avaliação de uma família no estágio II pelo que está detalhadamente descrito mais à frente neste trabalho.

A enfermagem de saúde familiar ao encontrar sustentação legislativa que lhe possibilitou a afirmação num contexto de novas realidades e necessidades de saúde familiar levou Figueiredo (2009) a explorar as práticas dos enfermeiros de família ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Enraizado nos modelos acima mencionados surgiu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) que enfatiza a complexidade do sistema familiar e a família como unidade de intervenção, assumindo-se como um instrumento de trabalho de incrementação da abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem de família (Figueiredo, 2012).

Na avaliação familiar é essencial o enfermeiro de família ser detentor de ferramentas facilitadoras do processo de avaliação. O MDAIF surge como resposta à necessidade de avaliação sistémica da família, efetivando assim os cuidados centrados na família (Correia, Chaves, Batista, Rosário & Teixeira, 2021). Sendo flexível e interativa, a estrutura operativa do MDAIF possibilita que os enfermeiros identifiquem rigorosamente as necessidades da família e proponham intervenções que melhor lhes responda.

Aquando a criação da especialidade de enfermagem de saúde familiar, a Ordem dos Enfermeiros considerou o MDAIF como o referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Este modelo operacionaliza-se numa estrutura centrada em três dimensões avaliativas: a estrutural, de desenvolvimento e a funcional.

A primeira faz referência à composição familiar, aos vínculos entre os membros da família e desta com outros subsistemas e o seu contexto ambiental (Figueiredo, 2012). É aqui tido em consideração o rendimento familiar, o edifício residencial, as precauções de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão são o genograma, ecomapa e Escala de Graffar. Na dimensão de desenvolvimento englobam-se as definições de satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental dado que o foco são os fenómenos associados ao crescimento familiar (Figueiredo, 2012). A terceira e última dimensão avaliativa do MDAIF tem o foco nas interações familiares que permitem no seu seio a evolução conjunta, num contexto de complementaridade (Figueiredo, 2012). São consideradas as definições de papel de prestador de cuidados e processo familiar e os instrumentos a recorrer nesta dimensão são a escala de readaptação social de Homes & Rahes, escala FACES II e APGAR familiar de Smilkstein.

Outro modelo a destacar é o Cuidar Baseado nas Forças (SBC) desenvolvido pelo prestigiado programa de enfermagem da Universidade McGill que promove uma mudança de paradigma no cuidar em enfermagem: passar de um modelo médico baseado nos défices para um que se foca nas forças, possibilidades, empoderamento e compromisso do indivíduo, família e comunidade como pedra angular da eficácia dos cuidados de enfermagem (Gottlieb, 2016).

Ao utilizar esta perspetiva, o enfermeiro procura identificar as forças existentes dentro e em torno do indivíduo e de sua família, posicionando-o no centro do cuidado e proporcionando o movimento de empoderamento, processo social de reconhecimento, promoção e melhoria da capacidade das pessoas satisfazerem as suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários, a fim de sentirem o controlo sobre suas vidas. O termo “força”, por sua vez, é um conceito abrangente que inclui tanto as qualidades internas da pessoa ou unidade (família, comunidade) como os recursos externos de que dispõe; são qualidades, aptidões, competências, capacidades e habilidades distintas que coexistem com as fraquezas, podendo ser de natureza biológica, psicológica e sociais (Gottlieb, 2016; Silva, Bernardino, Encarnação, Lima, Silva & Rorato, 2022).

Ou seja, o SBC é uma abordagem que orienta os enfermeiros na sua prática quotidiana, tendo por base um conjunto de pressupostos sobre saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Utiliza como elementos principais: o cuidado centrado no paciente/pessoa/ família/relação; o movimento de empoderamento no paciente/família; a promoção da saúde; a prevenção de doenças e o auto-cuidado. Considera os seguintes valores fundamentais subjacentes: saúde e cura; singularidade da pessoa e da família; holismo e personificação; realidade objetiva, subjetiva e construção de significado; autodeterminação; pessoa e ambiente estão integrados; aprendizagem; preparação e *timing*; parceria colaborativa nos cuidados (Gottlieb, 2016; Silva *et al.*, 2022).

O SBC é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centrando-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor e nos recursos de que dispõe e que a ajudam a lidar mais eficazmente com a sua vida, com a sua saúde e com os desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

O objetivo do SBC é ajudar os utentes, famílias e comunidades a adaptarem-se, desenvolverem-se, crescerem, prosperarem e transformarem-se (Gottlieb, 2016).

O SBC tem como fundamentação subjacente quatro movimentos cujo foco são as forças da pessoa e da família: os cuidados centrados na pessoa/doente, o movimento do

empowerment, a promoção da saúde/auto-cuidado e a parceria colaborativa. Representa por isso uma mudança radical no modo de pensar, ser e fazer dos enfermeiros, dos profissionais de saúde e do próprio sistema de saúde, pois em vez de se concentrar nos aspetos negativos, como as doenças ou problemas, o SBC foca-se na humanidade, na pessoalidade e na singularidade da pessoa (Gottlieb, 2016).

Enquanto o foco principal do Cuidar Baseado nos Défices (DBC) é entender o que não está a funcionar e como o corrigir ou reparar, o SBC procura perceber o que está a funcionar e a trabalhar para ajudar a encontrar soluções e a recuperar. Os enfermeiros que praticam o DBC acham que o problema pode ser entendido por si só, sem o situar no seu contexto. Já os enfermeiros que utilizam o SBC reconhecem que conhecendo a pessoa/família podem compreender melhor o seu comportamento, as suas circunstâncias e a situação que a afeta. A linguagem do DBC é uma linguagem negativa, de crítica, culpa e medo. A linguagem do SBC é positiva e comunica crescimento, energia, esperança, oportunidades, possibilidades e transformação. No DBC o enfermeiro vê o utente como um caso ou uma doença. No SBC o utente é visto como uma pessoa com capacidades, conhecimentos e experiência e a relação que o enfermeiro estabelece é colaborativa. No DBC a única informação importante é a que é técnica e objetiva. No SBC o enfermeiro valoriza também a compreensão subjetiva da pessoa/família. No DBC o plano de cuidados é baseado nos problemas diagnosticados; é prescritivo e estandardizado. No SBC o plano de cuidados é construído sobre as forças da pessoa/família; é personalizado e responsivo. Os resultados do DBC são avaliados em termos de quão bem o enfermeiro foi capaz de resolver o problema. Os resultados do SBC são determinados pelo que é importante para a pessoa/família (Gottlieb, 2016).

O SBC consiste numa abordagem cujo objetivo principal é centrar-se no que está a funcionar, a forma como a pessoa/família se adapta ou lida com as adversidades. Considera o contexto fundamental, as experiências atuais e passadas, a cultura, as relações e o ambiente. A relação é baseada numa parceria colaborativa, onde o enfermeiro e a pessoa/família em conjunto tomam decisões, criam o plano de cuidados e trabalham juntos para encontrar soluções. Os resultados são determinados igualmente pela pessoa/família, aquilo que para eles é importante, contemplando o seu bem-estar subjetivo e a qualidade de vida (Gottlieb, 2016).

Tal como os modelos anteriormente referidos, o SBC consta no Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado e visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde

Familiar definidas pela Ordem dos Enfermeiros e fundamentadas pela “*Position Statement On Advanced Practice Competencies For Family Nursing*”, da *International Family Nursing Association* (Aviso n.º 6702/2021, 2021).

A descrição dos modelos mencionados demonstra que a prática especializada se deve nortear por modelos de avaliação e intervenção familiar dado garantirem cuidados de qualidade às famílias.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Competência pode ser entendida como sendo

“um termo polissêmico, sem um significado único, pelo que apresenta três proposições que se completam entre si: tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam, a inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de serem transformados à medida que essas situações aumentam, e ainda, a faculdade de mobilização e partilha de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades”. (Bomfim, 2012, p. 48).

Transpondo para a Enfermagem, Santo (1999, p. 54) define *“competências como características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao Enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em constante e rápida mudança.”* Para Marinho (2017) o Enfermeiro é um profissional dotado de competências, demonstrando qualidade em tudo o que realiza.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conjunto das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista, resultado do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais, designa a aquisição de competências comuns. Estas são *“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício”* (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4745).

Aplicadas a todos os contextos de prestação de cuidados, as competências comuns do enfermeiro especialista acrescem às competências inerentes às dos enfermeiros de cuidados gerais competências que lhe garantam o reconhecimento e diferenciação, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer, e ao saber-ser. Tais competências são demonstradas através um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria e da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Regulamento 122/2011). É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e

habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica (OE, 2011). A par das competências clínicas especializadas, o 2º ciclo de estudos do Ensino Superior permite desenvolver os cinco descritores de Dublin.

O enfermeiro especialista, na multiplicidade de especialidades que a profissão de enfermagem comporta, partilha transversalmente quatro domínios comuns a todos os contextos de prestação de cuidados, sendo eles: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Aprendizagens Profissionais.

3.1.1. – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a promoção de práticas de cuidados que respeitem as responsabilidades profissionais e os direitos humanos (Regulamento 140/2019, 2019).

As intervenções realizadas pelo profissional de enfermagem devem ter presente, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) artigo nº 99 da lei nº 156/2015 de 16 de setembro, “*a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.*” (OE, 2015).

Na “*procura da intervenção mais adequada a prestar perante a ocorrência de um problema ético, o enfermeiro guia-se pela dignidade da vida e pelo respeito pela pessoa para encontrar o cuidado justo*” (Fernandes, 2010, p. 251). Neste sentido, ao deparar-se com um problema ético o princípio de autonomia, de não maleficência, de beneficência e da justiça de estar subjacente à decisão tomada. Acrescem naturalmente a estes valores as dimensões deontológica e jurídica.

Lopes (2004, p.123) explica a “*perspetiva de um ambiente ético em que o enfermeiro manifesta comportamentos de cuidar, tais como o respeito e a igualdade para todos, confirmando o compromisso para uma prática ética*”. É esperada uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, havendo partilha de informações e sentimentos, numa perspetiva humana dos cuidados de enfermagem (Luís, 2014) e o enfermeiro tem um papel importante na promoção de um ambiente humanizado favorecido pela interação enfermeiro-pessoa-família/pessoa significativa.

As responsabilidades da profissão a par dos direitos das pessoas são as fontes dos deveres do Código Deontológico, sendo o respeito pelos direitos humanos outro dos princípios norteadores da atividade profissional (Nunes, 2014).

Ramos (1996) defende que *“Quando o profissional de saúde presta cuidados simultaneamente a vários elementos de uma mesma família interfere quase inevitavelmente com a autonomia, liberdade e privacidade de algum ou alguns elementos dessa família”* (p, 119). Estas palavras denotam que na área de Saúde Familiar cuidar da família como um todo e de cada um dos seus membros individualmente (Regulamento 428/2018, 2018) pode ser gerador de conflito entre os direitos de um dos elementos e os direitos dos restantes membros, podendo acarretar questões bioéticas.

Como elemento integrante de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro pode executar intervenções interdependentes e intervenções autónomas. As últimas são definidas pelo REPE no artigo nº 9 do decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro como *“as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”* (REPE, 1996). Este Regulamento e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros constituem os pilares jurídicos que consagram a autonomia profissional do enfermeiro em Portugal.

Os estágios realizados foram propícios ao desenvolvimento do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. Assegurar a privacidade do cliente é um direito consagrado na carta de direitos do utente e um dever do enfermeiro. As condições estruturais da unidade de saúde USF Plátano permitem respeitar a privacidade do cliente, garantir a informação à pessoa e família mantendo a confidencialidade e a segurança da informação pois a entrada dos utentes no átrio do módulo é controlada, a sala de espera é um espaço adjacente, os gabinetes são individuais e a prestação de cuidados é sempre realizada com a porta fechada.

Nas várias intervenções realizadas à família deparei-me claramente com implicações morais que exigiam um conhecimento aprofundado da família de forma a agir com maior adequabilidade possível. Os instrumentos de avaliação familiar foram muito importantes para melhor conhecer a família e assim terem sido garantidos cuidados de Enfermagem de qualidade à unidade de cuidados, a família, e aos seus elementos integrantes individualmente. Para tal também contribuiu o acompanhamento próximo da enfermeira orientadora para que todas as decisões tivessem suporte ético, legal e científico.

Aquando o estudo da família selecionada houve a preocupação de informar a família de todos os procedimentos a serem executados para que a avaliação se realizasse e os elementos puderam questionar livremente antes de ser dado o consentimento informado pois o artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento determina que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos.”* (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, p.27).

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Este domínio baseia-se em três competências pressupondo que o enfermeiro especialista: garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento 140/2019).

O enfermeiro enquanto provedor de cuidados deve apostar num investimento que acresça a sua educação e formação sabendo que práticas de qualidade requerem constante reflexão, atualização empírica e humanização (Magalhães, 2017).

A qualidade dos cuidados é dos temas mais debatidos em saúde e usufruir de cuidados de saúde de qualidade é um direito de todos os cidadãos. Para se alcançarem elevados níveis de qualidade terá de existir um investimento em capital humano, dotando os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018). Os enfermeiros, constituindo-se como o maior grupo profissional existente nos diversos serviços de saúde, atribuem à enfermagem uma crescente responsabilidade e relevância enquanto disciplina e profissão, sendo pertinente o investimento na sua qualificação (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

A qualidade em saúde prevê a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão e pode definir-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com elevado nível profissional, que tem em conta os recursos disponíveis, que consegue a adesão e satisfação do cidadão e que poderá sempre comportar melhorias na sua eficiência e efetividade. Assim, a qualidade a par da segurança dos cuidados, é

uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português (Direção-Geral da Saúde, 2015). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade onde se pretende que os enunciados descritivos venham a constituir-se num relevante instrumento que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados e que se assume como o eixo estrutural fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

De acordo com a OE (2002) não apenas os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados estão envolvidos pois as instituições onde estes desenvolvem a sua prática devem favorecer o seu esforço em prol da qualidade satisfazendo as necessidades daqueles profissionais.

O ACES São Mamede implementou um Manual de Gestão de Qualidade com o intuito de desenvolver ações que proporcionem uma melhoria contínua dos serviços e possibilitem satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes. Aquele manual pretende a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados e contempla os diversos procedimentos executados de acordo com as necessidades verificadas no ACES e as áreas de promoção da segurança dos cuidados: Higiene e Segurança, Gestão do Risco, Armazéns Avançados e Formação dos Profissionais.

Na USF Plátano realizam-se Planos de Auditoria Interna (PAI) no âmbito da gestão da qualidade que incluem os seguintes pontos: a definição e âmbito do objeto de auditoria; a justificação do tema; a planificação de execução; a metodologia a implementar; e os auditores. Em 2023 os PAI realizados diziam respeito à avaliação do pé diabético; à vacinação; e ao registo de enfermagem aquando o diagnóstico precoce. Após a análise dos resultados elabora-se um relatório enunciando as propostas de melhoria com as medidas corretivas pertinentes e data de reavaliação. Anualmente esta unidade de saúde estabelece três PAI diferentes e com esta medida consegue identificar resultados que permitem monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao utente e estabelecer estratégias de melhoria se necessário.

Presenciar o atrás descrito teve um peso preponderante no desenvolvimento desta competência permitindo reconhecer a importância ao enfermeiro especialista de colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais; o reconhecimento da necessidade da avaliação de práticas; e considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa, promovendo o bem-estar dos utentes e gerindo o risco (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4745).

É essencial assumir-se um compromisso de garantia da qualidade da prestação de cuidados onde se presta cuidados. A aposta na qualidade é investir num caminho que vai proporcionar uma melhoria contínua no sistema de saúde com ganhos a todos os níveis e para todos, especificamente utilizadores, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e no próprio sistema de saúde (Fernandes, 2010).

De acordo com o Regulamento nº 122/2011, reconhecer a melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, implica avaliar a qualidade e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua.

A reflexão das práticas efetuadas é fundamental e a autorreflexão assume aqui um papel de destaque pois é o processo de olhar interiormente que possibilita o crescimento pessoal e profissional numa perspetiva de qualidade e evolução.

3.1.3. Gestão de cuidados

As duas competências do domínio da gestão dos cuidados determinam que o enfermeiro especialista deverá ter a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4745).

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2021, p. 1) designa os enfermeiros gestores como "*profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação*". Assim, no âmbito da gestão dos cuidados, o seu papel de liderança é fundamental na otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde na garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas e na adequação dos recursos às necessidades de cuidados (Magalhães, 2017). Para o mesmo autor, a gestão representa um domínio de grande importância para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista.

As USF contempla uma figura de gestão denominada "enfermeiro interlocutor". Nestes profissionais recai a responsabilidade da garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planeando e concretizando ações que visem a melhoria dos cuidados, participação na avaliação da qualidade destes e definição de padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Sendo a enfermeira interlocutora elemento integrante de uma microequipa o desempenho na prestação de cuidados era igual ao de qualquer outro elemento de enfermagem o que se torna uma mais-valia para a equipa pois consegue compreender e identificar as necessidades de colegas e utentes simultaneamente.

Compreensivelmente para uma maior rentabilidade de recursos e tempo, a enfermeira com responsabilidade pela gestão delegou funções pelos membros da equipa com diferenciação para o desempenho de cargos como a coordenação de alunos da licenciatura em enfermagem, a gestão de material de consumo clínico e vacinação.

A par da enfermeira pertencente ao conselho técnico da USF, a enfermeira interlocutora elaborava o projeto anual de formação após identificação das necessidades formativas enunciadas pelas restantes colegas. É também sua responsabilidade a avaliação do desempenho dos elementos que constituem a equipa de enfermagem, de acordo com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP).

Segundo Nunes (2014), são diversos os fatores que têm influência na capacidade de uma equipa de enfermagem prestar cuidados seguros e de qualidade, particularmente a formação, a responsabilidade profissional, a relação entre as necessidades dos clientes e as competências dos enfermeiros, as decisões contextuais, a cultura organizacional e a liderança clínica no contexto.

No que diz respeito à prestação cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança, é importante que se cumpram as dotações seguras. A Ordem dos Enfermeiros (2014) define dotações seguras como o número apropriado de profissionais, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos clientes e a manutenção de um ambiente de trabalho seguro.

É de suma importância que, pela dignidade do exercício profissional de enfermagem, se cumpra a dotação segura de enfermeiros percebendo que tal cumprimento é um investimento com ganhos garantidos, designadamente, na satisfação dos clientes, redução de eventos adversos e de complicações clínicas.

Cunha e Neto (2006) relatam como competências de gestão o saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica e enumeram como competências individuais necessárias ao gestor: a liderança, a persuasão, o trabalho em equipa, a criatividade, a tomada de decisão, a determinação, o planeamento e a organização.

Santos e Miranda (2007) e o Regulamento nº 122/2011 afirmam que, na gestão dos cuidados, o enfermeiro adequa os recursos às necessidades dos cuidados e na base da sua liderança, utiliza as suas competências para identificar as características da equipa e definir o estilo de liderança mais adequado à realidade apresentada e à promoção da qualidade dos cuidados.

Ser um bom líder acarreta ser inspiração para os demais no atingimento dos objetivos, motivando-os com criatividade e reconhecimento. Perspetivando a motivação como predicado essencial ao sucesso de um projeto, Pozo (2002) defende que *“ninguém levará os outros a atingir objetivos se não houver nele também um movimento para esse fim”* (p.145).

Nos estágios verificou-se que a liderança e a gestão dos recursos foram adaptadas às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, famílias e comunidade que serviam. (Regulamento 140/2019, 2019). Foi também um campo de estágio importante para apreender a importância da liderança, comunicação e motivação sempre em aliança com o conhecimento técnico-científico e a ética fundamentais para uma prestação de cuidados de excelência. Foi muito gratificante verificar que a liderança nesta unidade incutia motivação e se baseava num modelo onde as opiniões de todas as enfermeiras eram tidas em conta e onde as decisões se tomavam em grupo.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais por parte do enfermeiro especialista dizem respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade e à fundamentação da prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento 140/2019, 2019).

O enfermeiro especialista no âmbito do autoconhecimento e a assertividade é um profissional que *“demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”*. O enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica quando *“alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”* (Regulamento 140/2019, 2019 p. 4745).

O enfoque no autoconhecimento é um dos pontos fulcrais na atuação do enfermeiro especialista pois para alcançar uma praxis de excelência, trabalhar em equipa, ser-se líder, aplicar as competências na prática, gerir conflitos, respeitar processos, entre outros é imprescindível ter-se conhecimento de si mesmo.

Neste domínio transparece existir uma ligação intrínseca entre a aquisição de competências e um investimento pessoal para que seja possível acompanhar os importantes avanços científicos e tecnológicos que ocorrem e que incutem uma necessária atualização para um consistente crescimento profissional.

Segundo Hesbeen (2000) o enfermeiro alcança o conhecimento e a capacidade de inferência desencadeando um processo que lhe possibilita amplificar as suas competências individuais no cuidar. Para que este processo ocorra é fundamental observar, analisar, debater e apreciar a prática clínica e a própria estrutura da instituição onde desenvolve a sua prática. Neste ponto os estágios são grandes mais-valias e a aplicação do processo de enfermagem é crucial pois a elaboração de planos de trabalho específicos e individualizados promove qualidade dos cuidados prestados e a autonomia da profissão.

Benner (2001), relativamente à formação, sublinha que na prática clínica o mais importante é o compromisso e a ligação estabelecida com o cliente, sendo esta relação determinante na excelência do cuidar ao incorporar a habilidade técnica com a científica.

Os programas de saúde enunciados pela DGS e os modelos de avaliação e intervenção familiar foram a base da minha prestação de cuidados às famílias durante os estágios e vivenciei a necessidade de desenvolver o autoconhecimento pois refletir sobre as minhas capacidades e limitações era imperioso. O pensamento contemplativo e reflexão crítica realizados diariamente permitiu-me evoluir e percecionar as aprendizagens como um processo de caráter contínuo no desenvolvimento de competências individuais e coletivas. Através das ações na experiência do cuidar e reflexão da prática há mobilização de saberes que ocasionam um processo dinâmico onde o profissional, a equipa e a instituição partilham aprendizagens.

Por não existir nenhuma enfermeira com a especialidade na área de saúde familiar considerei importante partilhar com a equipa conceitos desta recente especialidade em enfermagem. Neste sentido realizei uma formação com o intuito de transmitir a pertinência de olhar a família como foco da cuidados e percecioná-la muito para além da soma dos seus elementos.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Segundo o Regulamento 124/2011, um enfermeiro especialista é “*um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem*”, sendo as suas competências “*um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais*” (p.2).

As competências específicas do EEESF aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros são: cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento 428/2018, 2018)

Reconhecendo a complexidade do sistema familiar e para o alcance pleno dos dois objetivos enunciados é descrita e analisada a contribuição das diversas atividades desenvolvidas com a família, enumeradas as novas situações de aprendizagem, as dificuldades que emergiram e a reflexão crítica para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências, nos quadros 1 e 2.

Aquando a realização de visitação domiciliária a escolha da família a avaliar recaiu numa família onde foi possível depreender dificuldades de comunicação entre elementos que a constituíam e a existência de pressão sobre o sistema familiar que acolhia um familiar em situação de fragilidade. A mãe de um dos cônjuges encontra-se dependente nas atividades de vida diária e necessita da prestação de cuidados de enfermagem para tratamento de lesões nos membros inferiores.

3.2.1. - Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Na prestação de cuidados de enfermagem às famílias é imperioso existir uma intervenção que utilize modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a colheita de informação e para o planeamento de intervenções conjuntamente com os elementos familiares, tal como o MDAIF (Figueiredo, 2012).

A avaliação multidimensional desta família baseia-se no MDAIF que é composto pelas categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Esta categoria permite conhecer que elementos constituem a família, em que contexto está inserida e quais os vínculos afetivos intra e extra-familiares. Está dividida nas subcategorias: interna, externa e de contexto (Figueiredo, 2012).

Na estrutura interna estão englobados nesta subcategoria os indicadores de avaliação:

▪ **Composição familiar**

A identificação do tipo de família permite a incorporação das variadas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012). Uma família nuclear acolher um ascendente pelo seu grau dependência enquadra esta família numa tipologia mais contemporânea. É considerada uma família alargada pois o casal coabita com um ascendente. Os três membros que constituem a família são: - "C", género feminino, 72 anos de idade, é a filha da "L", género feminino, 93 anos. "C" é o Paciente Identificado e é casada com "J", género masculino, de 74 anos.

▪ **Género**

A caracterização acima realizada faz supor que, relativamente ao género de cada elemento, eles são correspondentes às suas características biológicas.

▪ **Orientação sexual**

Pode afirmar-se que existe uma orientação heterossexual dado que "L" enviuvou há 9 anos e a "C" é esposa de "J".

▪ **Ordem de nascimento**

Cronologicamente, a "L" é mais velha, tendo 93 anos; o "J" o segundo mais velho; tendo 74 anos e a "C" é o elemento mais novo, tendo 72 anos".

▪ **Subsistemas**

Segundo Alarcão (2000) a família é um sistema, no qual todos os elementos estão relacionados entre si, a fim de formar um todo organizado. Nesta família estão presentes três sub-sistemas: individual, conjugal e filial. O sub-sistema individual é composto por cada um dos elementos; o sub-sistema conjugal é constituído por "C" e "J"; e o subsistema filial composto pela "C". Embora "L" seja mãe da "C", dada a sua situação de dependência, não se constitui como subsistema parental pois não cumpre as funções e as tarefas executivas a ele inerentes.

▪ Limites ou fronteiras

Segundo Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000, p. 54) existem três tipos de limites:” *os claros que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influência entre os mesmos; os difusos, marcados por uma enorme permeabilidade colocando em causa a diferenciação dos subsistemas; e os rígidos que dificultam a comunicação e a compreensão recíproca*”.

Nesta família considera-se que os limites entre a “C” e a mãe são claros, existe proximidade entre ambas, flexibilidade e compreensão recíprocas. Os limites entre o genro e a sogra são rígidos e por vezes chega a haver relação conflituosa, assumindo “C” o papel de mediador entre os dois. No subsistema conjugal, os limites tendem a ser rígidos, denotando-se dificuldade na comunicação e compreensão entre o casal.

Nesta família verifica-se comprometimento da comunicação entre os sub-sistemas e as funções de proteção da família encontram-se diminuídas, especialmente em relação ao membro dependente; acresce ainda o facto de alguns membros funcionarem de forma individualista.

A sub-categoria estrutura externa divide-se em família alargada e sistemas amplos.

▪ Família Alargada

No que concerne à família alargada, aqui englobam-se outros elementos da família não pertencentes ao agregado familiar. “L” teve três irmãos, já todos falecidos; “J” e “C” são ambos filhos únicos e têm um filho que vive em Castelo Branco.

A família nuclear e alargada poderá representar-se através de um genograma, que consiste numa representação visual dos elementos da família e a natureza e padrão das relações estabelecidas. São retratadas verticalmente as relações através das gerações e horizontalmente as relações dentro das gerações (Gottlieb,2016).

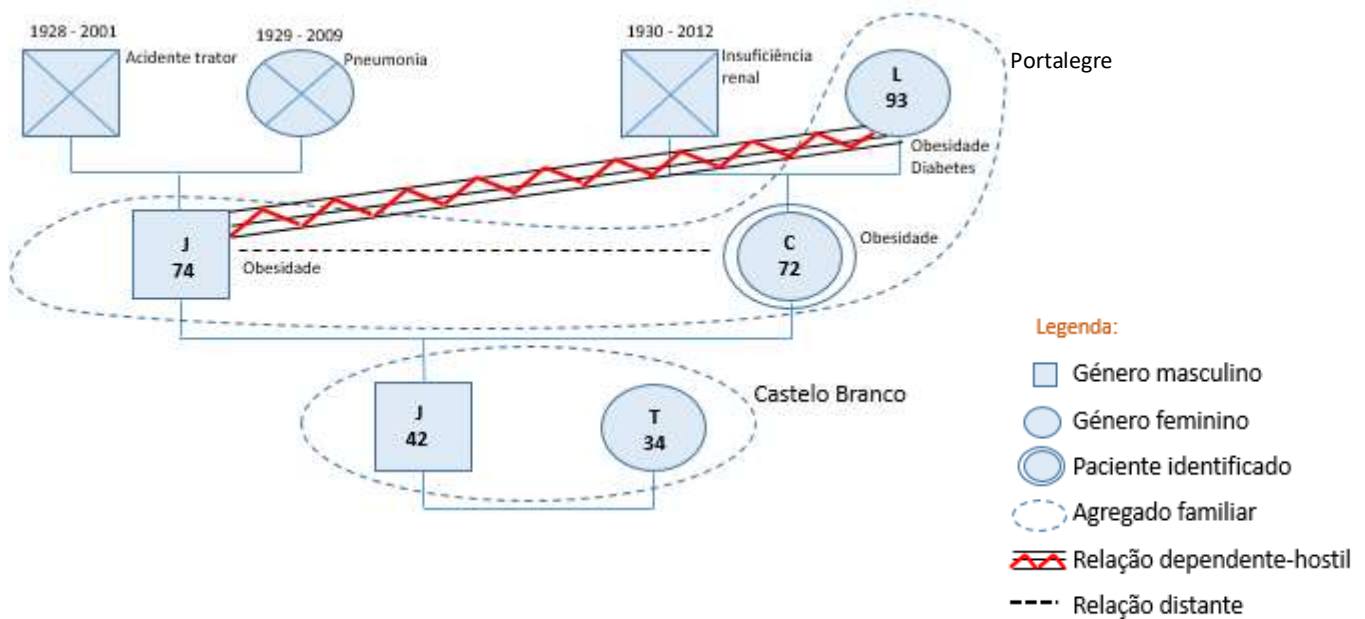


FIGURA 7 – GENOGRAMA

▪ **Sistemas amplos**

Segundo Figueiredo (2012), estes sistemas incluem as interações sociais em que a família tem participação, seja com instituições sociais ou com pessoas significativas, que não pertencem à família alargada, mas que facultam ajudas diferenciadas. Poderão ser representadas através da elaboração do ecomapa, que consiste na representação gráfica da rede social da pessoa, incluindo família alargada, amigos, vizinhos, trabalho, sistema de saúde, grupo religioso e organizações comunitárias (Gottlieb, 2016). Na família avaliada, as suas redes de apoio social são a igreja, que “C” frequenta semanalmente, a Unidade de Saúde Familiar onde a família se encontra inscrita, o filho e nora que fazem visitas uma vez por mês e os amigos do casal. Diariamente “J” se encontra com amigos no café antes de almoço e “C” estabelece contato com as amigas ao domingo com as quais vai à missa. Relativamente à “L” pela falta de autonomia funcional e pelo falecimento das amigas apenas recebe duas vezes por semana as enfermeiras da unidade de saúde para tratamento de feridas e outros cuidados que sejam necessários.

As interações sociais da família mais significativas são o grupo de amigos, a USF Plátano, a Igreja e as visitas mensais que recebem do filho e nora.

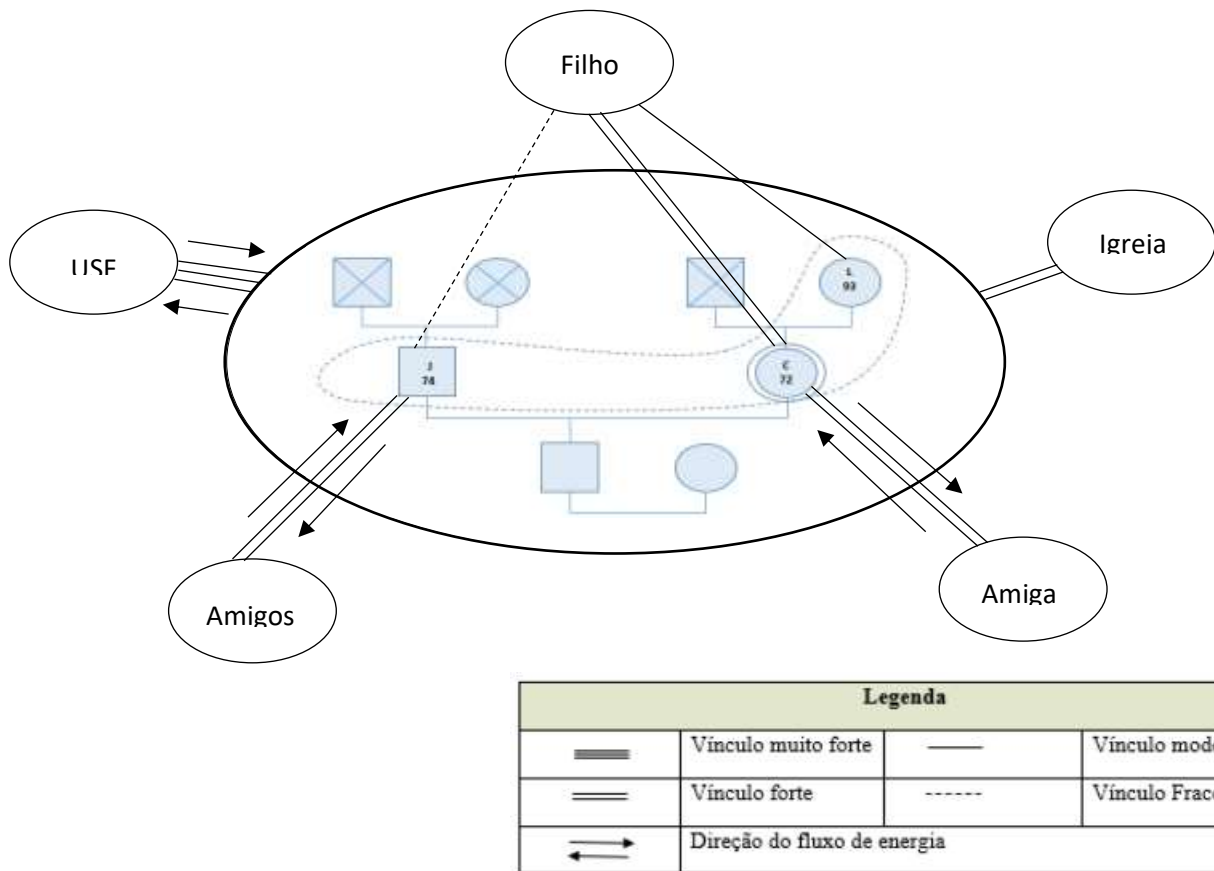


FIGURA 8 – ECOMAPA

A última sub-categoria da avaliação estrutural, o contexto da família, é uma pertinente avaliação a fim de entender as interações entre os elementos da família e entre estes e os sistemas amplos e ainda a importância da classe social na promoção de estilos de vida e o impacto da espiritualidade e religião nos hábitos sociais e representações sobre os processos de saúde e doença da família (Figueiredo, 2009).

Incluem-se na estrutura contextual os seguintes parâmetros:

▪ **Raça/Etnia**

Os três membros são de raça caucasiana e portugueses.

▪ **Classe social**

O rendimento familiar provém das reformas dos três elementos, “J” é quem tem a reforma mais elevada, valor ronda os 550 euros.

Residem numa zona urbana, em casa própria com seis divisões (3 quartos, sala de jantar, cozinha e uma casa de banho). A nível de escolaridade a “C” e “J” têm a 4ª classe e “L” não sabe ler nem escrever para além de assinar o seu nome. Para perceber se os

rendimentos auferidos são suficientes para fazer face às necessidades básicas da família ou se há necessidade de intervenção social aplica-se a classificação social internacional proposta por Graffar, em que as características da família são classificadas em cinco itens (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona habitacional), permitindo assim concluir a classe social da família, numerada de I (classe alta) a V (classe baixa) (Figueiredo, 2009). De acordo com esta classificação a família enquadra-se na classe média.

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes; Diretores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médicos industriais, comerciantes e agrícolas; Dirigentes intermédicos	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários	Espaciais e confortáveis	Bairro bom
Fregueses industriais e comerciantes; Executivos e operários qualificados	Ensino Secundário	Vencimentos médios	Bem conservada e com cozinha e WC electroabastecidos essenciais	Zona antiga
Fregueses agrícolas; Comércio semi-qualificados e qualificados	Doutorados obrigados segundo a lei	Remunerações incertas	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electroabastecidos essenciais	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada	Não escolaridade obrigatória segundo a lei	Acumulação	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA

FIGURA 9 - CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL PROPOSTA POR GRAFFAR. FONTE: PRINT SCREEN DO SCLÍNICO

▪ Religião/Espiritualidade

No que a este tema diz respeito, sabe-se que os três elementos da família são católicos. “C” é praticante, participando nas cerimónias religiosas ao domingo. Em relação a “L”, as limitações físicas impedem-na de ir à igreja, no entanto, assiste pela televisão às eucaristias e reza o terço.

▪ Ambiente

A família mora em casa própria com dois pisos e quintal, em zona urbana e num bairro agradável. Não se verificam barreiras arquitetónicas e a habitação é composta por três quartos, uma cozinha, uma casa de banho e uma sala de jantar. Possui eletricidade, água e gás canalizado, saneamento básico e aquecimento local. A moradia apresenta boas condições de habitabilidade e luminosidade. Em relação à acessibilidade de “L” ao exterior é possível a sua mobilidade para o quintal da habitação através de andarilho ou cadeira de rodas de onde poderá sair de carro. Relativamente às condições de higiene da casa, esta encontra-se eximamente limpa e arrumada, exceto o quintal que está menos arrumado pois, segundo “C”, é tarefa de “J”.

CATEGORIA DESENVOLVIMENTO

Neste subcapítulo aborda-se a avaliação do desenvolvimento familiar. Segundo Alarcão (2000), é um conceito abrangente, referente a todos os processos de crescimento do sistema familiar, tendo em consideração a transformação progressiva da história familiar durante as fases do seu ciclo de vida. Compreender este percurso permite delinear cuidados antecipatórios a fim de promover a capacidade da família no desenvolvimento de tarefas específicas para cada etapa. Etapas, vínculos e tarefas são as subcategorias em que está dividida. A abordagem do desenvolvimento pressupõe a identificação de " *uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função das tarefas bem definidas. A essa sequência dá-se o nome de ciclo vital, e essas tarefas caracterizam as suas etapas*" (Relvas, 1996, p. 16). A avaliação dos vínculos reveste-se de importância para a compreensão dos relacionamentos, ou seja, dos laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2009).

Etapas

Vários autores definem etapas do ciclo vital. Relvas (1996), citado por Alarcão (2000, p. 108) refere que "(...) *uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função das tarefas bem definidas. A essa sequência dá-se o nome de ciclo vital, e essas tarefas caracterizam as suas etapas*".

Duvall (citado por Relvas, 1996) definiu oito etapas do ciclo vital: casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); e família idosa. Esta família encontra-se na oitava e última etapa, família idosa, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família e relativamente ao espaço temporal contempla o período da reforma à viuvez.

Para cada etapa enumerou determinadas tarefas a cumprir para que o sistema familiar se desenvolva com sucesso.

Tarefas

As tarefas atribuídas na oitava etapa dizem respeito a um movimento de fecho relativamente ao exterior pois existe o término da função laboral passando para reforma.

Os elementos terão de se adaptar ao processo de envelhecimento, aceitar a perda do parceiro e/ou filhos e amigos e tendem a pensar na própria morte.

A “L” apresenta doenças crónicas existindo uma progressiva perda das suas capacidades, logo, uma diminuição de autonomia funcional. Neste momento, é a filha lhe presta os cuidados sem que possa contar muito com a ajuda do marido ou ajuda externa o que tende a causar pressão na família.

Vínculos

Os vínculos são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2009). Na família em avaliação, a relação entre o casal é um pouco distante, existindo dificuldades na comunicação. “L” estabelece uma relação próxima com a filha; a relação que estabelece com o genro é conflituosa, denotando-se um distanciamento emocional entre ambos.

CATEGORIA FUNCIONAL

A avaliação funcional diz respeito “aos *detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros*” (Wright & Leahey, 2002:124), citado por Figueiredo (2009). Engloba duas dimensões do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva. A primeira faz referência às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda dá ênfase às interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012).

Instrumental

Esta dimensão reporta-se às atividades quotidianas da família como movimentar-se, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, trabalhar e divertir-se, expressão da sexualidade, repouso e sono. Para Figueiredo (2009), os aspetos instrumentais aludem à avaliação da capacidade da família responder às atividades de vida diária, especialmente quando surge um problema de saúde e têm de existir readaptações para o adequado funcionamento do sistema familiar.

Analisando a **higiene pessoal**, todos evidenciam bons hábitos de higiene. No entanto, a aparência de “C” é descuidada; a “L” estando dependente dos cuidados de higiene verbaliza que recebe os cuidados de higiene necessários e à semelhança de “J” tem uma aparência cuidada.

Relativamente aos **hábitos alimentares** verifica-se que as refeições diárias são ricas em carboidratos e lípidos em quantidades excessivas; “J” ingere ainda, diariamente, bebidas alcoólicas ou sumos no café e “L” sendo pessoa com diabetes comete vários erros alimentares. Assim, está-se perante uma alimentação familiar inadequada.

Nesta família o casal não tem **hábitos de exercício**; e “L” passa maioritariamente o tempo sentada. Deambula no interior da casa com o auxílio de andarilho por curtos períodos pois fica cansada e com falta de força nos membros inferiores. Pelo facto de “L” ficar muito tempo sentada é pertinente a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e planear e implementar medidas de prevenção. Segundo a escala de Braden, na figura que se segue, este membro da família tem um alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

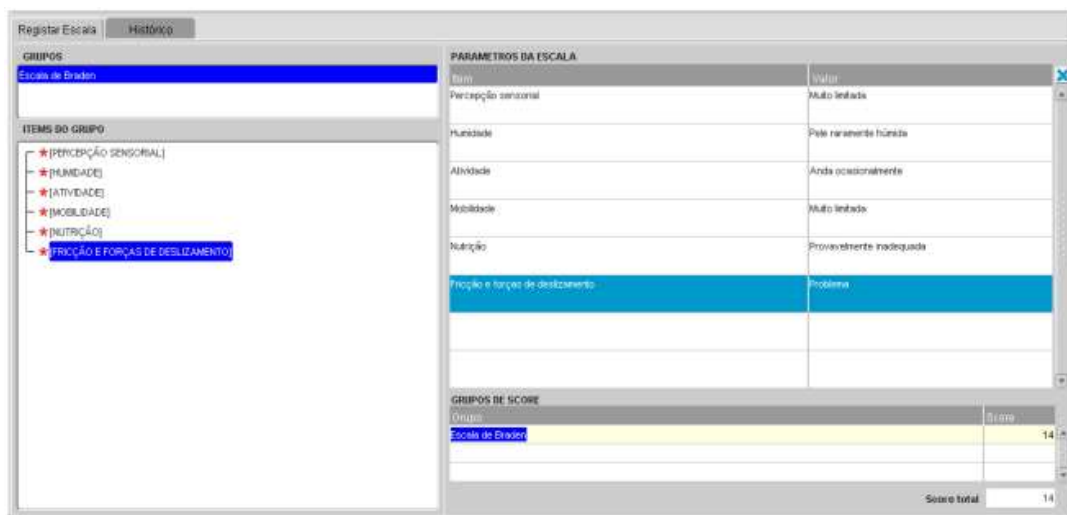


FIGURA 10- ESCALA DE BRADEN. FONTE: *PRINT SCREEN DO SCLÍNICO*

Respeitante aos **hábitos de sono e repouso** a “L” vai dormitando durante o dia e à noite tem dificuldade em dormir, consequentemente o sono não é reparador; o “J” e “C” não fazem referência a alterações no padrão do sono dado que dormem pelo menos oito horas por noite.

Fazendo referência às **atividades de lazer**, a família não tem hábito de sair para passear. “C” costumava participar em excursões mas desde que cuida da mãe não o tem feito.

Em relação à **expressão da sexualidade**, o casal referiu já existir relacionamento íntimo.

Referente às **atividades de vida diárias (AVD)**, dois dos membros da família são independentes. “L” tem dependência grave, necessitando de ajuda na realização de

todas as AVD, conforme se pode verificar na figura que se segue, com a aplicação da escala de Barthel. O índice de Barthel é um instrumento de avaliação do nível de independência respeitante à realização de dez atividades básicas. É assim possível ter a perceção das maiores dificuldades diárias da família e adequar as intervenções de enfermagem.

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registo | Histórico

Data: 28-06-2023 Hora: 11:54

Item	Pontuação
Alimentação	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)
Transferências	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se
Toilete	Dependente, necessita de alguma ajuda
Utilização do W.C	Precisa de alguma ajuda
Banho	Dependente, necessita de alguma ajuda
Mobilidade	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
Subir e Descer Escadas	Precisa de ajuda
Vestir	Com ajuda
Controlo Intestinal	Acidente ocasional
Controlo Urinário	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)

Resultado: Dependência Grave Total: 40

FIGURA 11 - ESCALA DE BARTHEL . FONTE: *PRINT SCREEN* DO SCLÍNICO

A alteração de mobilidade da “L” também realça a importância de avaliar a prevenção do risco de quedas, para a implementação de intervenções dirigidas à prevenção de complicações, que podem ser irremediáveis. Com aplicação da escala de Morse obteve-se uma pontuação de 35, correspondendo a baixo risco para quedas, o que requer intervenções padrão de prevenção de quedas.

Registo Escala | Histórico

GRUPO

Escala de Morse

ITEMS DO GRUPO

- [HISTÓRIA DE QUEDAS, NESTE INTERVENIMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES]
- [DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)]
- [AJUDA PARA CAMINHAR]
- [TERAPIA INTRAVENOSA]
- [POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA]
- [ESTADO MENTAL]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
História de quedas, neste intervenimento urgência/ ou nos últimos três meses	Não
(Involuntária) incontinência	Sim
Ajuda para caminhar	Intensificação de enfermagem/caminhador(a) de rodas
Terapia intravenosa	Não
Postura no andar e na transferência	Dependente de ajuda
Estado mental	Consciente das suas capacidades

CRITÉRIOS DE SCORE

Item	Valor
Escala de Morse	35

Score total: 35

FIGURA 12 - ESCALA DE MORSE. FONTE: *PRINT SCREEN* DO SCLÍNICO

Expressivo

A avaliação do funcionamento expressivo possibilita “*identificar e distinguir famílias emocionalmente saudáveis, das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual*” (Wright & Leahey, 2002, p.126) citado por Figueiredo (2009). Consta-se que ao nível da comunicação entre os membros da família existe disfuncionalidade. Gestos, olhares, períodos de silêncio ou tom de voz aumentado tornam perceptível a disfunção nos diferentes níveis de comunicação, sendo particularmente notória em entre “C” e “J” e entre “J” e “L”. Relatando a comunicação emocional transparece que “L” sente tristeza pela maneira como é tratada pelo genro; “C” expressa descontentamento por marido se mostrar inflexível e demonstra medo pelo possível agravamento de debilidade da mãe.

Por acharem que não vão ser compreendidos não existe um discurso claro, pelo que se assiste ou a períodos de silêncio ou a uma escalada simétrica na comunicação. Notoriamente, nenhum dos três elementos se sente satisfeito com a forma como se comunica na família, o que tem repercussão na forma como se expressam.

Considerando aos fatores de *stress* da família e que mais geram conflitos intra familiares são: a questão financeira e a dependência de “L”.

No que ao Coping familiar diz respeito, verifica-se dificuldade na resolução de problemas e os membros da família denotam descontentamento pela forma como são discutidos os problemas. “L”, muito pela perda de autonomia, tem dificuldade em aceitar o seu estado de saúde e mostra resistência a qualquer mudança do estilo de vida.

Por outro lado, percebe-se a falta de confiança no grupo familiar. Não ocorre flexibilidade dos papéis nem partilha de preocupações com outros membros dentro ou fora da família. A não utilização de recursos externos para a solução dos problemas e o escasso tempo livre passado em atividades recreativas agravam o cenário familiar.

Com o objetivo de identificar possíveis estratégias de *coping*, avaliam-se as forças familiares através da aplicação do questionário representado na figura 7. As forças da família contribuem, para estimular melhorias significativas na forma de lidar com o *stress* e com as crises (Dunst, Trivette & Deal (1994), citado por Silva (2013). De acordo com o questionário das forças familiares, percebe-se que a organização familiar positiva obtém maior pontuação (42), seguem-se as crenças familiares positivas (23) e as emoções positivas (20), por último a cotação mais baixa (16) diz respeito à gestão positiva e suporte familiar. Quanto ao índice global de forças familiares obtém-se uma

pontuação de 101 (num total de 200), o que nos indica, que se pode trabalhar com as forças desta família, de forma que esta lide melhor com as adversidades.

QUESTIONÁRIO DE FORÇAS FAMILIARES (Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)					
	1- Nada parecidas	2- Pouco parecidas	3- Mais ou menos parecidas	4- Bastante parecidas	5- Totalmente parecidas
1. Na minha família somos optimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas	1	2	3	4	5
3. Na minha família somos muito unidos	1	2	3	4	5
4. Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião	1	2	3	4	5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto	1	2	3	4	5
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar	1	2	3	4	5
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si	1	2	3	4	5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo	1	2	3	4	5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas	1	2	3	4	5
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros	1	2	3	4	5
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer	1	2	3	4	5
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir	1	2	3	4	5
13. Na minha família fazemos coisas e actividades em conjunto	1	2	3	4	5
14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir	1	2	3	4	5
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros	1	2	3	4	5
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto	1	2	3	4	5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos	1	2	3	4	5
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas	1	2	3	4	5
19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge	1	2	3	4	5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar	1	2	3	4	5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão	1	2	3	4	5
22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda	1	2	3	4	5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades	1	2	3	4	5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes	1	2	3	4	5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz	1	2	3	4	5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos	1	2	3	4	5
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece	1	2	3	4	5
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros	1	2	3	4	5
29. Na minha família as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto	1	2	3	4	5

FIGURA 13 - QUESTIONÁRIO FORÇAS FAMILIARES. FONTE: TRANSCRIÇÃO DO DOCUMENTO PREENCHIDO

Quanto ao desempenho dos papéis familiares, é “C” desempenha a maioria das tarefas domésticas detendo o papel de cuidado doméstico. A este papel alia o de prestador de cuidados, pois é responsável pela prestação dos cuidados necessários à sua mãe, que se encontra dependente nas AVD. Apesar de ser próxima da mãe é notório que este papel lhe é gerador de *stress*. Aplicando o instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI) a pontuação obtida é de 67, o que traduz a existência de *stress* elevado no prestador de cuidados (PC).

Item	10-11-2020
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Às vezes (3)
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	Às vezes (3)
Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Às vezes (3)
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Às vezes (3)
Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	Às vezes (3)
Considera que a situação actual afecta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares	Às vezes (3)
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Quase sempre (5)
Considera que o seu familiar está dependente de si?	Muitas vezes (4)
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	Às vezes (3)
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes (3)
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Às vezes (3)
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes (3)
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	Quase nunca (2)
Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	Às vezes (3)
Considera que não dispõe de economias suf. para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	Muitas vezes (4)
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Às vezes (3)
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Quase nunca (2)
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Às vezes (3)
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Às vezes (3)
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Às vezes (3)
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Quase nunca (2)
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes (3)
Total Escala interpretação:	67

FIGURA 14 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL (QASCI). FONTE: PRINT SCREEN DO SCLÍNICO

O casal desempenha os papéis: recreativo, parental e de provedor, sendo o último dividido com “L” que contribui com a reforma que aufer.

Na relação dinâmica, constata-se que “C” é o membro maioritariamente responsável pelas tomadas de decisão, logo, o membro com mais poder na família.

A coesão e a adaptabilidade da família são duas dimensões de avaliação do funcionamento familiar sendo para o efeito aplicado o instrumento FACES II.

A coesão da família avalia os laços emocionais entre os membros da família e a adaptabilidade mensura a capacidade da família para se adaptar às situações e modificar a sua estrutura quando uma ocorrência de crise surge. Avalia também, em função da coesão e da adaptabilidade, o tipo de família (Olson, 2000). Após a interpretação linear dos resultados, conclui-se que estamos perante uma família rígida com uma adaptabilidade consideravelmente baixa (cotação 31); uma família desmembrada com coesão significativamente baixa (coesão 21); e uma família tipo extrema, com maior probabilidade de disfunção.

FACES II – Versão portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5	
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
7. Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13. Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros	1	2	3	4	5
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15. Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16. Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração	1	2	3	4	5
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20. A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27. Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós	1	2	3	4	5
28. Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30. Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

FIGURA 15 - ESCALA FACES II. FONTE: TRANSCRIÇÃO DO INSTRUMENTO PREENCHIDO

Para avaliar a funcionalidade familiar aplica-se o APGAR de Smilkstein. Este instrumento é constituído por cinco questões que permitem medir a satisfação do indivíduo relativamente à assistência que recebe dos restantes elementos da família. Com este instrumento de avaliação familiar constata-se que os elementos do casal consideram a sua família com maior funcionalidade, ao contrário de “L”, que considera a sua família com disfunção acentuada, conforme pontuações nas imagens 9, 10 e 11. A diferença de opiniões pode ter que ver com o fato de “L” se encontrar em situação de dependência nas AVD e considerar que a família não responde a todas as suas solicitações, principalmente o genro.

Registrar Escala | Histórico

Data: 27-06-2023 Hora: 18:57

GRUPOS
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)

ITEMS DO GRUPO

- ★ ESTOU SATISFETO COM A AJUDA QUE RECEBO DA MINHA FAMÍLIA, SEMPRE QUE ALGO ME PRECISAR.
- ★ ESTOU SATISFETO PELA FORMA COMO A MINHA FAMÍLIA DISCUTE ASSUNTOS DE INTERESSE COMUM E PARTICIPA COMIGO A SOLUÇÃO DO PROBLEMA.
- ★ ACHO QUE A MINHA FAMÍLIA CONCORDA COM O MEU DESEJO DE ENCRETAR NOVAS ATIVIDADES OU DE MODIFICAR O MEU ESTILO DE VIDA.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O MODO COMO A MINHA FAMÍLIA MANIFESTA A SUA AFEIÇÃO E REAGE AOS MEUS SENTIMENTOS, TAL COMO IRRITAÇÃO, PENSAR E SENTIR.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O TEMPO QUE PASSO COM A MINHA FAMÍLIA.

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma me precisar.	quase sempre
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e participa comigo a solução do problema.	algumas vezes
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encretar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	quase sempre
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tal como irritação, pensar e sentir.	quase sempre
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	quase sempre

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)	9

Score total: 9

FIGURA 16 - APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, APLICADO AO MEMBRO “J”. FONTE: PRINT SCREEN DO SCLÍNICO

Registrar Escala | Histórico

Data: 27-06-2023 Hora: 19:57

GRUPOS
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)

ITEMS DO GRUPO

- ★ ESTOU SATISFETO COM A AJUDA QUE RECEBO DA MINHA FAMÍLIA, SEMPRE QUE ALGO ME PRECISAR.
- ★ ESTOU SATISFETO PELA FORMA COMO A MINHA FAMÍLIA DISCUTE ASSUNTOS DE INTERESSE COMUM E PARTICIPA COMIGO A SOLUÇÃO DO PROBLEMA.
- ★ ACHO QUE A MINHA FAMÍLIA CONCORDA COM O MEU DESEJO DE ENCRETAR NOVAS ATIVIDADES OU DE MODIFICAR O MEU ESTILO DE VIDA.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O MODO COMO A MINHA FAMÍLIA MANIFESTA A SUA AFEIÇÃO E REAGE AOS MEUS SENTIMENTOS, TAL COMO IRRITAÇÃO, PENSAR E SENTIR.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O TEMPO QUE PASSO COM A MINHA FAMÍLIA.

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma me precisar.	algumas vezes
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encretar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	quase sempre
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e participa comigo a solução do problema.	algumas vezes
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tal como irritação, pensar e sentir.	algumas vezes
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	quase sempre

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)	7

Score total: 7

FIGURA 17 - APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, APLICADO AO MEMBRO “C”. FONTE: PRINT SCREEN DO SCLÍNICO

Registrar Escala | Histórico

Data: 27-06-2023 Hora: 19:57

GRUPOS
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)

ITEMS DO GRUPO

- ★ ESTOU SATISFETO COM A AJUDA QUE RECEBO DA MINHA FAMÍLIA, SEMPRE QUE ALGO ME PRECISAR.
- ★ ESTOU SATISFETO PELA FORMA COMO A MINHA FAMÍLIA DISCUTE ASSUNTOS DE INTERESSE COMUM E PARTICIPA COMIGO A SOLUÇÃO DO PROBLEMA.
- ★ ACHO QUE A MINHA FAMÍLIA CONCORDA COM O MEU DESEJO DE ENCRETAR NOVAS ATIVIDADES OU DE MODIFICAR O MEU ESTILO DE VIDA.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O MODO COMO A MINHA FAMÍLIA MANIFESTA A SUA AFEIÇÃO E REAGE AOS MEUS SENTIMENTOS, TAL COMO IRRITAÇÃO, PENSAR E SENTIR.
- ★ ESTOU SATISFETO COM O TEMPO QUE PASSO COM A MINHA FAMÍLIA.

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma me precisar.	algumas vezes
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e participa comigo a solução do problema.	algumas vezes
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encretar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	algumas vezes
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tal como irritação, pensar e sentir.	algumas vezes
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	algumas vezes

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)	6

Score total: 6

FIGURA 18 - APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, APLICADO AO MEMBRO "L". FONTE: *PRINT SCREEN* DO SCLÍNICO

Finalmente, nas crenças familiares salienta-se a de "L" que refere que o genro a considera "um empecilho", o que pode justificar a sua desconfiança face ao sistema familiar.

Os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando a construção de uma relação terapêutica. Enfatizam as relações e a reciprocidade, e pressupõe que o processo de cuidados seja desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012). O Plano de cuidados é desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012).

De realçar que os cuidados de enfermagem a esta família, são uma continuação do trabalho, que já havia sido desenvolvido pela equipa de saúde da USF Plátano. Em relação ao membro dependente a equipa já tinha intervindo para a resolução de vários problemas detetados, designadamente a nível da prevenção de UP, de quedas e ulceração do pé; a nível da gestão da diabetes e da alteração do padrão do sono. Recentemente, "L" foi referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na valência de longa duração, para descanso do cuidador, vaga que aguarda. Esta valência permitirá que "L" fique numa instituição numa janela temporal até 6 meses, o que permitirá a "C" descansar do papel de cuidador. Relativamente a "C", já havia sido proposto encaminhamento para Psicologia que recusou.

Decorrente dos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções foi ao encontro das mudanças a alcançar, tendo sempre em consideração as forças da família, para que as mudanças sejam entendidas como viáveis e se vincule o compromisso da família com o plano (Figueiredo, 2012).

Com base na avaliação familiar, segundo o MDAIF enunciam-se os diagnósticos mais pertinentes para a saúde desta família de acordo com as necessidades e problemas identificados pela mesma (quadro1), assim como os diagnósticos de enfermagem, para responder às necessidades individuais de alguns membros da família (quadro 2), tendo em conta que os problemas individuais afetam a saúde do sistema familiar, da mesma forma que quando trabalhadas as falhas nas relações e contextualizados os problemas contribui para a saúde individual dos seus membros.

Quadro 1 – Plano de cuidados dirigido ao sistema familiar (continua)

Diagnóstico de enfermagem	Processo familiar comprometido		
Subconjuntos diagnósticos	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
- Comunicação familiar comprometida.	Escala FACES II APGAR Familiar de Smilkstein	Que a comunicação entre os membros da família seja feita de forma clara e exista aceitação da família em relação à expressão dos sentimentos dos membros que a constituem.	- Otimizar a comunicação da família; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Planear rituais familiares.
- Coping familiar não eficaz. -Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping.		Que os membros da família revelem satisfação com a forma como são discutidos os problemas; Que a família tenha capacidade de utilizar estratégias e recursos de forma a responder aos fatores de <i>stress</i> intra-familiar e extra-familiar.	- Promover estratégias adaptativas na família; - Instruir sobre estratégias; - Ensinar sobre coping; - Negociar estratégias adaptativas; - Promover suporte familiar;
- Relação dinâmica disfuncional		Que exista desenvolvimento pessoal dos membros, crescimento e bem-estar da família contribuindo para o equilíbrio nas relações.	-Otimizar o padrão de ligação, especialmente entre o genro e sogra e entre casal; - Promover o envolvimento da família; - Otimizar o processo familiar; - Incentivar o envolvimento da família; - Negociar o processo familiar; - Incentivar o apoio/suporte da família; - Orientar para terapia familiar.

Quadro 1 – Plano de cuidados dirigido ao sistema familiar (continuação)

Diagnóstico de enfermagem	Papel de prestador de cuidados não adequado		
Subconjuntos diagnósticos	Crítérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
- Conhecimento do papel não demonstrado.	O Prestador de cuidados não promove a independência do elemento dependente, não lhe proporciona a ingestão nutricional e atividades recreativas adequadas, para além da auto-vigilância e gestão do regime terapêutico	Que o prestador de cuidados adquira conhecimentos para o adequado desempenho do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o PC sobre a importância de promover a independência; - Ensinar o PC sobre a fisiopatologia das doenças; - Ensinar sobre adequado regime alimentar; - Ensinar e motivar PC para a promoção de adequadas atividades de lazer; - Ensinar o PC sobre o regime terapêutico; - Ensinar PC sobre sinais de hipoglicémia e hiperglicemia; - Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações.
- Saturação do papel: <i>Stress</i> do PC presente, em grau elevado.	Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI).	Ajudar “C” a descobrir estratégias de coping para minorar o <i>stress</i> associado ao papel de prestador de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o <i>stress</i> do PC; - Promover estratégias de coping; - Incentivar o envolvimento do PC; - Incentivar a comunicação de emoções; - Ensinar o PC sobre recursos na comunidade; - Incentivar o envolvimento da família.
- Conflitos do papel.	Expectativas do membro dependente não são totalmente compatíveis com o desempenho do papel de PC.	Ajudar a reduzir os conflitos do papel de PC.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conflitos do papel (explorando e desmontando pontos de conflito)

Quadro 1 - Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar (conclusão)

Diagnóstico de enfermagem	Rendimento Familiar insuficiente		
Subconjuntos diagnósticos	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares não demonstrado.	A família refere que o rendimento familiar é insuficiente para fazer face às despesas mensais.	Que a família seja detentora de conhecimento e capacidade para gerir o rendimento familiar.	- Promover a gestão do rendimento familiar.

Quadro 2 - Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família (continua)

Diagnósticos de enfermagem	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Obesidade (presente nos três membros da família).	- Índice de massa corporal (IMC) acima de 30 ("C", "J" e "L").	Diminuir gradualmente o IMC até ao desejável.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre regime alimentar adequado; - Incentivar adesão à dieta; - Ensinar a gerir a dieta; - Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício físico; - Ensinar sobre padrão de exercício físico ("C" e "J") - Ensinar sobre hábitos de exercício; - Incentivar atividade física ("L"); - Monitorizar perímetro abdominal; - Monitorizar peso corporal; - Monitorizar o IMC; - Elogiar a motivação demonstrada; - Incentivar progressos.
Auto-estima comprometida ("C")	- "C" apresenta aparência pouco cuidada.	Que "S" se valorize e tenha capacidade de gostar de si própria.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e promover autoestima; - Disponibilizar suporte emocional; - Promover a escuta; - Incentivar o envolvimento da família; - Incentivar comunicação de emoções; - Incentivar o apoio/suporte familiar; - Vigiar comportamento.

Quadro 2 - Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família (continuação)

Diagnósticos de enfermagem	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Aceitação do estado de saúde comprometido ("L")	A "L" não aceita as mudanças resultantes da sua condição de saúde.	Que a "L" aceite o seu estado de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a consciencialização. - Avaliar e encorajar a aceitação do estado de saúde; - Assistir a pessoa na aceitação do seu estado de saúde; - Ensinar sobre estratégias adaptativas; - Incentivar a comunicação de emoções; - Incentivar envolvimento da família;
- Não adesão ao regime terapêutico ("L").	A "L" não adere aos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde e não adere ao regime terapêutico.	Adesão da "L" ao regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar adesão ao regime terapêutico; - Avaliar a gestão do regime terapêutico; - Ensinar sobre complicações de regime terapêutico ineficaz; - Incentivar adesão ao regime terapêutico; - Encorajar a tomada de decisão para o comportamento de adesão; - Assistir a identificar a crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico; - Assistir a identificar o significado dificultador da gestão do regime terapêutico; - Assistir na gestão do regime terapêutico; - Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados; - Incentivar aprendizagens para otimizar gestão do regime terapêutico.
Flictenas em ambas as pernas	Perda da integridade cutânea em ambas as pernas.	Cicatrização das feridas	<ul style="list-style-type: none"> - Executar tratamento às feridas; - Avaliar feridas; - Vigiar penso das feridas; - Incentivar envolvimento do prestador de cuidados.

Finda a elaboração do plano de cuidados em colaboração com a família foi feita uma análise das atividades desenvolvidas que culminou numa reflexão crítica a fim de depreender o contributo das mesmas para a aquisição da competência específica: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Quadro 3).

Quadro 3- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Cuidar da família como unidade de cuidados” (continua)

Objetivo: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 428/2018, pp.19357, 19358)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;	<p>-Conhecer a família e estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito pelas suas crenças, valores e desejos, enquanto unidade, assim como cada um dos seus membros;</p> <p>-Estabelecer uma parceria colaborativa com a família e juntos elaborar um plano de cuidados que contemple a sua singularidade, vontade e as suas forças;</p> <p>-Colocar a família no centro dos cuidados e capacitá-la de forma a promover a sua saúde, recuperação e cura.</p>	<p>Sendo o tempo de estágio escasso para se conquistar a confiança da família considera-se que se conseguiu estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. Demonstrando disponibilidade na abordagem à família, aproveitou-se a realização bissemanal do tratamento à ferida do membro dependente para fomentar o diálogo e conhecer a família como unidade e cada membro de forma individual tendo em conta os seus valores, desejos e crenças.</p> <p>A relação estabelecida auxiliou a parceria colaborativa nos cuidados sendo essencial para a elaboração do plano de cuidados e constituiu-se como um dos mais significativos ensinamentos deste estágio, dado que só uma relação baseada na confiança e respeito pelas crenças, valores e desejos permite trabalhar com famílias com disfuncionalidade.</p> <p>O plano de cuidados foi elaborado conjuntamente com a família tendo em conta as suas necessidades e com a pretensão de prevenção/controlo das doenças ou situações de maior complexidade e a promoção da saúde. Constituiu-se como dificuldade mais significativa o desocultar as forças desta família disfuncional, o que se constituiu como um importante desafio e uma grande aprendizagem que considero carecer de maior desenvolvimento.</p> <p>Fazer a transição de cuidar o indivíduo para o cuidar a família é outro desafio a merecer desenvolvimento para que seja possível ser a família o cerne dos cuidados.</p> <p>Desenvolver esta unidade de competência foi crucial para o processo de enfermagem e decisiva nas metas atingidas.</p>

Quadro 3- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Cuidar da família como unidade de cuidados” (continuação)

Objetivo: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 428/2018, pp.19357, 19358)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	<ul style="list-style-type: none"> -Recorrer a instrumentos de avaliação familiar padronizados; -Identificar possíveis forças e défices da família e dos seus membros; -Observar a dinâmica familiar, através da observação da interação entre os membros, padrões de comunicação, rotinas e rituais familiares; -Colher outros dados relevantes para compreender a cultura familiar. 	<p>No sentido de melhor conhecer a família recorreu-se ao MDAIF. Embora este modelo avalie áreas onde não houve necessidade de intervenção, a avaliação na sua globalidade ajudou na compreensão da singularidade da família. O genograma, ecomapa, classificação social internacional de Graffar, questionário de forças familiares, APGAR Familiar de Smilkstein e FACESII foram outros dos instrumentos de avaliação familiar utilizados. A aplicação dos instrumentos descritos permitiu compreender a complexidade do sistema familiar, ao serem identificados os recursos, as forças e os problemas, levando ao adequado planeamento das intervenções às necessidades desta família. Relativamente ao FACES II, a sua aplicação constituiu uma das dificuldades sentidas pois exige uma fórmula de cálculo específica e, contrariamente a outros instrumentos, não está incluída no SClínico.</p> <p>Para a identificação de necessidades individuais que têm impacto no sistema familiar o recurso foram instrumentos dirigidos a alguns membros da família como escala de Barthel, Morse e Braden e Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI).</p> <p>As visitas domiciliárias para tratamento da ferida foram o momento de recolha de dados ao permitir a observação da interação entre os elementos da família, os padrões de comunicação presentes e as rotinas e rituais existentes. Foi assim possível observar a dinâmica familiar e estar perante os membros da família e subsistemas, com os quais existia pertinência em trabalhar as relações.</p> <p>Como aprendizagem refiro ter sido interessante perceber a nova visão que se tem aquando a recolha de dados, passa-se de uma recolha de informação para uma recolha mais abrangente dos vários elementos e da família como unidade.</p> <p>A dificuldade sentida foi lidar com as emoções e gerir os conflitos dado que a presente família demonstrava padrões de comunicação alterados. No entanto, foi possível reconhecer o potencial da família e dos seus elementos, minorando os conflitos e tornando mais claro o papel de cada membro no seio familiar.</p> <p>Desenvolver esta unidade de competência possibilitou a compreensão da unicidade e complexidade do sistema familiar, permitindo que as intervenções a delinear fossem as mais apropriadas.</p>

Quadro 3- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Cuidar da família como unidade de cuidados” (continuação)

Objetivo: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 428/2018, pp.19357, 19358)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar um plano de cuidados com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a sua saúde; -Promover o envolvimento dos membros da família em todas as etapas do processo de cuidados; -Elaborar os diagnósticos de acordo com as necessidades que família sente e planear as intervenções conducentes à mudança; -Estabelecer com a família metas concretizáveis, tendo em conta as forças e recursos de que dispõe; -Capacitar a família e seus membros, através da utilização de dinâmicas participativas, otimização dos recursos internos e externos, para alcançar os resultados esperados; -Criar ambientes facilitadores e seguros, de modo que a família/individuo se sintam capazes de explorar os seus problemas. 	<p>Avaliadas as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional do MAFC e com a pretensão de promover, manter e reforçar a saúde familiar, assim como prevenir situações de maior complexidade, foi delineado conjuntamente com a família o plano de cuidados atendendo às necessidades sentidas pela família como um todo, pelos subsistemas ou pelos membros individualmente.</p> <p>A não adesão ao regime terapêutico e a promoção do envolvimento e responsabilização nos cuidados dos elementos da família foram a dificuldade major na elaboração do plano de cuidados pois dificultaram a negociação de metas concretas e atingíveis.</p> <p>A abordagem à família foi feita considerando-a um sistema aberto, que inclui subsistemas e que está inserida em outros sistemas mais amplos. Assim, há necessidade de ajustes intra-familiares e têm de ser considerados os sistemas onde a família está inserida (saúde, igreja, amigos). Aponta-se como uma das dificuldades encontradas os escassos recursos externos desta família.</p> <p>Foram tidas em conta as propriedades da família: totalidade, equifinalidade, retroação e autoorganização, respeitando a capacidade da família para tomar decisões e explorarem os seus problemas, de acordo com o seu modo de vida.</p> <p>Contemplou-se os recursos e as forças do sistema familiar no planeamento das intervenções, o que ordenou em cada interação com a família aprender mais sobre as forças existentes na família e seus membros individualmente, para tentar desocultar novas forças e identificar forças que necessitam ser desenvolvidas para atingir as metas (Gottlieb, 2016).</p> <p>Considerando as forças identificadas capacitou-se a família para a gestão dos seus problemas e promoveu-se o seu envolvimento nos cuidados para atingirem os resultados almejados. Promoveu-se a criação de ambientes facilitadores e seguros para que os elementos individualmente ou em família pudessem expressar as suas emoções e comunicassem os seus problemas, possibilitando o estabelecimento de uma comunicação eficaz e permitindo organizar os horários das visitas.</p> <p>Considera-se que se elaborou um plano fundamentado em evidência científica, que se tentou que fosse ao encontro das mais prementes necessidades da família e planeadas intervenções que conduzissem à mudança.</p>

Quadro 3- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Cuidar da família como unidade de cuidados” (continuação)

Objetivo: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 428/2018, pp.19357, 19358)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
<p>-Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem -estar da família, em situações complexas.</p> <p>- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>-Compreender a complexidade familiar através do conhecimento das suas relações intra e intersistémicas;</p> <p>- Observar as dinâmicas familiares e a forma como respondem a situações complexas;</p> <p>-Capacitar a família para a autodeterminação e autogestão da situação, face às exigências do seu ciclo vital e de acordo com o seu projeto de saúde;</p> <p>-Prestar cuidados antecipatórios, de acordo com as tarefas normativas de cada etapa do ciclo vital;</p> <p>-Identificar crenças culturais e espirituais e fatores ambientais que possam dificultar a resposta a situações complexas;</p> <p>- Desenvolver competências clínicas de comunicação;</p> <p>- Implementar respostas com rigor técnico e científico em situações complexas;</p> <p>-Garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem;</p> <p>- Promover ambientes seguros e saudáveis às famílias.</p>	<p>Considerou-se a família como um sistema aberto, composta por subsistemas em interação, caracterizada por uma complexidade organizada de partes distintas e com específicos atributos, funções e papéis. Desta forma, a família é um sistema de relações organizado em função de determinados objectivos comuns que, separadamente, não seriam atingidos pelos diferentes membros (Minuchin, 1990; Anderson, 2000), citado por Araújo, (2010).</p> <p>Foram observadas, além das relações intrafamiliares, as interações entre a família e o ambiente, ou seja, os sistemas mais amplos com os quais a família tem interação, no sentido de melhor compreender a complexidade do sistema familiar e perceber qual a resposta da família a situações complexas. Neste seguimento, e considerando-a como sistema auto-organizado, capacitou-se a família para a autodeterminação e autogestão da situação vivenciada.</p> <p>Verificou-se comprometimento nas dimensões do funcionamento familiar, como a coesão, adaptabilidade e comunicação levando à identificação de novos focos de atenção tendo sido delineadas intervenções propícias à recuperação do bem-estar da família. Foi identificada a etapa do ciclo vital em que a família se encontra e as tarefas normativas representativas desta etapa, assegurando cuidados antecipatórios e auxiliando no desenvolvimento das tarefas.</p> <p>Assistiu-se a família a identificar crenças espirituais com conotação dificultadora à resposta em situações complexas.</p> <p>Mobilizando conhecimentos baseados em evidência científica para a tomada de decisão, promovendo ambientes seguros e saudáveis para a família garantiu-se a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde implementados. A não adesão da família ao plano de cuidados constituiu-se como a dificuldade de maior destaque na intervenção à família, levando-me a recorrer à promoção do diálogo e a estratégias e técnicas motivacionais para que fosse possível atingir os objetivos definidos em conjunto.</p> <p>Ter desenvolvido competências na comunicação como a imparcialidade, a capacidade de moderação, de gestão de conflitos e de lidar com emoções foi uma significativa aprendizagem que contribuiu para precaver a resistência ao tratamento e facilitar a aliança terapêutica (Ferreira e Vale, 2013).</p> <p>Foi desafiante a prestação de cuidados a esta família disfuncional permitindo o desenvolvimento destas unidades de competência.</p>

Quadro 3- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Cuidar da família como unidade de cuidados” (continuação)

Objetivo: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 428/2018, pp.19357, 19358)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
-Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.	-Observar a dinâmica familiar de forma a identificar fontes de <i>stress</i> e recursos da família; -Validar as tomadas de decisão da família, incentivando os seus membros a participarem e proporem as soluções que levem à mudança e promovam respostas adaptativas às transições; -Avaliar o impacto da crise no sistema familiar e a sua capacidade de resolução; -Promover a tomada de consciência e ajudar a família a realizar mudanças estruturais de forma a evoluir e crescer.	Foram identificados os recursos de que a família disponha e as suas fontes de <i>stress</i> . Percebe-se que o que mais relevância tem no sistema familiar é a diminuição de autonomia funcional de um dos elementos o que acarreta dependência nas atividades de vida diárias. Tal situação de crise foi encarada para além de uma ameaça como uma oportunidade de mudança que permite a evolução para um novo nível de funcionamento. No sentido de melhor se adaptar ao novo estado, tentou capacitar-se a família a recorrer a mecanismos ou recursos que lhe permitam reajustar-se para que a transição fosse facilitada. Foi promovida a participação de todos os membros para que se pronunciassem sobre as soluções que possam auxiliar na transição e validaram-se as suas tomadas de decisão. No entanto, a transição não aconteceu pois não existiu tomada de consciência nem mudanças de segunda ordem, pelo que as intervenções se basearam na promoção de consciencialização e na tentativa de encontrar respostas adaptativas à nova realidade da dependência do membro. A cada visita eram exploradas estratégias com a família para atingir os objetivos, sendo também realçadas as suas forças e as mudanças ocorridos.
Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar	-Prestar cuidados de enfermagem de saúde familiar baseada na evidência científica; -Colaborar com outros profissionais de saúde na resolução de problemas complexos	Os cuidados de enfermagem prestados foram baseados em evidência científica, tendo as unidades curriculares lecionadas no primeiro semestre em muito contribuído para tal, e em colaboração com a equipa multidisciplinar. A prática profissional baseou-se segundo os Padrões de Qualidade de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aprovados pela Ordem dos Enfermeiros, que cumprem a sua função de orientadores da prática especializada permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Regulamento n.º 367/2015)
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem	-Avaliar satisfação da família e seus membros, com os cuidados de enfermagem prestados; -Avaliar se as metas co-definidas com a família foram atingidas;	Foi demonstrada satisfação com os cuidados de enfermagem prestados e ocorreram ligeiras mudanças no sistema familiar. Tal facto, reveste-se de importância quando se está perante uma família disfuncional. Como era expectável, o insuficiente tempo de estágio impossibilitou que fossem alcançadas a totalidade das metas co-definidas com a família, pelo que o plano de cuidados deverá ter continuação e provável reformulação pela equipa da USF.

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

Para o desenvolvimento da segunda competência específica enunciada pela Ordem dos Enfermeiros: “*Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar*” (Regulamento 428/2018, 2018, p. 19358) foram desenvolvidas as atividades descritas no quadro 4.

Quadro 4- Atividades desenvolvidas e reflexão crítica para a concretização do objetivo geral “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

Objetivo: “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar “ (Regulamento 428/2018, pp.19358, 19359)		
Competências	Atividades planeadas	Atividades desenvolvidas/Reflexão crítica
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	<ul style="list-style-type: none"> -Referenciar para consulta de psicologia, de forma a proporcionar cuidados de qualidade à família; -Garantir a continuidade dos cuidados de saúde; 	Com o consentimento da família e sendo uma família disfuncional foi feita referenciação para consulta de psicologia para que possa existir terapia familiar. Tendo a família já intervenção de outras especialidades assegurou-se que a continuidade destes cuidados se mantinha.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; - Utilizar as tecnologias de informação disponíveis para dar visibilidade à enfermagem de saúde familiar; - Partilhar com os colegas aprendizagens no âmbito da Enfermagem em Saúde Familiar 	Foi feita apresentação do processo de enfermagem desenvolvido com esta família à equipa de enfermagem da USF Plátano, demonstrando os registos no Sclínico e as aprendizagens ocorridas no âmbito da saúde familiar. À exceção do ecomapa, genograma, FACES II e Questionário das forças que ainda não são passíveis de registo no SClinico, o restante trabalho desenvolvido com a família ficou documentado naquela plataforma de registos.

Relativamente ao contexto de aquisição de competências a USF Plátano foi um espaço privilegiado para prestar cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar a uma família inscrita nesta unidade, onde foi possível observar com as dinâmicas internas, as suas relações, estrutura e funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o meio envolvente atuando na análise da sua interação nos diferentes contextos do meio envolvente e intervindo quando necessário (Regulamento n.º 126/2011).

Os cuidados de enfermagem à família têm como “*finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde*” (Figueiredo, 2012, p.69). Os cuidados de enfermagem prestados a esta família com disfunção acentuada foram um desafio enquanto profissional de saúde e que em muito contribuíram para a aquisição/aperfeiçoamento das competências necessárias à prática de enfermagem de família. Considera-se que as atividades desenvolvidas contribuíram para alcançar os objetivos deste estágio, contudo ainda existe um longo percurso na procura permanente da excelência do exercício profissional, no âmbito da saúde familiar.

Penso que ao ter partilhado com a equipa de enfermagem todos os dados relevantes do processo desenvolvido com aquela família possibilitou que os profissionais depreendessem a pertinência em centrar a nossa prestação de cuidados na família/individuo, permitindo promover a capacitação daquela, discutir, analisar e partilhar com ela acerca dos seus processos e transições, contemplando atividades de fortalecimento do funcionamento familiar a nível cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011).

As dificuldades encontradas foi enunciar as atividades desenvolvidas e respetiva análise crítica de forma compartimentada, de acordo com as diversas unidades de competência, uma vez que estas se encontram todas interligadas e o facto do programa de registos de Enfermagem, SClínico, ainda não contemplar na totalidade o MDAIF e outros instrumentos o que impossibilita o registo completo da avaliação e intervenção familiar.

4. ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

Nesta que é a segunda parte deste trabalho será apresentado o estudo empírico desenvolvido. Este tem por base as atividades clínicas realizadas e anteriormente descritas com enfoque na competência comum do enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019).

4.1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

O presente estudo teve como importante referencia o estudo “Vivências de famílias com idosos dependentes: funcionalidade familiar e significados de enfermeiro de família” (Vale, 2023). Neste estudo qualitativo foram apresentados achados, que surgiram dos perfis constitutivos na procura da essência da experiência, com os significados atribuídos e formação de temas centrais representativos do fenómeno em estudo. Assim, emergiram quatro temas centrais: Eu: cuidador; Eu: familiar; Nós: família e Significados de Enfermeiro de família. Tais temas constituíram-se fios condutores para o estudo que se pretende desenvolver com famílias com idoso dependente com síndrome demencial.

A deterioração cognitiva consiste num declínio das capacidades cognitivas de um indivíduo, podendo afetar uma ou diversas áreas. Esta deterioração pode ser fisiológica, quando associado ao envelhecimento, ou patológica, quando o indivíduo apresenta um declínio precoce das capacidades cognitivas.

Nos estadios mais leves, os indivíduos apresentam apenas pequenos défices cognitivos – defeito cognitivo ligeiro – sendo a memória a função cognitiva mais afetada (Sousa, 2013). Segundo o mesmo autor, nestes estadios, o indivíduo apresenta dificuldade na realização de atividades complexas, demorando mais tempo a completá-las e cometendo maior número de erros. Apesar das limitações, é possível manter a independência ao ser capaz de realizar a sua higiene pessoal, a manutenção do seu lar e até mesmo de preservar um emprego. O defeito cognitivo ligeiro pode definir-se como uma fase intermédia entre a deterioração cognitiva associada à idade e à demência. É, desta forma, frequentemente caracterizado como um estágio pré-demencial, pois os indivíduos apresentam um risco significativamente superior ao dos indivíduos saudáveis para evoluir para a demência.

Nos estádios mais avançados de deterioração cognitiva, ocorrem alterações severas que interferem na capacidade de lidar com as tarefas simples do dia-adia, levando os doentes à perda de autonomia. Nestes casos, considera-se estar diante de um caso de síndrome demencial. Estes doentes evidenciam transtorno em duas ou mais funções cognitivas, entre elas a memória, a linguagem, o discernimento e as capacidades visuo-espaciais sem, no entanto, haver alteração do nível de consciência (Sousa, 2013).

Relvas, considera em situação de dependência, “(...) *alguém para quem uma interação específica com outro parece imediatamente necessária ou mesmo vital. (...) a dependência pode ter que ver com a doença, a falta de autonomia financeira ou mesmo psicológica*” (Relva, 2000, p.218). Defende também não se poder delimitar a dependência a uma faixa etária, ainda que esta seja associada a idades mais avançadas, nomeadamente, acima dos 75-80 anos.

Na família, a dependência de um familiar leva a alterações e certas famílias podem vivenciar tais processos de forma complexa, dependendo da capacidade para adaptação às crises e ao *stress* a que a família possui. Figueiredo (2012) chama à capacidade de adaptação da família “ *coping familiar*”.

Em Portugal as políticas de saúde aconselham, sempre que possível, a permanência da pessoa dependente no domicílio junto do seu seio familiar. Por falta de conhecimento, experiência, informação sobre os cuidados e as redes de apoio, dificuldade em conciliar a vida profissional e social, ou mesmo falta de motivação pode culminar num papel de cuidador para o qual nem sempre se está preparado (Sousa, 2021). Assim, a capacitação do cuidador informal é fundamental para dar continuidade aos cuidados em segurança, mas também que adquiram estratégias para gerir a sobrecarga física e psicológica resultantes do cuidar. O Enfermeiro, pela proximidade que tem da família, deve promover a adaptação à nova realidade, incentivar para a literacia em saúde e uso adequado dos serviços.

O Alto Alentejo é a zona do país que mais contribui para os níveis de envelhecimento populacional de Portugal, pelo que se perspetiva uma forte ascensão de necessidade de cuidar dos dependentes decorrentes do fenómeno global do envelhecimento (Leão, 2012).

Segundo dados do MIM@UF, o total de índice de dependência do concelho de Portalegre era em julho de 2023 de 59.36%, correspondendo a um índice de dependência de 18.66% nos jovens e de 40.7% nos idosos.

Para o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é urgente e desafiante o desenvolvimento de estratégias dirigidas à problemática do crescente envelhecimento da população e para a qual “não existem respostas suficientemente planeadas ou implementadas que *“permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais”* (DGS, 2022, p.176)

“A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa” (Figueiredo, 2012 p. 2). Olhando a família como unidade de cuidados e como um sistema constituído por subsistemas, o EEESF valoriza os padrões de interação familiares (OE, 2014) e cuida da família e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Para tal, é indispensável que se estabeleça uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas; monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; e desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica (Regulamento n.º 428/2018).

A pertinência quanto à promoção das potencialidades da Família aliada à inexistência de uma consulta protocolada para famílias cuidadoras enquanto foco de cuidados e da síndrome demencial ser uma das consequências do envelhecimento da população, realidade tão presente nesta unidade funcional, fez emergir a necessidade de realizar um estudo de investigação que possibilitasse analisar (1) as vivências das famílias com idosos dependentes com síndrome demencial; e (2) o contributo do EEESF para a funcionalidade familiar (Vale,2023).

4.2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Serão apresentados neste ponto os objetivos do estudo, o tipo de estudo, os procedimentos de recolha de dados, os participantes do estudo, as considerações formais e éticas e o processo de análise dos achados.

4.2.1 – Objetivos do estudo

Os objetivos da investigação expressam o que o investigador tem pretensão de atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Têm como características serem enunciados

declarativos que evidenciam as variáveis, a população e o tema da investigação (Fortin, 2009; Vilelas, 2022).

Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer as vivências de famílias com idosos dependentes com síndrome demencial.
- Analisar o contributo que as famílias com idosos dependentes com síndrome demencial atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar.

4.2.2 – Tipo de estudo

Por forma a atingir os objetivos enunciados decidiu-se realizar um estudo descritivo a partir de categorias definidas por Vale (2023) decorrentes do seu estudo qualitativo de orientação fenomenológica sobre famílias com idosos dependentes.

A metodologia qualitativa evidencia os processos e significados e é seu objetivo estudar os indivíduos nos seus contextos naturais, baseando-se em dados verbais e em dados observáveis. A investigação fenomenológica parte da compreensão do viver e não de definições ou de conceitos e é uma compreensão direcionada para os significados, isto é, a fenomenologia tem o enfoque central na compreensão dos fenómenos, direcionando-se para a vivência quotidiana, estudando o homem a partir do seu mundo, onde o foco de interesse é justamente a perspectiva dos participantes (Vilelas, 2022).

4.2.3 – Técnica e instrumentos de recolha de dados

A investigação qualitativa está intrinsecamente ligada à entrevista enquanto estratégia de colheita de dados. No entanto, o investigador é também um importante instrumento de pesquisa baseando o seu trabalho no contacto mais direto e frequente possível com as pessoas em estudo, de modo a facilitar o discurso e atribuindo confiança à sua capacidade de disponibilizar informação útil à investigação (Azeredo, 2019).

Para este estudo recorreu-se a entrevista semiestruturada cujo guião (Apêndice A) era constituído por questões relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes, por duas questões de resposta aberta e algumas subquestões a que se recorria quando era necessário esclarecer as questões centrais ou quando existiam desvios do assunto por parte dos entrevistados, tendo-se considerado uma estratégia para recompor o contexto da entrevista (Vilelas, 2022).

Inicialmente, as famílias foram contactadas aquando a visita domiciliária para se depreender da sua disponibilidade em participar no estudo e agendar o momento e local da entrevista. As famílias que mostraram interesse em participar no estudo foram informadas sobre os objetivos e a contextualização do estudo, a estrutura da entrevista, a finalidade do material recolhido e a pertinência de gravação das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 8 e 22 de fevereiro de 2024, em contexto de visita domiciliária, num ambiente informal e com a duração média de 25 minutos.

4.2.4 - Participantes do estudo

De acordo com os objetivos e o tipo do estudo, procedeu-se a uma amostragem intencional, de forma a selecionar participantes a vivenciar o fenómeno de interesse, ou seja, familiares de idosos dependentes com síndrome demencial (Vilelas, 2022).

Os participantes foram identificados a partir das visitas domiciliárias realizadas pela equipa da USF Plátano. À data, estavam em programa de visitação domiciliária 32 famílias. Destas, 8 famílias tinham um membro com síndrome demencial. A amostra deste estudo acabou por se constituir 4 famílias que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: estar inscrito na USF; ser familiar de pessoa idosa (≥ 65 anos de idade) dependente com diagnóstico de síndrome demencial; e aceitar participar no estudo. Foram excluídos do estudo familiares de pessoa idosa, em situação descrita, mas institucionalizada.

Analisando os dados sociodemográficos dos cuidadores participantes das quatro famílias (TABELA 5), verifica-se que a idade mínima é 64 anos, a máxima 76 anos e a média de idades é 69,25 anos. Todos os participantes são do sexo feminino e o grau de parentesco familiar corresponde a três filhas e uma nora. Para fácil codificação foi atribuído uma classificação alfanumérica a cada participante, tendo em conta a família (algarismo que identifica a família), e o grau de parentesco relativamente ao idoso dependente com síndrome demencial, correspondendo a letra F a filha e a letra N a nora.

Relativamente à escolaridade, todos os cuidadores participantes são escolarizados com o 4º ano de escolaridade e no que respeita à situação profissional, três são reformadas e uma é dona de casa. Analisando a questão da coabitação verifica-se que todas as participantes coabitam com o idoso dependente com deterioração cognitiva.

TABELA 5 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES PARTICIPANTES

Entrevistado	Idade	Género	Parentesco	Escolaridade	Situação profissional	Coabitação
E1F	69	Feminino	Filha	4º ano	Reformada	Sim
E2F	76	Feminino	Filha	4º ano	Dona de casa	Sim
E3F	64	Feminino	Filha	4º ano	Reformada	Sim
E4N	68	Feminino	Nora	4º ano	Reformada	Sim

4.2.5 - Aspetos formais e éticos

Qualquer estudo realizado em seres humanos levanta questões éticas e morais (Fortin, 2009). A ética é a ciência da moral que regula a postura e o comportamento para impedir que sejam postos em causa os direitos e liberdades das pessoas. Também no presente estudo existiu a preocupação de, em todos os momentos, ser respeitado o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda o direito a um tratamento justo e equitativo de todos os participantes envolvidos (Vilelas, 2022).

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da ULSNA tendo obtido parecer positivo (Entrada nº 202400988) (Apêndice B).

Uma vez que não vão ser recolhidos dados sensíveis dos cuidadores entrevistados não ficará registado o nome do cuidador nem qualquer outro dado que o possa identificar, garantindo o anonimato dos participantes.

Todos os dados recolhidos e tratados foram manipulados apenas pela responsável do projeto e a professora orientadora científica e pedagógica que estão sujeita ao sigilo profissional. Estes dados ficam armazenados no computador dos investigadores principais, protegidos por *password*.

Os consentimentos informados serão eliminados permanentemente passado 1 ano da defesa relatório de estágio e os guiões de entrevista passados 5 anos, de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis, com especial consideração pelos princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos/as participantes. Até à sua destruição, as folhas em papel serão guardadas num local seguro e fechado, onde só os investigadores principais podem ter acesso.

O tratamento de dados foi realizado tendo em conta os princípios éticos da declaração de Helsínquia, das normas e regras do artigo 5.º, 6.º e 9.º do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD) - (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2016).

A participação da população alvo está expressa no consentimento livre e informado (Apêndice C), elaborado segundo normas e regras previstas no artigo 13.º do RGPD. (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2016).

4.2.6 – Processo de análise dos achados

Para a concretização deste processo, realizou-se a gravação em áudio e a transcrição integral das entrevistas, após audição repetida. Na transcrição das entrevistas a ferramenta a que se recorreu foi o programa informático Word “Ditar”.

As entrevistas foram tratadas por análise de conteúdo recorrendo ao modelo de análise do corpus textual apresentado por Loureiro (2006) onde são realizadas leituras intuitivas globais da informação, que originaram unidades naturais de significado (UNS), com atribuição de significados, sem alteração do essencial da descrição da experiência. De acordo com o mesmo autor, as unidades naturais consistem em expressões do texto referentes às características individuais relativamente à experiência dos participantes. Neste sentido, foi criada uma unidade de significado a cada mudança psicológica de significado verificada.

Relativamente aos temas centrais tentou-se que na sua construção se reduzissem os significados atribuídos às unidades de significado, agrupando o que convergia. Neste sentido, formou-se um índice temático contendo uma lista sequencial e não repetida de afirmações de significado contido nos perfis constitutivos, possibilitando a construção de um conjunto de temas para interpretação do significado da experiência (Vale, 2023).

A validação do processo de análise dos achados teve a colaboração de uma especialista experiente em investigação fenomenológica na análise da informação, que conjuntamente com o investigador principal, formaram um perfil constitutivo final (Loureiro, 2006).

Também a validação dos achados teve a colaboração de dois juizes com experiência na análise qualitativa dos dados uma vez que, por ter findado o tempo de estágio, não foi possível que os participantes tivessem oportunidade de validar a síntese e descrição dos achados. (Loureiro, 2006).

4.3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

No estudo de Vale (2023) surgiram quatro temas centrais: Eu: cuidador; Eu: familiar; Nós: família e Significados de Enfermeiro de família. No presente estudo os achados foram três temas centrais: Nós: cuidador; Nós: família e Significados de Enfermeiro de família. Os três temas representativos do fenómeno em estudo serão de seguida apresentados como subpontos.

4.3.1 – Tema central Nós: Cuidador

Embora a questão tenha sido colocada em relação à dinâmica familiar, as cuidadoras participantes relatavam essencialmente a experiência de cuidadoras da pessoa idosa dependente e faziam-no referindo “nós” com frequência, fazendo alusão a si e ao cônjuge como co-cuidador.

Das narrativas expressas emergiram quatro subtemas/significados respeitantes ao tema central: os seus Sentimentos/Emoções, as suas Necessidades, as Alterações nas suas dinâmicas e os Recursos que empregavam para se adaptarem às mudanças.

Da análise do subtema sentimentos/emoções parece existir uma ambivalência, pois foram relatadas vivências com conotação positiva e outras com conotação negativa. São disso exemplo sentimentos que denotam satisfação (bem-estar, orgulho, felicidade, amor e gratidão/retribuição) e sentimentos de tristeza, prisão e de cansaço.

Os sentimentos/emoções que revelam satisfação foram descritos nas seguintes narrativas:

“tratar de quem está a precisar faz-nos sentir em paz, que estamos a cumprir o nosso papel, os nossos pais passaram muito para nos criar e é nosso dever retribuir com amor e paciência” (E2F)

“enche-nos o coração saber que está tão bem cuidada aqui em casa. A minha sogra sempre nos ajudou muito e agora é a nossa vez” (E4N)

“sentimo-nos bem em poder cuidar dela, a nossa ligação sempre foi grande e nunca tivemos ideia de pô-la num lar” (E1F)

Os sentimentos com conotação positiva descritos estão em linha com os que se encontram presentes em diversos estudos, nomeadamente, um estudo de Pereira e

Silva (2012), onde os prestadores de cuidados familiares, atribuem sentimentos de satisfação e bem-estar perante a experiência do cuidar, manifestando o sentimento de orgulho, pelo reconhecimento do seu desempenho.

Os sentimentos de satisfação pessoal, a felicidade, o amor, são influenciados pelo reconhecimento, obrigação, e dever relacionados com as boas vivências com a pessoa idosa e também uma retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador (Nardi, 2007; Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

No entanto, estes sentimentos reveladores de satisfação podem ser acompanhados de outros, que embora não sejam totalmente contraditórios, podem constituir-se como negativos à vivência (Costa, 2012 citado em Barreira, 2015). São eles o medo, a tristeza, a prisão e o cansaço.

O medo aparece associado ao futuro, à imprevisibilidade da evolução do estado de saúde, à capacidade de manutenção dos cuidados e à dificuldade de aceitação do fim de vida do idoso:

“o nosso grande medo é que ela fuja e a gente não dê conta (...) quando penso no futuro, fico receosa por ela poder piorar e não saber se conseguimos tratar sempre dela” (E1F)

“nem quero imaginar se um dia ela nos falta, a morte é sempre triste” (E2F)

“vivo angustiada que tenha alguma dor e como não se saber queixar a gente não lhe dá a assistência que precisa” (E3F)

“tenho medo que adoecemos e nos falte as forças para lhe valermos. Tenho medo que lhe passe qualquer coisa e fique entrevada pois não estar no juizinho é mau mas ficar acamada valha-me Deus” (E4N)

As transformações físicas e comportamentais do idoso, são vivenciadas pelas cuidadoras participantes como tristeza e nostalgia:

“é muito triste ver como minha mãe está... nem me conhece na maioria dos dias” (E2F)

“dá pena vê-la assim, ela nem é a sombra da mulher que foi” (E4N)

“tenho saudades de ouvir as histórias da vida dela... uma mulher que tanto fez e viveu e agora não sabe contar nada da vida dela à bisneta” (E1F)

“sempre teve tanta vida e agora escurece-me o coração vê-la tão apagada” (E3F)

Estas citações coincidem com os resultados do estudo de Cruz *et al.* (2010) que reportam para a dificuldade da aceitação do fim de vida do familiar idoso dependente, sentimento de tristeza e a não aceitação do estado de dependência do idoso. Similarmente, Gutierrez, D., Sousa, G., Figueiredo, A., Ribeiro, M., Diniz, C., & Nobre, G. (2021) apuraram que a situação de dependência pode ser angustiante para quem assiste à perda de autonomia dos seus familiares.

O facto do idoso dependente, frequentemente, se encontrar impossibilitado de sair de casa, restringe o cuidador ao seu espaço domiciliário e se sinta aprisionado:

“nós estamos na prisão com a porta aberta. Eramos muito amigos de ir a uma excursão nunca mais fomos” (E2F)

“é 24 horas sobre 24 sobre 24... temos de estar sempre aqui” (E3F)

“não a podemos deixar sozinha um minuto que seja porque a qualquer momento abalamos para a rua” (E1F)

“para irmos às compras tem de vir para cá uma prima dela porque não a deixamos sozinha... ir a casa do filho a Vila Velha nunca mais fomos, eles é que vêm cá” (E4N)

Estas declarações estão de acordo com o estudo realizado por Pedreira e Oliveira (2012), onde é referido que muitas vezes o idoso dependente se encontra impossibilitado de ficar sozinho, requerendo a presença constante de alguém a seu lado, causando sobrecarga no cuidador familiar, limitando a participação em eventos que antes podia participar. A privação da liberdade é sentida pelos cuidadores, tal como é referido por Mateus & Fernandes (2019).

O cansaço está presente em todos os relatos das participantes:

“há dias que repete certas palavras vezes sem numero e eu fico estou tão cansada da minha cabeça que estou a dormir e a sonhar com aquilo” (E2F)

“apesar da dependência física não ser muita muita, sinto-me cansada porque nunca estamos sossegados com ela” (E1F)

“tenho fases que estou tão cansada mais o meu marido que temos de pedir aquele descanso do cuidador” (E4N)

“tem-se certos dias que se está muito saturada” (E3F)

Perante os familiares idosos que perdem a sua autonomia física e independência, cognitiva, mental, emocional e social (Minayo, 2020; WHO, 2015), os cuidadores

familiares desenvolvem desgaste emocional e minoração na qualidade de vida (Mateus & Fernandes, 2019). Esta realidade exige aos enfermeiros de família a avaliação do Papel de Prestador de Cuidados e a respetiva reestruturação funcional, face ao novo papel familiar que é necessário incorporar com foco tanto as necessidades do membro da família que se apresenta dependente, como da família, enquanto unidade dinâmica e funcional (Figueiredo, 2009; 2012).

As Necessidades relatas dizem respeito às necessidades de informação/formação; de apoio emocional e de apoio físico:

“nem sempre sabemos que atividades podemos fazer com ela para a cabecinha não se parar mais” (E1F)

“sentimos que é importante sabermos como a cuidar melhor” (E3F)

“o que mais preciso é desanuviar a minha cabeça” (E2F)

“precisamos aliviar a parte física e mental” (E4N)

Melo, Rua & Santos (2014) realizaram uma revisão da literatura e verificaram que a necessidade de informação por parte dos cuidadores familiares foi transversal a todos os estudos, tanto ao nível da doença, como do cuidado a prestar.

Woolfe, P., McMillan, M., & Conway, J. (2007) realçam as necessidades psicológicas dos cuidadores familiares, bem como do apoio emocional como agentes facilitadores para lidar com a situação de forma eficaz e saudável.

Para além da questão psicológica, o desgaste físico também merece destaque, tendo em vista que por não ter conhecimento prévio e adequado de como cuidar, de como manipular o idoso dependente, o cuidador acaba por se expor a riscos ergonómicos e biológicos, podendo existir agravamento da sua condição de saúde (Santos, W. P., Freitas, F., Sousa, V., Oliveira, A., Santos, J., & Gouveia, B. (2019).

Para além dos sentimentos, emoções e necessidades os relatos do Nós: cuidador revelaram também Alterações nas suas dinâmicas, nomeadamente, de interação com os seus amigos, não ter tempo para cuidar de si próprio e a impossibilidade para ir de férias:

“nunca mais fui às reuniões dos coristas por isso não tenho convivido com mais ninguém que não o meu marido e a minha mãe” (E2F)

“antigamente ia todas as sextas feiras à cabeleireira agora só vou quando quero cortar porque não tenho carta e o meu marido tem de ir comigo mas levamos a minha mãe e fica ele com ela no carro até que eu me despache” (E1F)

“os meus cunhados até têm casa na praia mas ir de férias está mesmo fora de questão” (E3F)

“É como cuidar de um bebé, o tempo é todo em função dela, então férias e momentos fora de casa só quando foi para o descanso do cuidador” (E4N)

Os relatos tendem a transparecer que a rotina e a dinâmica familiar gira em torno das necessidades do idoso dependente. O cuidar de alguém, pode levar a sentirem que perderam o controlo sobre o seu tempo, afetando, principalmente, a socialização e a interação com os outros (Gutierrez *et al*, 2021). Ferreira (2015), também concluiu que no processo do cuidado ao idoso, a restrição domiciliar, desencadeia restrições na vida social, nas comemorações e até no desempenho do autocuidado do cuidador.

Os cuidadores familiares não conseguem gozar férias, nem desfrutar de uma vida social, pois têm de cuidar dos familiares (Mateus & Fernandes, 2019).

O desempenho do papel de prestador de cuidados implica a reestruturação da família, pelo que a identificação de dificuldades no desempenho desta função permitirá ao EEESF desenvolver de estratégias de comunicação para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes (Figueiredo, 2009; 2012).

Foi notório que perante as adversidades da vivência com o familiar idoso dependente, os participantes procuram Recursos na religião e na rede social formal que se constituem como fontes de encorajamento e esperança:

“eu sou uma pessoa positiva mas a minha fé também me dá muita coragem e força para viver” (E1F)

“o Senhor é luz na nossa vida e faz tudo parecer menos dramático” (E4N)

“todos os dias peço a Nossa Senhora para que olhe por nós” (E3F)

“Quem por Deus anda, Deus não lhe falha” (E2F)

Estes achados assemelham-se aos resultados do estudo de Alves, A., Silva, G., Delmondes, A., Lemos, S., Kerntopf, R., Albuquerque, A. (2016) e Kraus, T., Capela, S., Rodrigues, A. & Dixe, A. (2021) onde o cuidador, por meio da religião e da fé encontra

o fundamento para converter a angústia e fraqueza em mecanismos de suporte para enfrentar os obstáculos advindos da rotina do cuidar, uma vez que as crenças e as práticas religiosas despertam emoções positivas como a esperança, a paciência e a resiliência.

À rede de apoio formal é igualmente feita referência pelos participantes como sendo um recurso no cuidado ao familiar dependente, como se reconhece nos relatos das duas famílias que recebem apoio da Santa Casa da Misericórdia:

“É uma ajuda importante o banho mais a rigor que a Misericórdia lhe vem dar” (E2F)

“Facilita termos o apoio da Santa Casa na higiene da minha sogra e no quarto” (E4N)

Em linha com estas narrativas está Silva (2014) ao referir que cuidar de uma pessoa idosa no domicílio acarreta grandes exigências físicas e psico afetivas, grande disponibilidade de tempo, energia, gastos económicos e algum comprometimento da vida pessoal e social, podendo o serviço de apoio social domiciliário contribuir para aliviar a sobrecarga familiar.

Foram também referidos como recurso os serviços de saúde conferidos pela USF especificamente as visitas domiciliárias realizadas pela enfermeira e médico de família:

“É um grande alívio as nossas consultas serem no domicílio, a doutora compreende a situação e consulta-me a mim e ao meu marido também aqui porque sabe da dificuldade que é ausentarmo-nos de casa” (E2F)

“Sem dúvida que é um descanso a senhora enfermeira vir cá fazer o penso da cirurgia pois sair dia sim, dia não deste ambiente ia dar agitação na cabeça dela” (E4N)

Para Figueiredo (2009; 2012) as instituições de saúde integram o ambiente familiar considerando que este é constituído por elementos: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que interligados em diferentes níveis estruturais são interdependentes, influenciam-se e evoluem, num padrão de reciprocidade e de recursividade.

4.3.2 –Tema Central Nós: Família

Este tema surge quando os participantes se referem ao “nós” na vertente familiar e não na de cuidadores, reportando-se às alterações na dinâmica da família e aos sentimentos e significados decorrentes dessa experiência no seio familiar.

Decorrentes das percepções individuais relativas à família e aos seus elementos surgiram três subtemas/significados: Sentimentos/Emoções; Alteração da dinâmica familiar e Estratégias/Recursos.

No subtema/significado Sentimentos/Emoções, emergiram, por um lado, o que pode ser conotado como sentimento de retribuição aliado à satisfação no cuidar dos ascendentes e por outro lado, o medo que advém da imprevisibilidade em relação ao futuro:

“A família tem de ficar junta enquanto se pode... a minha mãe criou a nossa filha com tanto amor que é até a gente poder” (E1F)

“Hoje nós, amanhã vós... é zelar por quem nos zelou” (E2F)

“As ligações mais verdadeiras são as de mães e filhos e filhos e mães... vamos tentar acompanhá-la até que Deus Nosso Senhor deixe” (E4N)

“Nós queremos ver se aguentamos até ao fim mas o problema é que não caminhamos para novos e nunca se sabe o que poderá acontecer” (E3F)

As descrições das participantes que sugerem alteração da dinâmica familiar dizem respeito à reorganização familiar e alteração nas atividades de vida diária:

“Há três anos que a nossa vida mudou toda” (E3F)

“A minha mãe vir para cá deu a volta ao nosso estilo de vida” (E2F)

“O nosso dia-a-dia é em torno dela” (E1F)

“Viver a nossa vida só quando estive lá nos cuidados (continuados)” (E4N)

Estes achados corroboram as conclusões do estudo de Pereira e Silva (2012) que relatam que as famílias que possuem um dos seus membros dependentes têm necessidade de reorganizar o seu quotidiano, gerindo o tempo e adotando um novo ritmo no desenvolvimento das atividades diárias, levando-as a abdicar de alguns aspetos que consideravam importantes para o seu bem-estar.

No entanto, as alterações da dinâmica familiar podem também ser protetoras para a vivência, nomeadamente através da união familiar e conjugal:

“O meu marido é agora mais meu amigo” (E1F)

“A situação da minha sogra fez com que o meu marido ficasse mais sensível e me ajude tanto” (E4N)

“Todos ganharam respeito pela situação e são mais preocupados comigo e como me sinto” (E2F)

“Sinto que a família está mais próxima, há mais ligação ainda” (E3F)

Estes relatos apresentam-se em linha com o estudo de Pedreira e Oliveira (2012) onde é referido que o relacionamento familiar, embora modificado pela imposição da prestação de cuidados, requerendo compromisso, também leva a família a perceber-se de outra forma, resultando em maior proximidade e melhora do relacionamento entre os seus membros, que se preocupam em decidir a responsabilidade do cuidado e em atender ao idoso.

A família, as redes formais (instituições de apoio social, rede de cuidados continuados e equipa de saúde familiar) e a componente monetária são os recursos/estratégias que se depreendem dos relatos das participantes:

As respostas que sugerem estratégias da própria família são:

“... sinto-o (marido) mais ligado a mim e à mãe e isso dá-me ânimo” (E4N)

“Não há dia que a minha filha não ligue depois de jantar para saber como estamos, é a nossa sobremesa” (E1F)

As redes formais constituem um recurso na experiência da vivência:

“Sabemos que à quarta-feira o banheiro é aprimorado e até há uma funcionária que se ajeita muito a cortar-lhe o cabelo”(E2F)

“Os três meses que estive nos cuidados continuados fizeram com que voltássemos a ser nós mesmos, foi verdade... a nossa vida voltou ao normal de antes, até voltamos às excursões” (E4N)

“A médica e a senhora enfermeira compreendem a situação e ajuda muito sabermos como lidar melhor com a situação” (E2F)

Kalia, Saini e Vig (2021) referem que ao aumentar o apoio social e familiar às famílias, a sua qualidade de vida melhora significativamente. Os autores destacam que os cuidadores familiares se sentem confortáveis com as atividades de cuidar, se lhes for dada orientação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Para Santos *et al.* (2019), o enfermeiro deve apresentar estratégias de informação no sentido de prevenir e promover a saúde dos cuidadores familiares.

A componente monetária também se traduz num recurso:

“Para onde vai o reformado, vai o ordenado. A minha mãe está connosco somos nós que recebemos” (E1F)

“A senhora enfermeira veio uma vez com uma senhora assistente social e ficamos a receber mais e tudo o que vem é ajuda” (E2F)

Estes achados permitem depreender que a pensão/reforma do idoso dependente é um auxílio nas despesas e também aqui a enfermeira teve um papel importante na articulação com outros profissionais para a atribuição do subsídio por assistência à terceira pessoa. Este subsídio consiste numa *“prestação mensal em dinheiro que se destina a compensar as famílias com descendentes, a receber abono de família com bonificação, que estejam em situação de dependência e que necessitem do acompanhamento permanente de 3.ª pessoa”* (Instituto da Segurança Social, 2020).

Ferreira, Cordeiro e Oliveira (2020), concluem no seu estudo que *“o enfermeiro de família tem condições para constituir o centro de articulação dos diversos recursos e equipas de saúde, antecipando, detetando precocemente, implementando respostas estruturadas às necessidades destas famílias e/ou assegurando a transição segura entre as diversas respostas sociais e de saúde”* (p. 53).

4.3.3 – Tema central Significados de Enfermeiro de Família

Quando questionadas diretamente sobre o significado que atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar, as participantes contribuíram com dados que levaram a 4 subtemas/significados: Apoio técnico, Apoio emocional, Apoio científico, Estratégia política e Foco na família.

São reflexo da atribuição de apoio técnico por parte do enfermeiro de família os seguintes achados:

“Desde que a minha mãe assim está, sempre cá veio a senhora enfermeira fazer-lhe os pensos. A gente liga e fica logo certo vir cá” (E2F)

“Quando é preciso algum tratamento sabemos que teremos esta ajuda por parte da enfermeira” (E1F)

“Assim que começam a vacinas da gripe a enfermeira vem-nos logo cá fazer visita” (E3F)

O apoio técnico depreendido pelas participantes revela, de certo modo, uma perspetiva redutora baseada na execução de técnicas, o que está em concordância com o estudo de Ceccon, R., Soares, K., Vieira, L., Garcia Júnior, C., Matos, C., & Pascoal, M. (2021, p. 102), onde é feita referência que *“a equipa de enfermagem é vista como procedimental, responsável por aplicação de vacinas, sondas e curativos”*.

O apoio emocional é reconhecido ao enfermeiro de família, pelos participantes, associando a este apoio a sensação de amparo, segurança e satisfação:

“Por trabalho que tenha tem sempre um bocadinho para falar com a gente e olha-nos nos olhos e parece que sente o que a gente sente” (E1F)

“É um descanso maior saber que a senhora enfermeira nos dá apoio quando precisamos... é uma segurança para nós” (E2F)

“A enfermeira é tão bem disposta que sem querer alegra logo o nosso dia” (E3F)

Sendo relevante o apoio emocional, prestado pelo enfermeiro de família na abordagem familiar, como agente de mudança perante as especificidades das vivências, dos processos de desenvolvimento das famílias (Figueiredo, 2012) é pertinente que o enfermeiro de família crie condições que possibilitem a expressão de sentimentos e emoções do idoso em situação de dependência e dos familiares cuidadores.

O subtema/significado apoio científico surge devido aos atributos designados ao enfermeiro de família enquanto educador em saúde e prescritor de intervenções terapêuticas. Estes atributos vão ao encontro dos padrões da qualidade em enfermagem de saúde familiar onde é reconhecido ao enfermeiro de família, rigor técnico/ científico na implementação das intervenções de enfermagem, o fornecimento às famílias de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e a competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar problemas ou minimizar efeitos indesejáveis (Regulamento, 367/2015):

“Nunca me hei-de esquecer que a senhora enfermeira me disse para lhe dar um copo de água morna em jejum para os intestinos trabalharem e desde aí não precisa de xaropes para ir à casa de banho” (E2F)

“A senhora enfermeira é muito profissional e dá-nos dicas muito importantes para cuidarmos melhor dela” (E4N)

“Os folhetos que a enfermeira nos traz têm muita informação importante” (E1F)

Os relatos demonstram que a percepção dos participantes relativamente ao enfermeiro de família se enquadram na perspetiva de Santos *et al.* (2019), de que o enfermeiro é o profissional detentor de estratégias e informações adequadas no sentido de prevenção e promoção da saúde, principalmente dos que estão em situação de vulnerabilidade. Vão também ao encontro do papel do enfermeiro de família enquanto educador de saúde (Hanson, 2005), o que está em concordância com outros estudos que concluíram que as práticas educativas são as mais associadas às intervenções dos enfermeiros (Ferraccioli & Acioli, 2017). Neves (2012) defende ainda que aproveitando a proximidade às famílias, o enfermeiro de família, deve *“evidenciar (...) não só a oferta de cuidados terapêuticos, mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação”* (p. 133).

Nas narrativas de alguns participantes o enfermeiro de família surge como porta de acesso aos cuidados de saúde podendo a sua figura ser conotada como estratégia política, bem aceite pelos utentes:

“É a pessoa que melhor nos pode resolver problemas porque sabe muito sobre tudo o que há para ajudar e é fácil chegar até ela... eu ligo e consigo falar com facilidade” (E1F)

“Acho a senhora enfermeira um elemento muito importante na saúde porque traz-nos novidades que de outra forma nunca sabíamos... Desconhecíamos por completo o descanso do cuidador” (E4N)

“A senhora enfermeira consegue fazer uma ligação fácil com os outros serviços... a assistente social só cá veio porque a enfermeira orientou tudo com ela” (E2F)

“Para quem vive mais isolado é a pessoa que mais nos ajuda no Centro de Saúde” (E3F)

O Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo *“o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”* (p.4070).

Embora os relatos traduzam um foco nos cuidados técnicos e não na família enquanto unidade de cuidados, parece existir por parte dos participantes uma correlação do enfermeiro à família, surgindo o subtema/significado Foco na família.

“É o profissional que melhor conhece a nossa família” (E3F)

“Já nos conhecemos há vários anos, já mudamos três vezes de médico mas a senhora enfermeira é sempre a nossa” (E4N)

“É a quem nós mais temos de agradecer por todo o apoio que dá à nossa família” (E1F)

Apesar de ser notória a perceção dos participantes que os cuidados de enfermagem se direcionam para a família, embora esta não seja percecionada como unidade de cuidados, facilmente se depreende que o papel do enfermeiro de família no funcionamento familiar não é percecionado pelos participantes.

4.4 – CONCLUSÃO

A par do título do estudo e de forma a corresponder aos objetivos estabelecidos, analisaram-se, por um lado (1) as vivências das famílias com idosos dependentes com síndrome demencial; e por outro, (2) a expectativa quanto ao contributo do EEESF para a funcionalidade familiar. Na realidade que este estudo espelha, a obrigatoriedade do idoso estar sempre acompanhado por apresentar uma dependência por ser portador de demência poderá indicar que não se evidencia um cuidador principal mas que ambos os elementos do casal são cuidadores estando comprometidos no acompanhamento permanente aquele familiar e por isso os relatos sejam feitos sempre na primeira pessoa do plural.

No Nós: Cuidador e Nós: Família os sentimentos/emoções transpareceram uma ambivalência de sentimentos. A satisfação decorrente do cuidar mostrou ser acompanhada de sentimentos como tristeza, cansaço ou medo. Também nestes dois temas centrais são relatadas alterações, as respeitantes à privação da interação com círculo de amigos; a impossibilidade de ir de férias e diminuição do autocuidado estão presentes no Nós: Cuidador, enquanto as alterações relativas à dinâmica familiar estão presentes nos relatos do Nós: Família. Aqui, é por um lado, referida a necessidade de reorganização familiar e as mudanças no quotidiano mas também é narrada a união familiar e conjugal que adveio da experiência do cuidar. Ainda neste tema central a união sentida é encarada como um recurso na adaptação à situação tal como o valor da reforma do idoso e das redes formais. No tema central Nós: Cuidador as redes formais também se constituíram como recurso a par da religião.

As necessidades dos participantes foram relatadas no tema central Nós: Cuidador e dizem respeito à formação/capacitação e apoio emocional relativamente ao papel de cuidador.

Destaca-se da análise ao tema central Significados do Enfermeiro de Família que o contributo atribuído à sua prática se relaciona especialmente com o apoio técnico, emocional e científico. O enfermeiro de família é percecionado como um estratega, um elemento importante no acesso a cuidados de saúde e como o profissional que mais próximo está da família mas o seu foco na prestação de cuidados é visto como direcionado para o indivíduo e não para família como um todo. Salientam-se como pontos fortes os comportamentos afetivos, o profissionalismo, a empatia e as interações focadas na pessoa e na compreensão dos seus problemas. Transparece que a relação terapêutica é perspectivada pelos participantes como intrínseca à prática de enfermagem, destacando-se a capacidade do enfermeiro dar resposta às necessidades expressas pelas famílias. Assim, denota-se que os cuidados são percecionados tendo por base uma abordagem colaborativa mas é perceptível que a família não é entendida como unidade de cuidados (Vale, 2023).

Relativamente ao contributo do enfermeiro de família na funcionalidade familiar não é feita qualquer referência neste estudo. Este facto pode dever-se à falta de conhecimento das funções do enfermeiro de família por isso conhecer as perspetivas dos utentes sobre a exercício dos enfermeiros de família contribui para a reflexão das suas práticas e viabilizará a clarificação do papel do enfermeiro de família junto das famílias no sentido destas verem correspondidas as suas necessidades e expetativas e conhecerem todo o potencial profissional daquele elemento da saúde (Vale, 2023).

A esta investigação de cariz qualitativo onde não há pretensão de generalização dos resultados, atribui-se como limitação do estudo o facto de os participantes pertencerem à mesma área geográfica detendo, naturalmente, padrões culturais semelhantes o que consigna que os seus resultados sejam utilizados para populações com semelhantes características. Sugere-se que igual estudo seja realizado em diferente área geográfica, com outro contexto sociogeográfico para que se incremente informação no que respeita às vivências das famílias e aos significados atribuídos ao enfermeiro de família (Vale, 2023).

Dadas as características de envelhecimento da população do nosso país e particularmente após a experiência com estas famílias, sugere-se maior investimento na manutenção da diversidade e robustez das redes sociais das famílias e recursos sociais e financeiros para apoiar as famílias com necessidades, em especial, as que cuidam de idosos dependentes, dado que diversas vezes são idosos a cuidar de idosos.

Sugere-se ainda que, com o crescente número de enfermeiros especializados em saúde familiar, estes possam implementar consultas de enfermagem nesta área de especialização para as famílias como alvo dos cuidados ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

O enriquecimento pessoal e profissional decorrente do desenvolvimento deste estudo é inestimável quando é possível responder aos objetivos inicialmente delineados no estudo. A investigação qualitativa possibilitou conhecer as vivências de famílias com idosos dependentes com síndrome demencial e analisar o contributo que as famílias com idosos dependentes com síndrome demencial atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar o que permite afirmar que foram atingidos aos objetivos da investigação.

5 – DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Foram durante os estágios realizadas atividades de divulgação de resultados na área da enfermagem de saúde familiar.

As atividades que se apresentam reportam ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, especificamente como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, através da organização e divulgação de resultados provenientes da evidência que simultaneamente pretendem contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, bem como, para a partilha e discussão das implicações da investigação, para novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento 140/2019).

Respeitante às competências específicas na área da enfermagem de saúde familiar, salienta-se o contributo para a promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais e a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018).

- Apresentação do estudo de caso: “*Avaliação multidimensional de uma família baseada no modelo de Calgary*”, na reunião mensal do Conselho Geral da USF Plátano, decorrida no dia 8 de novembro de 2023 (Anexo 1). Este estudo de caso é relativo a uma avaliação familiar realizada em contexto da prática clínica e a sua apresentação teve como principal objetivo dar a conhecer a importância da utilização deste modelo de avaliação no processo de cuidados à família.

- Apresentação do estudo de caso: “*Avaliação multidimensional de uma família baseada no modelo de Calgary*”, na reunião formativa da USF Nisa, decorrida no dia 20 de março de 2024 (Anexo 2). A apresentação do estudo de caso noutra unidade funcional pretende difundir a importância da utilização de modelos de avaliação familiar no processo de cuidados à família.

- Apresentação do projeto de investigação: “*Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do enfermeiro de família*”, na reunião formativa da USF Nisa, decorrida no dia 20 de março de 2024 (Anexo 3). Este projeto de investigação foi desenvolvido no estágio III e pretendeu divulgar os achados do estudo realizado numa área geográfica com características semelhantes à do estudo apresentado.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

A elaboração do presente relatório de estágio resume a continuidade de um percurso formativo com vista à aquisição de competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo a realização dos estágios contribuído para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional, pela translação dos conhecimentos teóricos agora validados na prática. É preconizado pela Ordem dos Enfermeiros que o exercício profissional seja baseado na evidência científica, conduzindo à procura permanente de atualização de conhecimentos cognitivos e práticos de forma a proporcionar cuidados aos cidadãos, famílias e comunidade no sentido de serem alcançados ganhos em saúde. É, assim, imperioso que os enfermeiros adquiram novas competências no decorrer do seu percurso profissional no sentido da promoção e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados que prestam.

O enfermeiro é o profissional que está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas e mobilizar recursos, face às necessidades e expectativas das pessoas e das famílias Barbiani, R., Dalla, C.R., & Schaefer, R. (2016). Mais especificamente, o enfermeiro especialista na área de saúde familiar é o profissional a quem cabe prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, optando por realizar uma avaliação das intervenções de modo a promover o funcionamento familiar (Regulamento nº 428/2018).

A par dos momentos de reflexão que permitiram a evolução profissional e pessoal, as experiências proporcionadas pelos estágios foram decisivas para que se fizesse a translação do conhecimento teórico para a perícia dos cuidados. Embora a enfermeira orientadora não fosse especialista na área de saúde familiar, o uso de instrumentos de avaliação familiar e a aplicação de referenciais teóricos possibilitaram avaliar e intervir nas famílias, desenvolvendo-se o processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar. Balizando a família como alvo dos cuidados e baseados no conhecimento científico, os diagnósticos de enfermagem fundamentaram as intervenções desenvolvidas e permitiram analisar resultados. Uma vez mais se faz referência que para tal muito contribuíram as unidades curriculares lecionadas e os estágios, ao proporcionarem a integração dos conhecimentos teóricos em contextos da prática clínica, possibilitando testemunhar a complexidade do sistema familiar e comprovar que

as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização lhe conferem unicidade enquanto organização que está em transformação.

O desenvolvimento de competências para cuidar a família permitirá que, através do seu conhecimento, o EEESF contribua para aumentar o nível de literacia das famílias melhorando a qualidade das relações e o funcionamento da pessoa e da família, promovendo um funcionamento familiar (e individual) mais saudável e participativo (Santos *et al.*, 2019).

Tendo em conta os dados colhidos relativos à família como unidade, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais, com o respetivo planeamento das intervenções do EEESF dirigidas à família e aos seus membros individualmente, as atividades clínicas desenvolvidas, desenvolvidas através do diagnóstico de focos específicos de cada família, possibilitaram o desenvolvimento de competências, comuns assim como específicas, do enfermeiro especialista na área de saúde familiar e demonstrar o desenvolvimento dos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos do Ensino Superior.

É pretensão que todas as competências desenvolvidas, em particular as específicas, sejam progressivamente aperfeiçoadas permitindo elevar o nível de cuidados da prática de cuidados especializados e trilhar um caminho paralelo às exigências e padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar.

Ciente que foi dada resposta aos objetivos definidos para este estágio, congratulo-me com o término deste patamar de formação pois como futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem de saúde familiar pretendo ser agente de mudança na construção de novas realidades promotoras de ganhos em saúde individual e familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2020). Modelos Organizacionais. Acedido em: www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoeFinanciamentoPrestSaúde/CSaúdePrimários/CuidadosdeSaúdePrimários/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica (3ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Alves, A., Silva, G., Delmondes, A., Lemos, S., Kerntopf, R., Albuquerque, A. (2016). Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Rev Cuidarte*. 7(2):1318-24. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>
- Araújo, I. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutlsabel.pdf>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2021) Plano de atividades 2021. Retrieved from <https://www.associapro.com/docdownload.aspx?file=doc4384.pdf>
- Aviso nº 6702/2021 (2001), de 13 de abril da Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República: II Série, Nº 71. Disponível em www.dre.pt.
- Azeredo, Z. (2019). Teoria e Prática em Investigação Qualitativa. Lisboa: Piaget.
- Barbiani, R., Dalla, C.R., & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ag 29; 24, p.2721. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Barreira, D.P. (2015). A dimensão e o impacto do burnout. *Revista Fatores de Risco*, 37 (3), 46-51.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trads.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Bertalanffy, L. (1968). Teoria geral dos sistemas. Petrópolis: Vozes.
- Bonfim, R. (2012). Competência profissional: Uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistémica*, 1(1), 46-63. Retrieved from <http://www.tc.df.gov.br/app/biblioteca/pdf/AR500493.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Massachusetts: Harvard University Press.
- Ceccon, R., Soares, K., Vieira, L., Garcia Júnior, C., Matos, C., & Pascoal, M. (2021). Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(1)), 99–108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>

Conselho Internacional de Enfermeiros – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 1. Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

Correia, C. I. S., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H. & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1 (28), páginas 187-203. doi 10.46691/es.v1i28381

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), (127-136). doi: 10.12707/RIII1018

Decreto-Lei nº 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, nº 205 de 4 de setembro de 1996. Acedido em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/205-1996-105502>

Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República, 1.ª série, N.º 161 de 22 de agosto de 2007. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>

Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República, 1.ª série, N.º 149, 5 de agosto de 2014. Acedido em: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2014/Agosto/DeclLei_118_2014.pdf

Denham, S., Eggenberger, S., Young, P., & Krumwiede, N. (2016). *Family-Focused Nursing Care*. Filadélfia. F.A. Davis. Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=xcjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=FamilyFocused+Nursing+Care&hl=pt-PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos favoráveis à saúde ao longo da vida. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextossaud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf

Direção Geral de Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Recuperado de: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

Fernandes, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem. Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Ferreira, J. e Vale, I. (2013) Entrevista com a família. In R.Mota.(Ed.) *Competências Clínicas de Comunicação*.(pp.277-290).Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Ferreira, M., Cordeiro, J., Oliveira, P. (2020). Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão scoping. *Projetar enfermagem-Revista Científica de Enfermagem*, 4: 40-56.

Ferreira, P., (2015). O envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Rev Kairós Gerontologia*; 18 (19): 07-29.

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559.

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

Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata

Ferraccioli, P., & Acioli, S. (2017). The different dimensions of care in practice held by nurses in primary care. *Cuidado é Fundamental Online*. 9(1), pp.28-36. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.28-36>

Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, pp 211-216.

Gottlieb, L. (2016) O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Loures. Lusodidata.

Gutierrez, D., Sousa, G., Figueiredo, A., Ribeiro, M., Diniz, C., & Nobre, G. (2021). Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(1)), 47–56. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020>

Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. (2ª ed). Lisboa. Lusociência.

Hanson, S. M. H., Gerafy-Duffy, V. & kaakinen, J. R. (2005). Family health care nursing: theory, practice and research. (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL – Guia Prático. Estatuto do Cuidador Informal: Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Departamento de Prestações e Contribuições. Instituto da Segurança Social, I.P, 2020.

International Family Nursing Association (IFNA) (2015). IFNA Position Paper on Generalist Competencies for Family Nursing Practice. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GCComplete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>

Kalia, P., Saini, S., Vig, D. (2021). Quality of life of dependent primary caregivers. *Indian journal of positive psychology*, 12(1), 7-13.

Kraus, T., Capela, S., Rodrigues, A. & Dixe, A. (2021). Tradução, adaptação cultural e validação do Meaning in Suffering Test para português europeu, *Revista de Enfermaem Referência*, vol. V, núm. 5, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra , Portugal

Leandro, Maria Engrácia – A Saúde no prisma dos Valores da Modernidade, Trabalhos de Antropologia e Etnologia.2001, Vol. 41 (3-4), p. 67-93.

Leão, Carla, 2012, Envelhecimento Demográfico e Saúde: desafio para a Segurança Sanitária em Portugal, Livro de Atas do I Congresso Internacional do OBSERVARE, As Tendências Internacionais e a posição de Portugal. Universidade Autónoma de Lisboa | Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: http://observare.ual.pt/conference/images/stories/conference%20images%20pdf/S1/Carla_Leao.pdf

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Loureiro, L. M. J. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em Enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. Revista Referência, 2 (2),21-32.

Luís, E. S. R. (2014). A humanização dos cuidados de enfermagem: Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica (Projeto, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6598>

Magalhães, C. M. S. (2017). Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>

Marinho, A. A. (2006). A Enfermagem como Ciência e Arte do Cuidar. *Enformação*, 4, páginas 6-8. Retrieved from <https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1228/1/Enforma%20a7%20a3o%202006%204%206.pdf>

Mateus, M., Fernandes, S. (2019). Resiliência em cuidadores familiares de idosos dependentes.EDUSER: revista de educação, 11(1), 76-90

Melo, R., Rua, M., Santos, C. – Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, nº 2 (2014), p.143-151.

Minayo, M. C. S. (2020). Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: Por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 7-16.

Minuchin, Salvador; Fishman, H. Charles (1990) – Técnicas de Terapia Familiar. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Lda.

Ministério da Saúde (2022). Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/>.

Moreira, A., Isabel Maria P.B. – O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-64-6.

Neves, M. M. A. M. C., (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, serIII(8), 125-134. <https://doi.org/10.12707/RIII11124>

Nardi, E.F.R. (2007). Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente (dissertação de mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. In Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Setúbal. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf

Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167. doi.org/10.1111/1467-6427.00144

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar [Nota informativa Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/conselho-diretivo-da-oe-adota-modelo-din%C3%A2mico-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-e-interven%C3%A7%C3%A3o-familiar-com-referencial-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar/>

Ordem dos Enfermeiros, (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros, (2014). Dia Internacional da Família 2014. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

Ordem dos Enfermeiros, (2014). *Norma de Dotações Seguras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros

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

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento que define o ato do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Pedreira, L. C., & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 65(Rev. Bras. Enferm., 2012 65(5)), 730–736. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>

Pereira, I. e Silva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*. Vol. 16, nº 1, p. 42-54.

Pisco, Luís (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*. julho/setembro. Acedido em: www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf

Pozo, J. I. (2002). *Aprendizes e mestres: A nova cultura da aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Ramos, V. (1996) – *O acompanhamento familiar*. In: ARCHER, Luís; e tal. – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo. ISBN 972-22-1719-4.

Regulamento (UE) 2016/679 de 27 de abril do Parlamento Europeu e do Conselho. Jornal Oficial da União Europeia

Regulamento N.º 122/2011 De 18 De Fevereiro Das Entidades Administrativas Independentes E Administração Autónoma. Diário da República: II série, N.º 35.

Regulamento n.º 126/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 35. de 18 de fevereiro.

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 1 de fevereiro.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República n.º 124/2015 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 367/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 124 de 29 de junho.

Regulamento N.º 428/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República: II série, N.º 135 (2018). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018

Regulamento Interno (2014). USF Plátano. Portalegre, Portugal

Relvas, A. (1996). Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2000). O ciclo vital da família (2a edição). Porto: Afrontamento.

Relvas, A. (2004) – Conversas com Famílias. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2006) – O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 (2001). Diário da República, 1.ª série, n.º 2 de 3 de janeiro.

Rodrigues, M. F. M. & Costa, M. L. V. (2013). Enfermeiro de Família: que representação?. *Salutis Scientia*, 5, páginas 42-52. Retrieved from <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=31021>

Santo, C. (1999). As competências dos enfermeiros e as práticas de enfermagem: contributos para a mudança. *Revista Referência*, 3, 53-58. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=107&co_digo=

Santos, A., & Miranda, S. (2007). A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Brasil: Manole.

Santos, W. P., Freitas, F., Sousa, V., Oliveira, A., Santos, J., & Gouveia, B. (2019). Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*, 10 (2), e607. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>

Silva, D. (2014). Articulação da rede formal e informal no apoio ao idoso. (Tese de mestrado). Instituto superior Bissaya Barreto, Portugal.

Silva, M., Costa, A., & Silva, M.A. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 11, pp. 19-28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>

Silva, O. B. M., Bernardino, E., Encarnação, P., Lima, L. S., Silva, O. L. S. & Rorato, C. (2022). Strengths-based nursing and healthcare: percepção de mulheres em uma maternidade de risco habitual. *Cogitare Enfermagem*, 27. doi 10.5380/ce.v27i0.78853

Sousa, E. S. A. S. (2011). A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação. (Tese de Mestrado). Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sousa, P., G., M., A. (2013). Estudo da Prevalência da Deterioração Cognitiva em Indivíduos com Idade Superior a 65 Anos na Área Abrangida pelo Centro de Saúde de Manteigas (Tese de Mestrado). Covilhã. Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior.

Souza, A. M. N. (1997). A família e o seu espaço: Uma proposta de terapia familiar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir.

Vale, E. M. F., (2023). Vivências de famílias com idosos dependentes: funcionalidade familiar e significados de enfermeiro de família. Relatório Final de Estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&idtyp>

Vara, L. R. A. (1996) – Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. ISSN 0873-1586. Ano 1, Nº 1 (Julho/Setembro 1996), p.5-52.

Vilelas, J. (2022). Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento. (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo

WHO (World Health Organization). (2015). World Report on Ageing and Health. WHO Library.

Woolfe, P., McMillan, M., & Conway, J. (2007). The needs of caregivers of people with COPD: A study. *Australian Journal of Primary Health*, 13(1), 28-35.

Wright, M. L., & Leahey, M. (2002). Enfermeiros e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família. (3ªEd). São Paulo: Editora Roca.

Wright, M. L., & Leahey, M. (2009). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company

Wright, M. L. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e Famílias - guia para avaliação e intervenção na família (5ª edição). São Paulo: Roca.

Wright, M. L., & Leahey M., (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 13, pp 148-154.

APÊNDICES

APÊNDICE A

GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

Entrevista n° _____ Data _____
 Idade: _____ Género: _____
 Parentesco à pessoa idosa: _____
 Situação profissional: _____
 Grau de escolaridade: _____

Objetivos	Questões	Sub-questões orientadoras(se necessário)
1 - Conhecer as vivências das famílias com idosos dependentes	Como descreve a sua experiência familiar tendo em conta a existência de um idoso dependente?	Que dificuldades sentiram/sentem?
		Que mudanças/alterações ocorreram na dinâmica/funcionalidade da família?
		Quais foram/são os sentimentos? (medos? dúvidas? receios? inseguranças?...
		Que forças/recursos internos considera que a sua família tem para manter a funcionalidade familiar?
		Que estratégias usam/usaram para ultrapassar as dificuldades? O que acha fundamental para a sua família lidar com a situação?
2 - Analisar os significados que atribui, as famílias com idosos dependentes atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar, desta vivência	Que significados atribui, ao contributo do seu enfermeiro de família para a funcionalidade familiar?	Em relação às alterações na dinâmica/funcionalidade familiar, considera que o enfermeiro de família tem alguma função/papel?
		Que importância atribui ao enfermeiro de família?

APÊNDICE B



06/RC

INFORMAÇÃO

N.09/2024, de 26 de janeiro

Ao CA, 01/02/2024

De: Comissão de Ética

Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. Raul Cordeiro

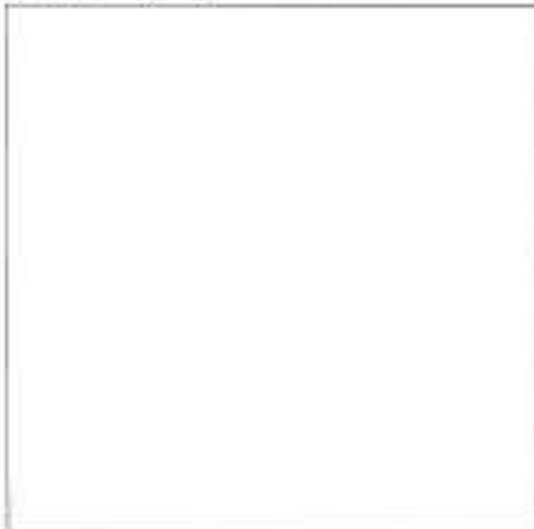
C/C:

Assunto: Estudo: "Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do Enfermeiro de Família".

Ata 06/2024 Doc 55

Parâcer _____

Deliberação 03 FEV 2024



Tomado conhecimento. O CA concorda com a presente informação e aprova a realização do estudo: "Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do Enfermeiro de Família".

Dê-se conhecimento:

- À investigadora, Enf.ª Cecilia Marzia Rodrigues;
- Às USF's;
- À Comissão de Ética.

ULSAALE/EP
Comissão de Ética
Associação Amigos da Saúde
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro
Vogal Executivo, Dr. Raul Cordeiro

A Mestranda, Cecilia Marzia Rodrigues, a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, solicitou autorização à ULSAALE, E.P.E. para realização do estudo: "Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do Enfermeiro de Família."

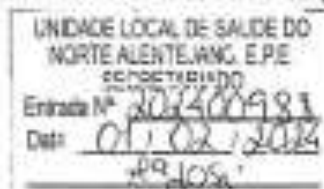
Cumpra-se:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado importante na medida em que a deterioração das capacidades cognitivas do indivíduo são uma realidade, sendo que, como refere a investigadora, a evolução das políticas de saúde e o desenvolvimento disciplinar têm vindo a contribuir para a integração da família como unidade de cuidados. É neste, entre outros, contexto que surge a enfermagem de família como forma de dar resposta aos reais problemas das famílias.

II- Objetivos

- Conhecer as vivências de famílias com idosos dependentes com síndrome demencial;





INFORMAÇÃO

N.09/2024, de 26 de janeiro

- Analisar o contributo que as famílias com idosos dependentes com síndrome demencial atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar.

III- Tipo de estudo

O estudo será qualitativo de orientação fenomenológica.

IV- População Alvo

- Pessoas idosas com mais de 65 anos e estar inscrito numa USF, estar dependente e com diagnóstico de síndrome demencial.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para colheita de dados será utilizada a entrevista semi estruturada, cujo guião a investigadora anexa ao seu pedido.

O fundamento da legitimidade e licitude, esbatem-se no consentimento informado que é fornecido às famílias.

VI- Tratamento dos dados

Os dados recolhidos serão tratados por análise de conteúdo.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo.

A metodologia proposta não viola questões ético legais, estando assegurado o anonimato dos dados. A requerente juntou o consentimento informado, livre e esclarecido, pelo que estão reunidos os pressupostos de licitude e legitimidade. No protocolo é ainda evidenciado o compromisso de destruição dos dados após 5 anos da finalização do estudo.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do Enfermeiro de Família."

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enl.ª Cecília Maria Rodrigues;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética



Anexo: Requerimento com relatório do estudo e todos os documentos anexos.

APÊNDICE C

Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por estar referenciado(a) como cuidador encontra-se convidado a participar num estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Saúde Comunitária em Enfermagem de Saúde Familiar, intitulado “Funcionalidade familiar de famílias com idoso dependente com síndrome demencial: contributo do Enfermeiro de Família”. Esta investigação tem como principal objetivo conhecer as vivências de famílias com idoso dependente com síndrome demencial e analisar o contributo que estas famílias atribuem ao enfermeiro de família para a funcionalidade familiar. O estudo decorrerá durante as visitas domiciliárias realizadas pela estudante da Escola Superior de Saúde de Leiria e Enfermeira do Agrupamento de Centros de Saúde são Mamede – USF Plátano e será supervisionado pela Professora Doutora Teresa Kraus.

Os resultados obtidos serão apresentados por escrito e publicados em revista científica, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato dos participantes. Tendo em conta que a participação neste estudo é voluntária, têm a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência, sendo realizada a devida visita domiciliar sem quaisquer alterações. O mesmo se aplica também na eventualidade da pessoa cuidada não querer participar.

Caso necessite de alguma informação adicional, esclarecer dúvidas ou alterar o seu consentimento, disponibilizamos o contato da responsável pelo estudo: Cecília Rodrigues, email: 5220066@my.ipleiria.pt e telefone 245302050.

A responsável pelo estudo:

_____ / / _

Compreendo os procedimentos acima descritos e autorizo, não autorizo participar no presente estudo.

Assinatura do participante:

_____ / / _

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2



CERTIFICADO

Certifica-se que Cecília Marzia Rodrigues, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com cédula profissional nº 51124, apresentou a 20 de março de 2024 e num total de 2 horas o tema "*Avaliação multidimensional de uma família baseada no modelo de Calgary*", no âmbito do Plano de Desenvolvimento de Competências e de Formação da USF Nisa

Nisa, 20 de março de 2024

O Coordenador



O Conselho Técnico



ANEXO 3



CERTIFICADO

Certifica-se que Cecília Marzia Rodrigues, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com cédula profissional nº 51124, apresentou a 20 de março de 2024 e num total de 1h30 o projeto de investigação *“Funcionalidade familiar de famílias com idoso com síndrome demencial: contributo do enfermeiro de família”*, no âmbito do Plano de Desenvolvimento de Competências e de Formação da USF Nisa.

Nisa, 20 de março de 2024

O Coordenador

O Conselho Técnico