

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **Relatório Final de Estágio**

A Enfermagem de Família como Mais-valia na Saúde Familiar para  
Idosos Dependentes

**Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura**

n.º 5220217

Leiria, março 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Relatório Final de Estágio**

A Enfermagem de Família como Mais-valia na Saúde Familiar para  
Idosos Dependentes

Relatório de estágio, apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto  
Politécnico de Leiria, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura**

n.º 5220217

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional,  
em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família,  
em Contexto de UCSP, com Relatório Final.

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Clarisse Louro

Leiria, março 2024

“Ser enfermeiro...  
É respeitar as capacidades,  
As crenças e os valores de cada um.  
É procurar o outro  
E encontrá-lo na sua realidade,  
Junto aos seus.  
É criar oportunidades...  
Para fazer crescer,  
A partir do que se é, e sabe.  
É promover a autonomia.  
É ver para além do horizonte,  
Ajudar a encontrar respostas,  
É criar oportunidades  
De traçar novos caminhos,  
É ser persistente na derrota,  
É dar esperança no fracasso.  
É delegar poder  
E não deixar de o ter,  
Transformando-o em conhecimento,  
Em capacitação  
É acompanhar o caminho,  
Ajudar a caminhar.  
Promover conforto,  
Planear cuidados.  
Ser enfermeiro...  
É ser responsável pelas decisões que se toma.  
É saber escutar, transmitir confiança,  
É estar com o outro...  
É um misto de sentimentos,  
Quando o sofrimento não faz sentido,  
É o manter sereno  
E transmitir confiança  
Mesmo quando chega ao fim da linha...”

Dulce Silva (2005)

## **AGRADECIMENTOS**

*As palavras são escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada.*

*Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim.*

*Ao meu marido, pelo seu esforço e dedicação, porque sem a sua ajuda este projeto não seria possível.*

*Aos meus filhos, pelo tempo que deixaram de estar com a mãe.*

*A todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram a percorrer este caminho: à equipa multidisciplinar da UCSP Litoral, pela receção e integração; às famílias, por partilharem comigo um pouco de si; à minha orientadora de estágio (Enfermeira Vanessa Martins), pela sua inteira disponibilidade e colaboração; à equipa pedagógica do curso; e, em especial, à Professora Doutora Maria Clárisse Louro.*

*A todos eles, o meu muito obrigada!*

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde  
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
AVD - Atividades de Vida Diárias  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
ECL - Equipa de Coordenação Local  
GLCPPCIRA - Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos  
ICN - *International Council of Nurse*  
ICPC - Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários (*International Classification of Primary Care*)  
IDG - Índice Desempenho Global  
IDS - Índices de Desempenho Setoriais  
MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família  
MCIF - Modelo Calgary de Intervenção na Família  
MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
MGF - Medicina Geral e Familiar  
MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PC - Prestador de Cuidados  
PHDA - Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção  
QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RSL - Revisão Sistemática da Literatura  
SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade  
SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UP - Úlcera de Pressão  
URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
USP - Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE FIGURAS .....   | VIII      |
| ÍNDICE DE TABELAS .....   | IX        |
| ÍNDICE DE QUADROS .....   | X         |
| INTRODUÇÃO .....  | 11        |
| <b>1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>   | <b>15</b> |
| 1.1. DESENHANDO UM NOVO CUIDAR: DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS<br>A ENFERMEIRA DE FAMÍLIA .....   | 15        |
| 1.2. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR:<br>O CUIDAR DA FAMÍLIA.....  | 15        |
| <b>1.2.1. Caracterização do local de estágio .....</b>  | <b>22</b> |
| 1.3. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE<br>FAMÍLIA.....   | 28        |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>   | <b>33</b> |
| 2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO IDOSO DEPENDENTE COM<br>FERIDA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO .....   | 40        |
| <b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM<br/>COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>   | <b>47</b> |
| 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....   | 47        |
| <b>3.1.1. Responsabilidade ética e deontológica .....</b>   | <b>48</b> |
| <b>3.1.2. Melhoria da qualidade .....</b>   | <b>50</b> |
| <b>3.1.3. Gestão de cuidados.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>  | <b>56</b> |
| 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS .....   | 57        |
| <b>3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus<br/>        membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....</b> | <b>58</b> |
| <b>3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da<br/>        enfermagem de saúde familiar .....</b>  | <b>76</b> |
| <b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA<br/>LITERATURA .....</b>   | <b>77</b> |
| 4.1. RESUMO .....   | 77        |
| 4.2. INTRODUÇÃO.....  | 78        |
| 4.3. METODOLOGIA .....  | 80        |
| 4.4. RESULTADOS.....  | 84        |
| 4.5. DISCUSSÃO.....   | 88        |
| 4.6. CONCLUSÃO .....  | 90        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....                                       | 90        |
| 4.8. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA / ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.... | 91        |
| <b>5. CONCLUSÃO .....</b>   | <b>94</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                               | <b>97</b> |

## **APÊNDICES**

- **APÊNDICE I** – Fichas dos artigos selecionados pela Revisão Sistemática da Literatura
  1. Ferraz dos Anjos et al., 2020
  2. Cabral et al., 2019
  3. Dios-Guerra et al., 2015
  4. Pinheiro et al., 2012
  5. Polaro et al., 2013
  6. Rojas-Ocana et al., 2021
  7. Silva et al., 2021
  8. Xavier et al., 2019

## **ANEXOS**

- **ANEXO I** - Relação entre fatores e itens do Questionário das Forças Familiares / Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2009)
- **ANEXO II** - Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)
- **ANEXO III** - Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares e respetivos itens da escala
- **ANEXO IV** - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II)
- **ANEXO V** - Interpretação linear da FACES II
- **ANEXO VI** - Escala APGAR familiar de Smilkstein
- **ANEXO VII** - Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar / Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família
- **ANEXO VIII** - Sessão de Formação em Serviço
- **ANEXO IX** - Artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Caracterização demográfica do ficheiro da UCSP Litoral .....   | 24 |
| Figura 2: IDG da UCSP Litoral em agosto de 2023 .....  | 25 |
| Figura 3: Valor dos IDS da UCSP Litoral, relativos a agosto de 2023.....   | 27 |
| Figura 4: Valor IDG por Ano/Mês da UCSP Litoral entre novembro 2022 e agosto<br>de 2023 .....  | 27 |
| Figura 5: Variável contexto <i>versus</i> mediana IDG por nome unidade e tipo de<br>unidade relativos a agosto 2023.....               | 28 |
| Figura 6: Pirâmide Etária da UCSP-Litoral, Polo de São Martinho do Porto .....   | 29 |
| Figura 7: Número de Famílias do ficheiro de família, sobre o qual incidiu a atividade de<br>estágio – Polo São Martinho do Porto ..... | 30 |
| Figura 8: Número de utentes inscritos por médico de família e distribuídos<br>por programas de saúde.....                              | 30 |
| Figura 9: TOP 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro da Enfermeira de Família .....  | 31 |
| Figura 10: Ciclo de Saúde e de Doença da família (Hanson, 2005).....   | 45 |
| Figura 11: Genograma .....   | 60 |
| Figura 12: Ecomapa .....   | 61 |
| Figura 13: Classificação social internacional proposta por Graffar. ....   | 62 |
| Figura 14: Diagrama de fluxo PRISMA.....   | 85 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Resultados dos Indicadores por Enfermeiro de Família, relativos a agosto de 2023 ..... | 32 |
|--|----|

## ÍNDICE DE QUADROS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Quadro 1: Competência comum do Enfermeiro Especialista:</b>  |           |
| <b>Domínio da Responsabilidade ética e deontológica .....</b>   | <b>49</b> |
| <b>Quadro 2: Competência comum do Enfermeiro Especialista:</b>  |           |
| <b>Domínio da melhoria da qualidade .....</b>   | <b>52</b> |
| <b>Quadro 3: Competência comum do Enfermeiro Especialista:</b>  |           |
| <b>Domínio da Gestão de Cuidados .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>Quadro 4: Competência comum do Enfermeiro Especialista:</b>  |           |
| <b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>Quadro 5: Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica. ....</b> | <b>71</b> |
| <b>Quadro 6: Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da segunda competência específica .....</b>  | <b>76</b> |
| <b>Quadro 7: Estratégia de pesquisa (PubMed / MEDLINE).....</b>   | <b>82</b> |
| <b>Quadro 8: Estratégia de pesquisa (Cochrane Library) .....</b>  | <b>83</b> |

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde aos idosos dependentes têm emergido como inquietantes, quer para as famílias quer para a sociedade em geral, induzindo estratégias político-económicas que respondam a essas inquietudes. Em Portugal, a Enfermagem de Saúde Familiar é uma recente área de especialização. Como prática avançada, baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família. “Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Familiar dão resposta às necessidades da família, como biológico, social e espiritual, interagindo com as famílias e indivíduos. Os enfermeiros de família possuem conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta” (OE, 2017, p. 11).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso qualquer indivíduo com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. A incidência de doença no idoso é superior relativamente a outras faixas etárias, conduzindo a um aumento do consumo de bens de saúde e outros recursos. O aumento da dependência nos idosos pode acontecer de forma gradual ou mais abrupta, consoante o estado de saúde e situações agudas de doença (Carbol, Pereira, & Silva, 2021; Roper, Logan, Tierney, do Amaral, & Fonseca, 2001; WHO, 2019).

Segundo Berger, Mailloux-Poirier e Madeira (1995), a filosofia de base da assistência de enfermagem é de respeito pelo idoso em toda a unicidade e totalidade do seu ser, facilitando a manutenção e promovendo a autonomia do mesmo. Cuidar de um idoso dependente eficientemente implica uma reorganização do cuidador, idoso e família, de forma a potenciar os recursos pessoais (Guerreiro, 2022; Pereira, Veloso, Silva, & Costa, 2017; Sequeira, 2007).

Em Portugal, o perfil contemporâneo do idoso é marcado pelo desfavorecimento social agravado pela idade, emergindo baixos níveis de rendimento, elevada iliteracia, precariedade das condições habitacionais, elevadas taxas de doenças crónicas, entre outras (Machado, 2003; Sousa, 2012) o que contribui para a dependência do idoso. A dependência é um fenómeno de enfermagem avaliado quando se verifica que um sujeito está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte (ICN, 2006). É a dependência no autocuidado, que gera a necessidade de ajuda de outros, que constitui o verdadeiro problema, quer do ponto de vista individual, quer social (Ministério da Saúde, 2016).

A cultura portuguesa responsabiliza as famílias e, preferencialmente, as mulheres pelos cuidados dos seus elementos idosos. No entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou

delegando esses cuidados a outros cuidadores, não tendo frequentemente as ferramentas necessárias para o cuidar (Figueiredo, 2010; Ribeiro, 2023).

Assim, repensar a família como alvo e participante de cuidados é imperativo, sendo já reconhecido pela mais atual legislação, tendo-se de adotar novas concepções para se compreender e intervir no núcleo familiar, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades durante o seu *continuum* de desenvolvimento (Luís, 2012).

A família é uma unidade complexa, com necessidades e impacto no estado de saúde. O contexto domiciliário é o espaço privilegiado para a interação familiar, sendo bem aceite a presença dos profissionais pelas famílias (Luís, 2012).

A visita domiciliária é, assim, uma estratégia fundamental, carecendo de uma mobilização mais criteriosa pelos profissionais e constitui-se como local privilegiado para o estabelecimento de processos terapêuticos promotores da saúde do sistema familiar, dos seus subsistemas e subseqüentemente da saúde global (OE, 2015b).

As famílias com idoso dependente estão sujeitas a fatores de *stress*, dependendo dos seus recursos internos e externos para se adaptar às suas realidades. As comunidades apresentam ausência de recursos de lazer e ocupação para estas famílias, sendo que os grupos de autoajuda apresentam várias vantagens para estas famílias, que recorrem aos serviços de saúde como meio de socialização (Luís, 2012).

Face ao exposto, há necessidade de trabalhar com famílias na quinta etapa do ciclo vital, uma vez que as famílias com idoso dependente são a maior procura dos cuidados de enfermagem prestados em visita domiciliar, pela sua situação de dependência, indo ao encontro dos objetivos deste processo de aprendizagem.

A visita domiciliária, enquanto instrumento de realização de assistência domiciliária, é constituída por ações planeadas e sistematizadas para viabilizar a promoção, restauro ou manutenção do conforto, função e saúde das pessoas, podendo incluir os cuidados para uma morte digna. Permite também realizar atividades vinculadas aos programas de saúde, tendo em conta a integralidade, universalidade, equidade, acesso e continuidade prevista para os cuidados de saúde (Lopes, 2003). Além disso, trata-se de uma alternativa ao internamento hospitalar, que diminui tanto a sua necessidade por este, como a sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente hospitalar (Andrade, Silva, Seixas & Braga, 2017).

Do mesmo modo, a enfermagem de família detém as competências para cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo uma posição de centralidade entre os agentes comunitários de

saúde. A rigidez burocrática é um constrangimento para cuidados multidisciplinares e centralizados nas famílias.

Segundo Hanson (2005), é em contexto familiar que os membros aprendem sobre saúde e doença, sendo onde a maior parte dos cuidados são administrados e recebidos ao longo da vida, pelo que a família assume o papel de potencial aliado na recuperação e manutenção da saúde dos seus membros. De acordo com a autora supracitada, a responsabilização das famílias pelos cuidados ao seu membro com dependência é algo inato, não se averiguando frequentemente as competências da família para tal. Por outro lado, a transferência dos cuidados para a comunidade e a diminuição do tempo de internamento, intensificou as exigências impostas à família, conduzindo a situações de *stress* e angústia familiar (Silveira, 2020; Sousa, 2012).

Para Friedman, Bowden e Jones (2003), referido por Figueiredo (2010) e por Luís (2012), a família tanto pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento, como reforçar o seu papel de doente e dependente, dado que depende da sua capacidade de gerir as transições de saúde de cada um dos seus membros.

Assim, é indiscutível a importância de uma prática especializada neste campo de atuação, para que as famílias se desenvolvam nas suas potencialidades, com vista ao seu equilíbrio de saúde familiar, sendo o enfermeiro o agente que mais de perto as acompanha e tendo, por isso, uma posição privilegiada para avaliar e intervir junto das mesmas.

Com o Regulamento n.º 126/2011, publicado em Diário da República n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 (OE, 2011b), foram definidas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo um avanço nas políticas nacionais de saúde, permitindo uma prática especializada e reconhecida, com competências específicas e uniformizadas para os enfermeiros que queiram atuar mais eficientemente neste campo do saber, comunicando ainda aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais.

Sendo assim, e no âmbito da Unidade Curricular do Estágio III, integrado no Plano de Estudos do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano - 3º semestre, um dos objetivos específicos é a compilação de um relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar, desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.

O relatório de estágio final é um instrumento importante na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição de desenvolvimento de competências, que por sua vez permite

uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo trabalho realizado em estágio (OE, 2021c).

Deste modo, com este relatório propõe-se uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas em contexto clínico, com a identificação de novas situações de aprendizagem e dificuldades encontradas, e a descrição e análise dos resultados de aprendizagem adquiridos, bem como a contribuição de todas as atividades, experiências e oportunidades para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

O relatório desenvolve-se em quatro capítulos e tem como finalidade demonstrar a integração do conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

Assim, no primeiro capítulo é feita uma descrição sumária do contexto da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, a caracterização do local de estágio e uma breve caracterização dos utentes do ficheiro do Enfermeiro de Família. No capítulo seguinte, procedeu-se a uma sucinta fundamentação teórica que vai de encontro aos modelos de enfermagem utilizados na prática de Enfermagem de Saúde Familiar e abordam-se os cuidados de enfermagem à família do idoso dependente com ferida em contexto domiciliário. Segue-se um terceiro capítulo, onde se demonstra como foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas que são esperadas de um Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Por fim, no quarto e último capítulo, apresenta-se a pesquisa realizada a partir da metodologia da revisão sistemática da literatura (RSL), cujo tema é "A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA COMO MAIS-VALIA NA SAÚDE FAMILIAR PARA IDOSOS DEPENDENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA", com a aplicação do devido protocolo organizado para a Prática Baseada na Evidência, assim como as reflexões do julgamento crítico e do processo de amadurecimento pessoal e profissional alcançado.

## 1. CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O contexto de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar, decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Litoral, mais propriamente no polo de São Martinho do Porto, com a duração de 108 horas de trabalho e presença em contexto clínico, com início a 2 de maio de 2023 e término a 9 de junho de 2023, (Ensino Clínico I).

- O Ensino Clínico II decorreu igualmente na UCSP Litoral, polo de São Martinho do Porto, com a duração de 189 horas de trabalho e presença em contexto clínico, com início a 12 de junho de 2023 e término a 14 de julho de 2023.

- E o Ensino Clínico III manteve-se na UCSP Litoral, polo de São Martinho do Porto, com início a 7 de setembro de 2023 e término a 8 de janeiro de 2024, com a duração de um total de 810 horas de trabalho e presença em contexto clínico.

### 1.1. DESENHANDO UM NOVO CUIDAR: DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA DE FAMÍLIA

A persecução de novas competências foi, neste caso, pautada não só pelos conhecimentos ministrados durante a componente teórica do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, como pelo esforço e sede de saber individual, despertado essencialmente ao longo da componente de prática clínica, que não só permitiu afirmar as competências já adquiridas como clarear o caminho a percorrer na procura de novos conhecimentos.

Assim, estando ambas as componentes tão intrinsecamente entrosadas, não faria sentido abordá-las de forma compartimentada. No entanto, e de forma a tornar mais claro os ganhos obtidos com este processo formativo, far-se-á uma subtil divisão onde se pretende descrever, analisar e refletir os ganhos obtidos do contexto de estágio em comunhão com os conhecimentos teóricos adquiridos.

### 1.2. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: O CUIDAR DA FAMÍLIA

O destaque dado aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) resultou de um percurso histórico com diferentes desenvolvimentos a nível mundial. Foi na Conferência Internacional de Alma-ata, em 1978, que pela primeira vez os CSP foram considerados o pilar de sustentação dos Sistemas de Saúde, sendo os Centros de Saúde as instituições vocacionadas para dar resposta às necessidades do utente/família, tendo por base valores de justiça social, equidade, responsabilidade e acessibilidade universal. Este marco histórico surge na

sequência da saúde ser considerada um direito humano fundamental, que corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. Quanto mais alto for o nível de saúde, melhor a qualidade de vida dos indivíduos (WHO, 1978). Assim, foi neste contexto que a OMS estabeleceu objetivos de “Saúde para todos em 2000”, realçando a importância de desenvolver políticas de promoção e proteção da saúde, desenvolvendo a capacitação dos indivíduos de forma a assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde, contribuindo, desta forma, para o contínuo desenvolvimento económico e social (ICN, 2008).

De acordo com Starfield (2009) e o Ministério da Saúde (2006), a reforma dos CSP tem sido uma realidade em todo o mundo e a evidência científica tem demonstrado que os sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP obtêm melhores resultados de saúde para a sua população, nomeadamente quanto à equidade e à utilização mais adequada dos serviços de saúde, bem como uma maior satisfação dos utilizadores a um custo mais baixo.

Na sequência dos acontecimentos, as alterações nos CSP procuraram promover ganhos em saúde, contribuindo para uma maior satisfação dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2008). Esta reforma dos CSP traduziu-se na reorganização dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com a criação de diversas unidades funcionais, constituídas por equipas multiprofissionais com autonomia técnica e funcional, que prestam cuidados de saúde individuais e familiares (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com o documento “Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP”, as Unidades de Saúde Familiares (USF) assumem um papel determinante para atingir os objetivos dos CSP, ao contribuírem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, ao serem o primeiro local de contacto dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, por destacarem a importância dos cuidados centrados nas pessoas, colocando num plano de destaque a relação com o utente/família como uma mais-valia para a saúde da população (Ministério da Saúde, 2006).

Para Biscaia (2006, p. 67), as USF são a “imagem de marca desta reforma” e são constituídas por equipas multiprofissionais, compostas por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos que se associam, voluntariamente, para prestar cuidados a determinada população, de acordo com um plano de ação previamente elaborado, com objetivos a atingir e regulamentadas por legislação específica.

As UCSP têm uma estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, mas não têm autonomia funcional e técnica, nem os incentivos financeiros das USF.

Assim, a reforma dos CSP, iniciada em 2005, representa um acontecimento marcante no panorama da saúde e da administração pública em Portugal, assente nos princípios da descentralização, auto-organização e na responsabilização pelos resultados. Até então tem sido uma mais-valia, na medida em que os estudos demonstram, através dos resultados, que nas áreas do acesso, do desempenho, da qualidade e da eficiência, as USF são significativamente melhores do que as unidades tradicionais, destacando-se sobretudo o acesso a cuidados domiciliários, vigilância da doença crónica e oncológica, precocidade na vigilância da grávida e recém-nascido, e eficiência económica (Biscaia & Amorim, 2013). Também Lapão (2007), afirma que as USF são uma evolução do sistema que se traduz em ganhos em eficiência e eficácia, na medida em que constituem sistemas complexos e adaptativos, dominados pela auto-organização, ao mesmo tempo que são indissociáveis na aposta do desenvolvimento da qualidade, na gestão de recursos e na formação profissional (liderança, gestão de mudanças, partilha de saberes/potencialização do conhecimento e desenvolvimento profissional contínuo).

Com as alterações referidas no paradigma dos cuidados, novos desafios se colocaram também para os enfermeiros. Surgiu assim, no contexto das metas definidas pela OMS no programa de “Saúde 21”, uma conceção de enfermagem centrada no trabalho com as famílias, enfatizada na Declaração de Munique em 2000. Neste programa é reconhecida a família como uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente, na melhoria da mesma, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes, ou não, a estilos de vida saudáveis (WHO, 2000). Assim, o foco da prática de enfermagem é direcionado para o sistema familiar, surgindo o Enfermeiro de Família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar, sendo corresponsável pela continuidade dos cuidados, desde a conceção até à morte, assim como nos acontecimentos de vida críticos (Ministério da Saúde, 2012).

Neste contexto, o Enfermeiro de Família é o responsável por um grupo de famílias, a quem presta cuidados de saúde no âmbito da promoção da saúde e de prevenção da doença, no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os sectores. Desempenha, assim, um papel multifacetado e de proximidade com famílias, sendo considerado como o cuidador privilegiado do sistema familiar, ao constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo de cuidados (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001). Está, desta forma, inserido numa equipa multidisciplinar, promovendo os ganhos em saúde através de um agir intencional e crítico e, por conseguinte, transformador de uma realidade em construção, partindo da investigação que emerge da prática de cuidados e investindo em processos de formação contínua (OE, 2017, 2021b).

A enfermagem de família, enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros. Ao promover o *empowerment* da família, esta é envolvida na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, desempenhando um papel ativo preponderante, capaz de conduzir ao bem-estar de todo o sistema familiar, ao desenvolver estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, necessárias ao longo do ciclo da vida familiar (Nunes, 2016; OE, 2017). Neste sentido, “a enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p. 8). Assim, para esta autora, corroborado por Henriques e Santos (2019), o enfermeiro poderá desenvolver vários tipos de abordagem à família.

Esta abordagem do Enfermeiro de Família dá ênfase às famílias e atribui uma importância acrescida ao domicílio, enquanto contexto de cuidados, preconizando-se que os membros da família devem assumir os seus problemas de saúde, criando um conceito de família saudável, que os deverá guiar no sentido do equilíbrio do sistema familiar (Nunes, 2016; OE, 2002).

A melhoria dos cuidados recebidos traduz-se, de acordo com a literatura consultada, numa maior satisfação dos clientes relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram mais adequados e mais úteis (Louro, 2009).

A primeira referência legal ao Enfermeiro de Família surgiu com a regulamentação das USF no Decreto-Lei nº 298/2007 (2007), que veio consagrar a prática do Enfermeiro de Família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

Posteriormente, em setembro de 2010, a Ordem dos Enfermeiros (OE) aprova por unanimidade a matriz de competências específicas de uma Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar. Apenas com o Regulamento n.º 126/2011, publicado em Diário da República (OE, 2011b), é mencionado o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, referindo que o foco dos cuidados destes profissionais são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento e desenvolvimento, bem como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, que provocam mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente.

Em outubro de 2011 é aprovado pela OE, por unanimidade, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Este documento contempla as duas competências específicas consagradas no documento anterior e aprofunda aspetos como o reconhecimento do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

como o profissional de referência, integrado na equipa de saúde multidisciplinar, que assume a responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos diversos contextos da comunidade. É, ainda, mencionado que o Enfermeiro de Família interage com as famílias através de um método organizado, dinâmico e sistematizado, compilando todos os dados sobre a família que permitam, posteriormente, a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. Neste processo, o Enfermeiro de Família é o ator principal na prestação de cuidados de saúde, funcionando como facilitador da autonomia da família nos processos de saúde/doença, negociando com os elementos desta, quais os melhores recursos de apoio e os melhores cuidados, de forma a contribuir para o equilíbrio dinâmico do sistema familiar (OE, 2011a, 2017).

Mais recentemente, é publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014, artigo 3,p.4070), onde é mencionado o enquadramento legal do Enfermeiro de Família, incluindo, para além das USF, também as UCSP como campo de atuação dos mesmos. O Enfermeiro de Família, segundo este Decreto-Lei, assume como principais competências:

- “O cuidado da família como unidade de cuidados e a prestação de cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente”;
- “A contribuição para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente grupos de voluntariado, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde”.

A 29 de Junho de 2015 foi publicado, em Diário da República, o Regulamento n.º 367/2015, que enuncia os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2015b). Os enfermeiros têm como missão prestar cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; focar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestar-lhes cuidados específicos, de acordo com as diferentes fases do ciclo vital, tanto ao nível da intervenção primária, como secundária e terciária; identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; reconhecer o sistema familiar como promotor de saúde; ser elo de ligação entre a família e os outros profissionais e recursos da sociedade; e estabelecer relação de parceria com a família, ajudando-a a mobilizar os recursos necessários para promover a máxima autonomia e a sua manutenção e recuperação nos processos de saúde/doença. Deve ainda ser o mediador das políticas de saúde implementadas dirigidas à família. O Regulamento n.º 367/2015 inclui, ainda, a apresentação

dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com o objetivo de explicitar qual o papel do enfermeiro, tanto junto dos clientes, como dos restantes profissionais de saúde, da população em geral e dos políticos. São enumeradas seis categorias de enunciados: a satisfação dos clientes; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, o Enfermeiro de Saúde Familiar é o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família no exercício das funções familiares. Reconhecendo o potencial de ajuda da família em situações de crise, o profissional de saúde poderá tornar-se seu parceiro na promoção de mudanças necessárias, de maneira a capacitá-la de forma a responder proactivamente, mobilizando os seus recursos e potencialidades para restabelecer o equilíbrio no seio familiar (Antunes, 2014; OE, 2021b), enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2017, 2021b).

Considerando a família como um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde. No âmbito da enfermagem familiar, é esperado que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, desenvolvimentais, situacionais e organizacionais vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias (Figueiredo, 2012; Louro, 2009; OE, 2017).

A OMS preconiza, portanto, que os Enfermeiros de Saúde Familiar ajudem os indivíduos e as famílias a lidar com a doença, aguda ou crónica, ou em momentos de *stress*, através da disponibilização de uma grande parte do seu tempo, trabalhando na casa dos indivíduos ou com as suas famílias, integrando uma equipa multidisciplinar. O seu papel passará por aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como proporcionar apoio em matérias relacionadas com a saúde (Figueiredo, 2011; Louro, 2009; OE, 2017).

A relação terapêutica estabelecida entre o Enfermeiro de Família e o indivíduo/família pressupõe um relacionamento com base na reciprocidade e em pressupostos colaborativos que promovam a participação dos membros da família em todas as etapas do processo de enfermagem. Andrade et al. (2017) e Figueiredo (2010) reforçam a ideia de que o Enfermeiro de Família desempenha um papel de gestor e organizador, contribuindo para a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ao ajudá-la a mobilizar os seus recursos internos e externos, no sentido de fortalecer a saúde da família e promover a sua

autonomia e independência. Também é crucial que se considere uma interdependência entre a saúde da família enquanto sistema funcional e a saúde individual dos seus membros.

O ICN (*International Council of Nurse*), no âmbito do Dia Internacional do Enfermeiro, elaborou um documento intitulado “*Nurses always there for you: Caring for families*”, onde refere que a enfermagem tem vindo a mudar o seu foco de cuidados, enfatizando o papel do Enfermeiro de Família na prestação de cuidados à família (ICN, 2002). Foram definidos princípios básicos para orientar as intervenções do Enfermeiro de Família, nomeadamente: a necessidade de reconhecer a ligação entre a saúde individual de cada elemento da família com a saúde de toda a família; as suas intervenções são dirigidas tanto aos elementos doentes como aos saudáveis; tenta aumentar as interações familiares para que obtenham um máximo potencial de saúde (Louro, 2009; OE, 2017).

Ao longo do documento, o ICN reforça, ainda, a ideia da necessidade de manter uma relação de parceria com as famílias, na qual as famílias desempenham um papel ativo no seu processo de saúde. São também explorados os diversos papéis dos enfermeiros no trabalho com as famílias, papéis esses que são influenciados pelas necessidades das famílias e pelo contexto onde são prestados os cuidados. As funções dos enfermeiros são identificadas no documento, como “*The Nine-Star Family Nurse: multi-skilled with diverse roles*” e são as funções de educador para a saúde, prestador de cuidados e supervisor, defensor da família, identificador de casos e epidemiologista, investigador, gestor e coordenador, conselheiro, consultor e modificador de ambiente (OE, 2015b).

O Enfermeiro de Família, durante a avaliação familiar, recolhe e analisa os dados sobre as diferentes dimensões e contextos familiares, nomeadamente acerca da estrutura e constituição da família, organização e interação entre si e com o meio, os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade (Curopos, 2014; OE, 2017, 2021).

Depois de uma correta avaliação familiar, é necessário intervir nos problemas identificados, procurando a participação ativa de todo o agregado familiar e a otimização dos recursos disponíveis no contexto da família, de forma a facilitar a adoção de estratégias direcionadas para as necessidades detetadas. Procurando promover mudanças na família, esta deve ser ajudada a identificar os seus problemas, as suas estratégias de  *coping*  e os seus recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares (Hanson, 2005; Henriques & Santos, 2019).

Assim, as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a família como foco de atenção dos seus cuidados e não uma abordagem fragmentada visando apenas o indivíduo (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves, 2015).

### 1.2.1. Caracterização do local de estágio

Os Ensinos Clínicos I, II e III decorreram na UCSP Litoral, no polo de São Martinho do Porto. Esta unidade de saúde é uma das unidades funcionais do Centro de Saúde das Caldas da Rainha, que se agrupa no ACeS Oeste Norte, que por sua vez está integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

A ARSLVT é uma das cinco Administrações Regionais de Saúde, que se caracteriza como uma pessoa coletiva de direito público, integrada na Administração Indireta do Estado. É dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde. Tem por missão garantir à população da Região de Lisboa e Vale do Tejo o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de acordo com os recursos disponíveis e fazer cumprir o respetivo Plano Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 222/2007).

Existem quinze Agrupamentos de Centros de Saúde, que funcionam como serviços desconcentrados, na dependência do Conselho Diretivo desta Administração Regional de Saúde, entre os quais o ACeS Oeste Norte.

Este agrupamento tem por missão garantir a prestação de CSP à população dos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, visando a obtenção de ganhos em saúde para a população.

São órgãos deste ACeS: o Diretor Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico, o Conselho da Comunidade e os serviços de apoio, que funcionam na dependência do Diretor Executivo (Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão). É constituído por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais Centros de Saúde. Destas unidades funcionais constam as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Também existe uma Equipa de Coordenação Local (ECL) e um Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GLCPPCIRA), (Manual de Acolhimento do ACeS Oeste Norte, 2016).

O Centro de Saúde das Caldas da Rainha está integrado no ACeS Oeste Norte e agrupa várias unidades funcionais que prestam cuidados à população residente no concelho da Caldas da Rainha. Este concelho é um dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria e tem como delimitação o Oceano Atlântico a noroeste, o concelho de Alcobaça a nordeste, o concelho do Cadaval a sul, o concelho de Óbidos e Bombarral a oeste, e o concelho de Rio Maior a leste. É constituído por dezasseis freguesias, duas delas localizam-se na cidade de

Caldas da Rainha (Nossa Sra. do Pópulo e Sto. Onofre) e as restantes nos arredores (A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalhal, Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, S. Gregório, Serra do Bouro, Sta. Catarina, Sto. Onofre, Tornada e Vidais).

A unidade que se caracteriza posteriormente é uma UCSP, sendo que, segundo o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008), sobre o Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, as UCSP têm estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam cuidados de saúde personalizados ao indivíduo ou familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACeS.

Partindo do princípio de que as USF são o futuro das UCSP, procurou-se ter nestes estágios uma visão de evolução na prática de enfermagem à família. Apesar de existirem algumas diferenças entre os dois tipos de unidade, é importante destacar que ambas tendem para a evolução dos cuidados prestados à família.

A UCSP Litoral iniciou atividade em 20 março de 2007 e é uma das sete UCSPs do ACeS Oeste Norte. Tem a sua sede em Alfeizeirão (R. de Moçambique, nº 9), a funcionar com instalações fornecidas pela Junta de Freguesia, e tem um polo em São Martinho do Porto (R. do Centro de Saúde, s/n) com instalações recentes (inauguradas em 3 de junho de 2016), onde decorreu o contexto de aquisição de competências do ensino clínico.

É constituída por duas médicas especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), mais uma médica reformada em prestação de serviços. Tem três enfermeiras (uma Enfermeira Coordenadora e Especialista em Médico-cirúrgica, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e, por último, uma Enfermeira Generalista), e quatro secretários clínicos.

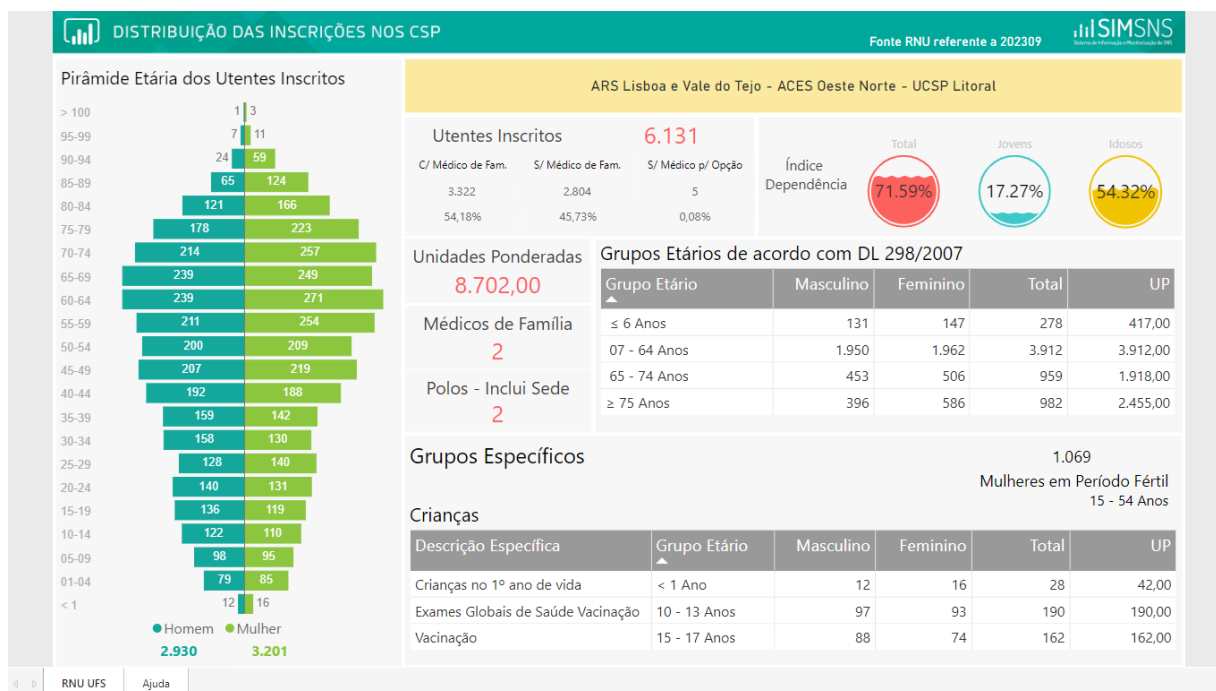
Sendo que cada médica se encontra em cada polo respetivamente (Alfeizeirão e São Martinho do Porto), cada uma com o seu respetivo ficheiro. Ambas as unidades têm ainda ficheiro de utentes sem médico de família.

A sua área de atuação, apesar da UCSP Litoral ainda não ter regulamento interno elaborado, assenta no princípio da harmonia entre as preocupações da acessibilidade, personalização, efetividade e continuidade dos cuidados de saúde, em cooperação com todos os elementos da equipa multidisciplinar, articulando com outras unidades funcionais do ACeS, avaliando de

forma objetiva e permanente todos os desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação.

A UCSP Litoral tem 6.131 utentes inscritos (o que se traduz em 8.702 unidades ponderadas), sendo que 2.930 são homens e 3.201 são mulheres.

Analisando a pirâmide etária da população inscrita na UCSP Litoral (**Figura 1**), observa-se uma base estreita, o que traduz uma baixa taxa de natalidade.



**Figura 1 - Caracterização demográfica do ficheiro da UCSP Litoral.**

Fonte: *Print screen* do Bilhete dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): Quem servimos.

O grupo etário com maior percentagem é o dos 07-64 anos com um total de 3.912 utentes. Pela análise da pirâmide etária conclui-se que as faixas etárias com maior número de utentes inscritos são: dos 65-69 anos, dos 60-64 anos e dos 70-74 anos, refletindo, portanto, uma população muito envelhecida.

Esta UCSP tem no conjunto dos dois polos (Alfeizeirão e São Martinho do Porto) um índice de dependência total de 71.59%, ou seja, é a percentagem da população jovem e idosa (população dependente) e a população em idade ativa (adulta).

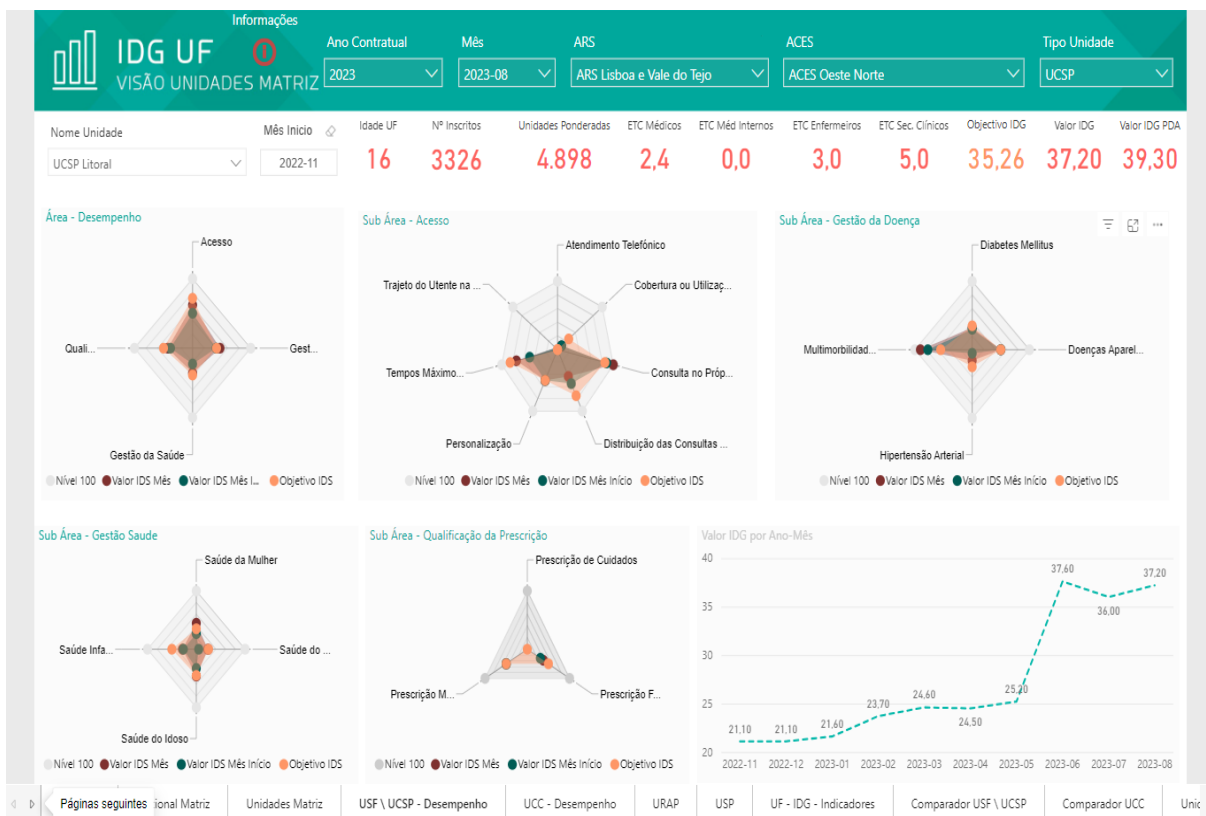
Tem um índice de dependência de jovens de 17.27%, ou seja, é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa.

Tem um índice de dependência de idosos de 54.32%, ou seja, é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa.

A UCSP Litoral garante à população inscrita uma carteira básica de serviços, que contempla: a vigilância, a promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases do ciclo vital, de acordo com as circulares normativas e orientações técnicas da Direção Geral da Saúde (DGS); cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica; cuidados ao domicílio e interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de cuidados diferenciados. Esta unidade não contratualizou nenhuma carteira adicional (DGS, 2010).

O compromisso assistencial da UCSP Litoral é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços de saúde pessoal e familiar consagrada na Portaria 1368/2007 de 18 de outubro (Ministério da Saúde, 2007). A UCSP pode propor ou receber propostas do ACeS para desenvolver as carteiras adicionais, se forem supletivas aos serviços já fornecidos aos cidadãos do ACeS (Ministério da Saúde, 2011).

O Compromisso assistencial é formalizado mediante a carta de compromisso, que representa um acordo anual entre a UF e o ACeS, onde consta o compromisso de recursos disponíveis e alocados à unidade e o compromisso de resultados, que se pretendem atingir. Estes são operacionalizados a nível do Índice Desempenho Global (IDG) e Índices de Desempenho Setoriais (IDS) (ACSS, 2020), como se pode observar através da **Figura 2**.



**Figura 2 - IDG da UCSP Litoral em agosto de 2023.**  
Fonte: *Print screen* do BI-CSP: Desempenho das Unidades.

O IDG é uma grelha que permite avaliar a qualidade organizacional em CSP e é composto por cinco áreas (Desempenho Assistencial; Serviços; Qualidade Organizacional; Formação; e Atividade Científica).

Em agosto de 2023 o valor final (ponderado) do IDG da UCSP Litoral foi de 39.30, sendo este um valor abaixo do que foi contratualizado, podendo estar relacionado com recursos humanos insuficientes e abaixo do rácio recomendado nas dotações seguras.

Relativamente aos IDS (**Figura 3**), constata-se que este índice subiu substancialmente na área de desempenho assistencial (Acesso, Gestão da Doença, Gestão da Saúde e Qualificação da Prescrição), quando comparado aos valores obtidos no ano anterior, com maior relevância da subárea de Acesso (de 50.3 para 62.2), na subárea da Gestão da Saúde (de 22.8 para 35.7) e na subárea de Gestão da Doença em que o valor do IDS ultrapassou o objetivo (de 41.25 para 47.2), o que se justifica pela motivação e desempenho da equipa da UCSP Litoral (conforme observável na **Figura 5**).

Uma equipa com experiências e saberes diferentes pode, através da partilha e da cooperação, prestar cuidados diferenciados, dentro das suas disciplinas, às famílias com necessidades diversas, capacitando-as e aumentando os ganhos em saúde.

A qualidade dos serviços de saúde e, especificamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem, deverá ser uma responsabilidade crescente que implica mudanças e representa um desafio para todos.

Destaca-se que a Unidade, na subárea de Acesso, conseguiu obter um valor elevado (62.2), garantindo sempre a dimensão “Consulta no Próprio Dia” (100) e um alto índice no valor da dimensão de “Tempos Máximos de Respostas Garantidos” (73.8). Nesta mesma subárea de Acesso, verifica-se ainda uma diminuição do índice da dimensão da “Distribuição das Consultas Presenciais no Dia”, de 55.3 para 43.6, relativamente ao ano anterior.

Relativamente à subárea de Gestão de Saúde, todos os valores subiram em relação ao ano anterior, dos quais se destaca a dimensão “Saúde da Mulher” cujo valor ultrapassou o objetivo IDS (de 35 para 44.7), e a dimensão “Saúde do Idoso” cujo valor subiu substancialmente relativamente ao ano anterior (de 32.9 para 46.1) ultrapassando o objetivo de 45 para esta dimensão.

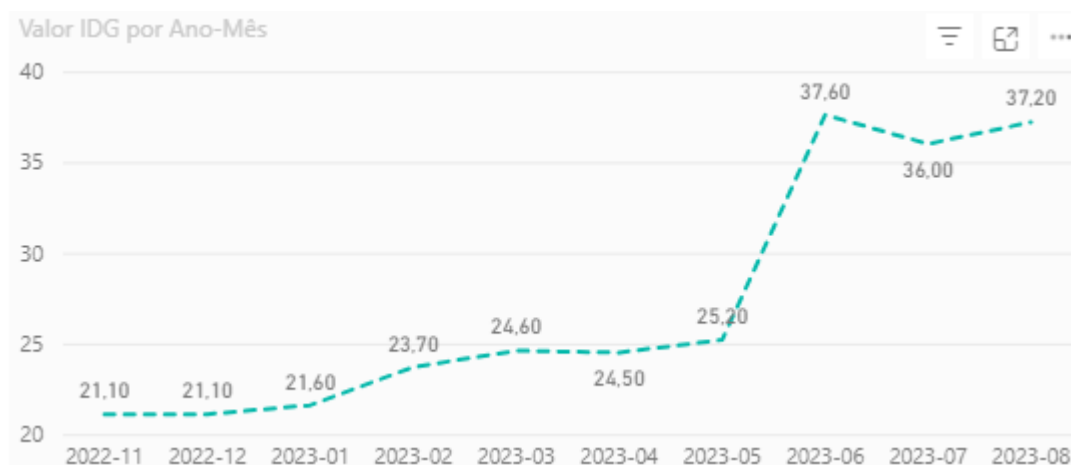
| Hierarquia Contratual - Área | Hierarquia Contratual - Sub-Área | Hierarquia Contratual - Dimensão              | Valor IDS   |
|------------------------------|----------------------------------|---|-------------|
| Desempenho Assistencial      | <b>Total</b>                     |   | <b>46,9</b> |
|                              | Acesso                           | <b>Total</b>                                  | <b>62,2</b> |
|                              |                                  | Cobertura ou Utilização                       | 8,5         |
|                              |                                  | Consulta no Próprio Dia                       | 100         |
|                              |                                  | Distribuição das Consultas Presenciais no Dia | 43,6        |
|                              |                                  | Personalização                                | 50          |
|                              |                                  | Tempos Máximos de Resposta Garantidos         | 73,8        |
|                              | Gestão da Doença                 | <b>Total</b>                                  | <b>47,2</b> |
|                              |                                  | Diabetes Mellitus                             | 32,3        |
|                              |                                  | Doenças Aparelho Respiratório                 | 50          |
|                              |                                  | Hipertensão Arterial                          | 15,9        |
|                              | Gestão da Saúde                  | <b>Total</b>                                  | <b>35,7</b> |
|                              |                                  | Saúde da Mulher                               | 44,7        |
|                              |                                  | Saúde do Adulto                               | 24          |
|                              |                                  | Saúde do Idoso                                | 46,1        |
|                              |                                  | Saúde Infantil e Juvenil                      | 28,2        |
|                              | Qualificação da Prescrição       | <b>Total</b>                                  | <b>42,6</b> |
|                              |                                  | Prescrição Farmacoterapêutica                 | 38,1        |
| Prescrição MCDT              |                                  | 50  |             |

**Figura 3 - Valor dos IDS da UCSP Litoral, relativos a agosto de 2023.**

Fonte: *Print Screen* do BI-CSP: IDG- Indicadores das Unidades.

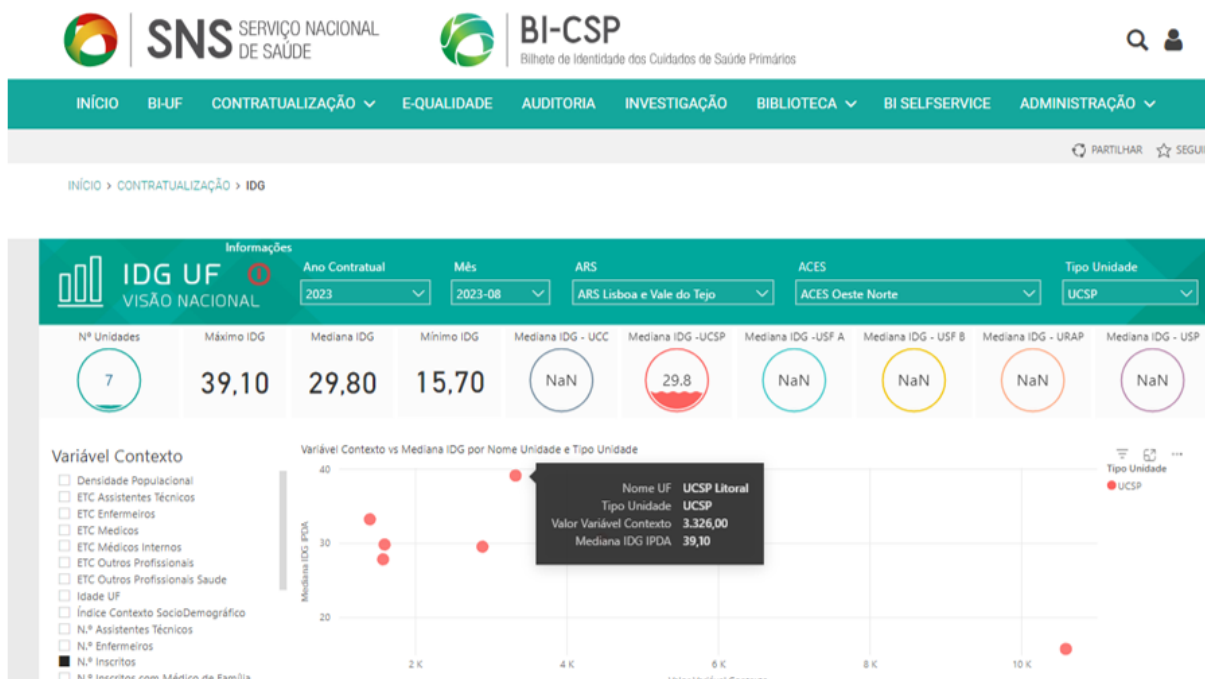
Relativamente ao Valor IDG contabilizado entre novembro de 2022 e agosto de 2023, verifica-se que, partir de maio de 2023, o mesmo vai subindo gradualmente de mês para mês, atingindo os valores mais elevados nos últimos 3 meses desse período, o que revela um esforço acrescido da Unidade em relação a todas as atividades programadas da UCSP Litoral.

**(Figura 4)**



**Figura 4 - Valor IDG por Ano/Mês da UCSP Litoral entre novembro 2022 e agosto de 2023.**

Fonte: *Print screen* do BI-CSP: Desempenho das Unidades.



**Figura 5 - Variável contexto versus mediana IDG por nome unidade e tipo de unidade relativos a agosto 2023.**

Fonte: *Print Screen* do BI-CSP: IDG- UF – Mediana IDG.

No Portal BI-CSP a monitorização é efetuada com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG; IDS, nas áreas do Desempenho assistencial, dos Serviços, da Qualidade organizacional, da Atividade científica e da Formação e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores, constantes da Matriz de Indicadores dos CSP (Portaria nº 212/2017, 2017).

A listagem dos indicadores que integram a matriz de indicadores dos CSP, bem como a sua descrição, é igualmente disponibilizada neste Portal. O resultado de cada indicador é lido de acordo com a seguinte métrica: resultado dentro do intervalo esperado (conjunto de resultados que traduz uma boa prática) corresponde a um *score* de 2; resultado dentro da variação aceitável (conjunto de resultados que traduz uma prática aceitável) corresponde a *score* de 1. O não cumprimento não obtém pontuação (ACSS, 2021).

### 1.3. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

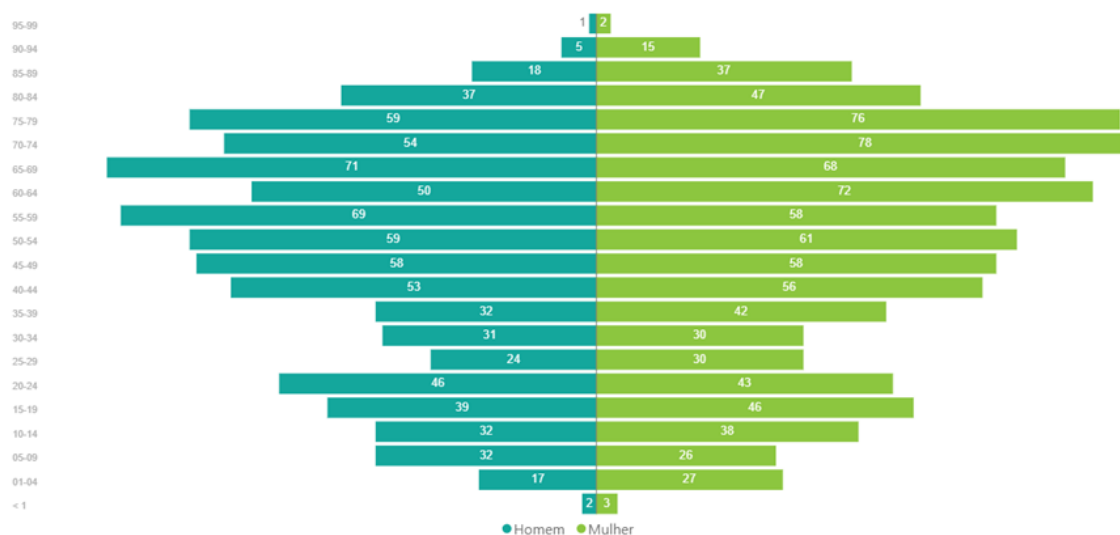
O Enfermeiro de Família assume um papel de referência em CSP, na medida em que organiza e rentabiliza os recursos adequando-os à pessoa e sua família, contribuindo, assim, na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva. Assim, neste sentido, cada Enfermeiro de Família deverá ter, em média, 350 famílias (entre 300-400 famílias) de uma determinada área geodemográfica, embora o número de utentes por Enfermeiro de Família possa ser variável dependendo da complexidade dos cuidados e grau

de dependência dos utentes ou famílias. A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE indica como limite máximo o número de 1.550 utentes, de forma que se garanta a segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços e de modo a que cada família tenha o seu enfermeiro (Decreto-Lei nº 298/2007, 2007; OE, 2020). Ressalva-se que tal não se verificou no ficheiro trabalhado do Ensino Clínico, uma vez que este detinha 1.702 utentes e 847 famílias (**Figura 7**), comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

O Enfermeiro de Família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados e sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

Para um pensamento mais conceptual sobre as famílias, considerou-se importante conhecer o tipo de famílias inscrito neste ficheiro.

A pirâmide etária (**Figura 6**) é reveladora de uma população envelhecida, sem diferenças de gênero relevantes.



N=1702

**Figura 6 – Pirâmide Etária da UCSP-Litoral, Polo de São Martinho do Porto.**  
Fonte: BICSP 09/2023.

O ficheiro de família sobre o qual incidiu a atividade de estágio (**Figura 7**), é constituído pela Médica de Família e pela Enfermeira Especialista (orientadora de estágio), que, em conjunto,

são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde individuais e familiares a uma lista de 1.702 utentes, que se distribuem por 847 famílias e se traduz em 2.400 unidades ponderadas.

| Frequentador Actual | S              |                    | Total          |                    |
|---------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|
|                     | Frequentador   |                    |                |                    |
| Local               | Nº de Famílias | Nº Utentes Família | Nº de Famílias | Nº Utentes Família |
|                     |                |                    |                |                    |

**Figura 7 - Número de Famílias do ficheiro de família, sobre o qual incidiu a atividade de estágio – Polo São Martinho do Porto.**

Fonte: MIM@UF, 2023-09.

Conforme-se se observa na **Figura 8**, dos 1.702 utentes inscritos, 186 utentes são vigiados em consulta de diabetes, 560 utentes em consulta de Hipertensão, 313 utentes em consultas de planeamento familiar, 262 utentes em consulta de saúde infantil/juvenil, e 5 mulheres em consulta de saúde materna. Também existem 1.277 utentes que aderem ao rastreio oncológico (cancro do colo do útero, colorretal e da mama). Estas consultas são realizadas pela equipa de enfermagem, com consultas autónomas, mas complementares de enfermagem e medicina.

|  |            |           |            |                                       |           |  |
|--|------------|-----------|------------|---------------------------------------|-----------|--|
| <b>Unidade Funcional: UCSP LITORAL – São Martinho do Porto</b> |            |           |            |                                       |           |  |
| <b>UTENTES POR MÉDICO/ENFERMEIRO DE FAMÍLIA</b>                |            |           |            |                                       |           |  |
| <b>Médico de Família:</b>                                      |            |           |            | <b>Total Utentes por médico:</b> 1702 |           |  |
| <b>DM</b>  | <b>HTA</b> | <b>PF</b> | <b>SIJ</b> | <b>SM</b>                             | <b>RO</b> |  |
| 186  | 560        | 313       | 262        | 5                                     | 1.277     |  |

**Figura 8 - Número de utentes inscritos por médico de família e distribuídos por programas de saúde.**

Fonte: MIM@UF, 2023-09.

Relativamente à lista de utentes do Enfermeiro de Família, a faixa etária que predomina no sexo masculino é a de 65-69 anos e a faixa etária que predomina no sexo feminino é a de 70-74 anos. A maioria dos utentes são adultos destacando-se a faixa etária entre os 45 e 64 anos, pelo que a maioria da população inscrita no ficheiro se encontra em idade ativa.

Segundo a Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários (ICPC – *International Classification of Primary Care*), que permite classificar os motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos, conclui-se que a primeira razão que leva à procura de cuidados

de saúde, no TOP 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro de família sobre o qual incidiu a atividade de estágio, são as alterações do metabolismo dos lípidos. (Figura 9)

| ICPC | Métrica                                     | Qtd Problemas | TOP |
|------|---|---------------|-----|
| T93  | ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS       | 531           | 1   |
| K86  | HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES                | 465           | 2   |
| T83  | EXCESSO DE PESO                             | 412           | 3   |
| T82  | OBESIDADE                                   | 309           | 4   |
| P17  | ABUSO DO TABACO                             | 304           | 5   |
| P76  | PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS                    | 274           | 6   |
| A91  | INVESTIGAÇÃO COM RESULTADOS IRREGULARES, NE | 202           | 7   |
| L86  | SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES  | 183           | 8   |
| F91  | ERRO DE REFRACÇÃO                           | 179           | 9   |
| P06  | PERTURBAÇÃO DO SONO                         | 177           | 10  |
| T90  | DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE            | 170           | 11  |
| P74  | DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE     | 139           | 12  |
| W14  | CONTRACEPÇÃO, OUTROS                        | 136           | 13  |
| L87  | BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE          | 128           | 14  |
| K95  | VEIAS VARICOSAS DA PERNA                    | 121           | 15  |
| L90  | OSTEOARTROSE DO JOELHO                      | 120           | 16  |
| L91  | OUTRAS OSTEOARTROSES                        | 111           | 17  |
| L03  | SINAIS / SINTOMAS DA REGIÃO LOMBAR          | 106           | 18  |
| R97  | RINITE ALÉRGICA                             | 104           | 19  |
| K87  | HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES                | 91            | 20  |

**Figura 9 - TOP 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro da Enfermeira de Família.**

Fonte: BI CSP, dados de 04.2023.

Constata-se que a maioria dos problemas constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Contudo, podem ser modificáveis através da adoção de estilo de vida saudável, o que atribui à equipa de saúde familiar um papel importante junto das famílias, desde logo na vigilância da saúde infantil, através da promoção de uma alimentação saudável, da prática regular de exercício físico e adoção de posturas corretas, assim como a prevenção de consumos nocivos e controlo das doenças crónicas, como a hipertensão, a diabetes e alterações dos lípidos.

As perturbações depressivas e os distúrbios de ansiedade também alertam para a necessidade da promoção da saúde mental e a necessidade de articulação com outros profissionais especializados nesta área.

No que diz respeito à contraceção oral, prende-se com o facto de uma grande parte dos utentes que constituem o ficheiro serem do sexo feminino e se encontrarem em idade fértil.

Relativamente aos dados de mortalidade, não é possível obter dados. Pode-se inferir, que os problemas mais frequentes constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares, o que, possivelmente, pode acompanhar a tendência nacional que no ano de 2017 foi a primeira causa de morte (INE, 2019).

A implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde é uma ferramenta importante para a avaliação das metas estabelecidas pelos gestores.

Destaca-se apenas aqueles que, de alguma forma, refletem o desempenho do Enfermeiro de Família nos vários programas de saúde, conforme consta na **Tabela 1**.

**Tabela 1 - Resultados dos Indicadores por Enfermeiro de Família, relativos a agosto de 2023.**

| <b>Designação do Indicador</b>  | <b>Número</b> | <b>Denominador</b> | <b>Valor (%)</b> |
|---|---------------|--------------------|------------------|
| Proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce, para doenças metabólicas realizado até ao 6º dia | 1             | 2                  | 50               |
| Proporção crianças 2 anos, com peso e altura 1 ano  | 8             | 8                  | 100              |
| Proporção crianças 7 anos, com peso e altura 5-7 anos   | 9             | 17                 | 52,9             |
| Proporção jovens 14 anos, c/ peso e altura 11-14 anos   | 6             | 14                 | 42,8             |
| Proporção crianças 2 anos, com Programa Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou execução              | 8             | 8                  | 100              |
| Proporção crianças 7 anos, com PNV cumprido ou em execução  | 15            | 17                 | 88,2             |
| Proporção jovens 14 anos, com PNV cumprido ou em execução   | 14            | 14                 | 100              |
| Proporção utentes, com idade igual ou superior a 25 anos, com vacina contra o tétano.                 | 1223          | 1370               | 89,2             |
| Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar de enfermagem                                 | 52            | 313                | 16,6             |
| Proporção mulheres 25-60 anos, com rastreio do Cancro do Colo do Útero                                | 150           | 357                | 42               |
| Proporção utentes com diabetes mellitus (DM) com avaliação do risco de úlcera pé                      | 127           | 186                | 68,2             |
| Proporção DM com consulta de enfermagem de vigilância de DM no último ano                             | 137           | 186                | 73,6             |
| Proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro de Família  | 532           | 1167               | 45,5             |
| Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos  | 1048          | 1739               | 60,2             |
| Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos  | 6             | 604                | 9,9              |

Fonte: MiM@UF 2023-08

Tendo em conta os indicadores contratualizados pela UCSP Litoral, constata-se que o conjunto de resultados obtidos pela Enfermeira de Família (orientadora de estágio) traduzem um valor positivo (superior a 50%), atendendo ao número de famílias e utentes do ficheiro estarem acima do recomendado das dotações seguras, com destaque para a área da vacinação que sobressai em relação aos outros indicadores. Também se verifica que as consultas de enfermagem foram realizadas pela Enfermeira de Família, garantindo a personalização e continuidade dos cuidados.

De realçar que houve cumprimento de todos os indicadores.

Quanto aos indicadores contratualizados, constata-se que não contemplam as atividades desempenhadas com as famílias, o que revela a necessidade de ajustes nos indicadores das unidades funcionais, de forma que estes se traduzam em ganhos de saúde para as famílias.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A transformação da sociedade ao longo do tempo fez emergir novos tipos de estrutura e organização familiar, o que determina a evolução do conceito de família. Atualmente existem muitas definições de família, mas a "simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura" (Relvas, 1996, p.16), resultado das diferentes ciências que estudam as famílias, tais como psicologia, sociologia e economia. Estas têm contribuído para as transformações sofridas pelo conceito de família ao longo dos anos nas diferentes culturas (Henriques & Santos, 2019).

Assim, pode-se considerar que não existe nenhuma definição universal de família. Esta deve ser entendida como um sistema complexo, que só poderá ser compreendido numa perspetiva holística. A família deve ser vista como um todo, sem esquecer os elementos que a compõem, nem as relações com o meio, o que torna cada família única (Relvas, 1996). Ou seja, o seu conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura e o seu crescimento pessoal são únicos (OE, 2017).

Wright e Leahey (2012, p. 48) também realçam a importância dos relacionamentos significativos, considerando que a família é "quem os seus membros dizem que são". Outros autores partilham da mesma ideia e definem a família como um conjunto de pessoas que se autointitulam família e que têm um compromisso de cuidado e bem-estar entre si (Denham, Eggenberger, Young, & Krumwiede, 2015; Hanson, 2005).

Assim, a abordagem da família deve considerar o seu contexto e ir mais além das definições ligadas à consanguinidade e afinidade, pelo que o paradigma sistémico ajuda a compreender a complexidade do sistema familiar (Figueiredo, 2010).

Numa perspetiva sistémica, a família contém subsistemas ao mesmo tempo que é contida em outros sistemas maiores, ligados de forma hierarquicamente organizados; possui limites que a distinguem do seu meio e goza das mesmas propriedades que os outros sistemas abertos, como a totalidade, equifinalidade, retroação e auto-organização (Alarcão, 2000).

Apesar do reconhecimento da família para a saúde dos seus membros, só nas últimas décadas é que a família foi considerada como um recurso para a sua própria saúde, tornando-

se o foco dos cuidados. A saúde é vista como um processo de interação entre os comportamentos dos membros da família (OE, 2017).

O modelo sistémico contribuiu para que se passasse, progressivamente, do estudo do indivíduo isolado para a focalização na vida familiar, elegendo como unidade de análise as relações interpessoais. Neste enquadramento, é importante que a enfermagem de família se foque nas relações e nas interações, "em que a finalidade da intervenção é a mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões internacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar" (Figueiredo, 2010, p.32).

A enfermagem de família, enquanto área disciplinar, tem-se vindo a desenvolver com a emergência de teorias e modelos de avaliação e intervenção familiar, que reconhecem o sistema familiar como o foco dos cuidados. Os cuidados de saúde são mais eficazes quando centrados na família, pois é no ambiente familiar que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos, a saúde dos membros é influenciada pela família, ao mesmo tempo que os problemas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família (Denham, 2003; Hanson, 2005). A família sendo considerada como um todo, enquanto objeto de prestação de cuidados de saúde, e tendo em conta a sua relevância na sociedade, fomentou a conceção da atual Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2015b).

Segundo Hanson (2005, p. 8), a enfermagem de família pode "ter como objetivo a família como contexto, a família como todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade". Assim, de acordo com esta autora, a família pode ser abordada como contexto (os cuidados centram-se no indivíduo e a família é considerada como recurso ou fator de *stress*); como um todo (os cuidados contemplam todos os membros da família, mas de uma forma individualizada, a família é considerada como a soma dos seus membros); como sistema (o alvo das intervenções são as interações familiares, o todo é mais do que a soma das partes); e como componente da sociedade (os cuidados focalizam-se no subsistema família, a família é considerada uma das muitas instituições dentro da sociedade, que interagem umas com as outras) ou seja, todo este processo de cuidar das necessidades de saúde da família estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (Henriques & Santos, 2019).

Apesar do reconhecimento concetual e político da importância da família como foco dos cuidados e a reorganização dos CSP, que veio favorecer a inclusão da família nos cuidados, a mudança do paradigma dos cuidados centrados no indivíduo para a família ainda constitui um desafio para os enfermeiros.

Para Wernet e Ângelo (2003), os Enfermeiros de Família apesar de lidarem diariamente com situações vivenciadas pelas famílias, ainda não estão sensibilizados para a complexidade inerente à dinâmica familiar e para a importância de considerar a família como unidade de cuidados, como citado em Santos (2012).

Uma prática de enfermagem a nível sistémico requer o conhecimento da família como sistema interativo, cujo foco são as dinâmicas internas da família (relações, estrutura e funcionamento) e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente. Esta prática de enfermagem pressupõe cuidados especializados de enfermagem de família (Friedman et al., 2003).

Para Gottlieb (2016), o modelo de défice ainda permanece no sistema de saúde, como modelo dominante dos cuidados. Esta autora considera que os profissionais de saúde são preparados para tratar problemas. Por outro lado, considera que só uma abordagem dos cuidados de enfermagem baseado nas forças, honra a singularidade da pessoa, coloca a pessoa e sua família como foco principal dos cuidados e contextualiza os problemas dentro da própria história, cultura, crenças e valores da pessoa, daquilo que é importante e que tem significado para ela.

Contudo, uma das competências específicas exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, é que, ao considerar a família como uma unidade de cuidados, promove as suas aptidões focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo de vida e nas suas transições (OE, 2018, 2021b).

Os modelos conceituais estabelecem "um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre família" (Figueiredo, 2010, p. 34). Neste contexto, é importante o recurso a modelos de avaliação e intervenção familiar que orientem a prática profissional para uma abordagem da família e que visem a compreensão desta como unidade de cuidado e não apenas como a soma da individualidade de cada membro da família (OE, 2017, 2021b).

A avaliação familiar é uma competência importante para os enfermeiros que trabalham com famílias numa perspetiva sistémica do cuidado à família e pressupõe que o enfermeiro faça uma análise da família, que integre conhecimentos de modelos de enfermagem, das ciências sociais e da terapia familiar (Hanson & Ligeiro, 2005; Henriques & Santos, 2019).

Segundo Wright e Leahey (2012), a aprendizagem de como fazer a transição de uma perspetiva individualista mais tradicional para o pensar de modo interacional ou pensar a família pode ser facilitada, proporcionando aos enfermeiros uma clara estrutura para a avaliação das famílias. As autoras acrescentam que existem diferentes abordagens de acordo

com o grau de perícia do profissional de enfermagem. Por um lado os enfermeiros de cuidados gerais conceptualizam a família como contexto ou recurso, enquanto que, os enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde familiar devem conceptualizar a família como foco de cuidados, como citado por Henriques e Santos (2019).

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) foi desenvolvido pelas autoras e enfermeiras Wright e Leahey, para orientar a avaliação do sistema familiar. Este modelo apresenta-se com uma estrutura multidimensional e integrada, que aborda três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2012). Por sua vez, cada uma destas dimensões integra várias categorias e subcategorias, que de uma forma global permitem avaliar o sistema familiar numa perspetiva sistémica. Contudo, segundo as autoras, num determinado momento pode não ser pertinente avaliar a família em todas as categorias ou subcategorias, pelo que o Enfermeiro de Família explora as categorias ou subcategorias que considerar mais relevantes.

A avaliação estrutural aborda três categorias que permitem avaliar a vida familiar a nível da estrutura interna, externa e do contexto. Permite conhecer quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos intra e extrafamiliares e em que contexto se encontra inserida.

A nível da estrutura interna, é possível obter informações acerca de seis subcategorias: composição familiar; género familiar; ordem de nascimento; orientação sexual; subsistemas familiares; e limites. Para melhor compreender a estrutura interna é importante recorrer ao uso do genograma, que consiste numa representação visual dos elementos da família e da natureza e padrão dos seus relacionamentos e retrata as relações através das gerações (verticalmente) e dentro das gerações (horizontalmente) (Gottlieb, 2016).

A nível da estrutura externa são avaliadas duas subcategorias: família alargada e sistemas sociais. Os sistemas mais amplos incluem as interações sociais em que a família participa, seja com instituições sociais ou com pessoas significativas, que não pertencem à família alargada, mas que proporcionam ajudas diferenciadas (Figueiredo, 2012). Poderão ser representadas através da elaboração do ecomapa, o qual, para Friedman et al. (2003), consiste na representação gráfica da rede social da pessoa, incluindo amizades, família alargada, vizinhos, trabalho, sistema de saúde, grupo religioso e organizações comunitárias, como citado por Gottlieb (2016).

Por fim, a nível do contexto, são avaliadas cinco subcategorias: etnia; raça; classe social; religião/espiritualidade; e o ambiente. A avaliação do contexto da família permite compreender as interações entre os membros da família e entre estes e os sistemas amplos, assim como a importância da classe social na promoção de estilos de vida e o impacto da religião e

espiritualidade nos hábitos sociais e representações sobre os processos de saúde e doença da família (Figueiredo, 2010).

No que concerne à avaliação de desenvolvimento, permite avaliar as categorias referentes aos estágios, tarefas e vínculos. O desenvolvimento familiar é um conceito abrangente, que se refere a todos os processos de crescimento do sistema familiar, tendo em conta a transformação progressiva da história familiar durante as fases do seu ciclo de vida, desde o nascimento até à morte. A compreensão deste percurso possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família para desenvolver tarefas essenciais para cada etapa (Alarcão, 2000). 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, 1997, p. 16). A avaliação dos vínculos também se torna relevante para a compreensão dos relacionamentos. Estes são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2012).

A avaliação funcional corresponde à última dimensão proposta, que se reporta "aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros" (Wright & Leahey, 2012, p. 124). A avaliação funcional integra duas categorias, que permitem compreender o funcionamento da família: instrumental e expressiva. A primeira refere-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, sendo estas que mais parecem influenciar o estado de saúde da família (Figueiredo, 2012). A avaliação expressiva aborda oito subcategorias: comunicação emocional; comunicação verbal; comunicação não verbal; comunicação circular; solução de problemas; influência e poder; crenças; e alianças e uniões.

O MCAF tem sido adotado e ensinado em vários países do mundo e foi um dos quatro modelos identificados pelo ICN como modelo de referência no mundo para avaliação familiar (Wright & Leahey, 2012).

Para complementar o MCAF, as mesmas autoras desenvolveram o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), com o intuito de orientar a intervenção na família. Este modelo, assim como o MCAF, tornou-se um modelo com grande aceitação mundial. Estes modelos fundamentam-se concetualmente na teoria dos Sistemas, da Cibernética, da Comunicação e da Mudança (Henriques & Santos, 2019; Wright & Leahey, 2012).

O MCIF é um modelo que fornece uma estrutura organizada que concetualiza a interação entre o enfermeiro e as famílias, de forma a promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. Considera que o resultado de uma intervenção de

enfermagem é uma resposta que pode ser, ou não, eficaz, mas que revela o funcionamento da família (Henriques & Santos, 2019; Wright & Leahey, 2012).

Neste modelo, as autoras sugerem as intervenções mais adequadas, consoante o determinado nível de funcionamento familiar, onde se pretende efetuar o ajuste ou mudança, não esquecendo que o enfermeiro só deve propor intervenções à família e não instruir, dirigir, exigir, ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2012).

Wright e Leahey (2012) defendem que, para o envolvimento das famílias, o enfermeiro para além de ter um bom conhecimento sobre modelos de avaliação e intervenção na família, também são necessárias habilidades para entrevistar. Neste contexto, as autoras desenvolveram, como instrumento de avaliação e intervenção com as famílias, entrevistas breves de quinze minutos ou menos.

Suportado pelos pressupostos de enfermagem de família, designadamente o MCAF e MCIF, mas também pelas experiências e vivências dos enfermeiros em contexto de Cuidados de Saúde Primários, surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar, que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias. Pretende também ser um instrumento de trabalho de potencialização da abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem de família (Figueiredo, 2012).

Este modelo define o conceito de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família. Os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar e os cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de intervenção.

O MDAIF é operacionalizado por uma estrutura multidimensional centrada em três dimensões avaliativas: estrutural; de desenvolvimento; e funcional.

Segundo Figueiredo (2012), a dimensão estrutural engloba, como definições, o rendimento familiar, o edifício residencial, as precauções de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico. Para uma melhor compreensão da estrutura da família deve-se recorrer ao uso do genograma, ecomapa e classificação social internacional proposta por Graffar. Na dimensão de desenvolvimento enquadram-se as definições de satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. Por fim, a dimensão funcional aborda as definições de papel de prestador de cuidados e processo familiar. Para auxílio da compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento familiar é recomendado o uso de instrumentos de avaliação familiar como a escala de readaptação social de Homes & Rahes, escala FACES II e APGAR familiar de Smilkstein.

Este modelo, como uma estrutura operativa dinâmica, pretende ser flexível e interativo, permitindo aos enfermeiros propor as intervenções que melhor possam dar respostas às necessidades das famílias.

O Processo em Espiral é outro modelo que guia a prática de enfermagem, desenvolvido por Moudarres e Erzer, e que consiste em revelar e descobrir as forças durante quatro fases (Gottlieb, 2016).

Este modelo, ao contrário de outros, não consiste numa sequência de passos, embora as fases sejam distintas. Estas interligam-se e podem estar todas presentes num primeiro contato. A primeira fase "**Explorar e ficar a conhecer**" consiste em conhecer a pessoa/família, o que implica que o enfermeiro desenvolva um conjunto de competências de colheita de dados e de pensamento crítico; a qualidade da informação obtida depende da relação de confiança e da parceria colaborativa, que se estabelece com a pessoa e sua família. O modelo discrimina oito abordagens que orientam a prática, nesta fase. A segunda fase "**Aproximação do Alvo**" caracteriza-se pelo esforço conjunto do enfermeiro e família na resolução do problema; são delineadas metas alcançáveis e de acordo com as prioridades estabelecidas pela família. A terceira fase "**Pôr em Prática**" consiste em definir um plano de ação que considere as forças e recursos disponíveis da família, de forma a atingir as metas. E por fim, a fase "**Rever**" que implica fazer um balanço do que funcionou e daquilo que precisa ser melhorado, o que pode implicar uma reformulação colaborativa do plano previamente estabelecido (Gottlieb, 2016).

Este modelo fundamenta-se no Cuidar Baseado nas Forças e 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 tomam decisões em conjunto, 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. O foco situa-se nas forças, possibilidades, empoderamento e compromisso (Gottlieb, 2016).

O Cuidar Baseado nas Forças é uma área de conhecimento que consta no Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado e visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, definidas pela OE, fundamentadas pela "*Position Statement On Advanced Practice Competencies For Family Nursing*", da *International Family Nursing Association* (OE, 2021a).

Cuidar da família como unidade de cuidados, desafia os enfermeiros a concetualizar uma intervenção complexa, global, multidimensional e multidisciplinar. Assim, a prática especializada deve ser orientada por modelos de avaliação e intervenção às famílias, para que se garantam cuidados de qualidade às mesmas.

Em Portugal, a enfermagem familiar é desafiada no contexto de fazer um uso mais eficaz das suas próprias competências, investindo mais em ações de promoção da saúde e prevenção da doença e menos em procedimentos técnicos curativos, contribuindo, assim, para um melhor desempenho no SNS (Nora, Schaefer & Neves-Amado, 2018).

Os modelos de enfermagem apresentam áreas comuns e sobreponíveis, sendo determinante que se estabeleçam formas de conceptualizar os cuidados de enfermagem à família. A evolução teórica dos últimos anos evidencia que a enfermagem mostrou querer assumir a família como foco dos seus cuidados (Fernandes et al., 2015; OE, 2021b). Assim sendo, é de basilar importância que os Enfermeiros de Família recorram a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados.

## 2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO IDOSO DEPENDENTE COM FERIDA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

As conceções sobre família, saúde, doença e a própria concetualização sobre os cuidados de saúde à família, são fatores que condicionam a forma como os enfermeiros vão orientar e implementar os seus cuidados. Ao serem os prestadores de cuidados de primeira linha, dos doentes e suas famílias, cabe-lhes, através da relação terapêutica e interpessoal, valorizar todo o contexto familiar, ajudando os seus elementos a desenvolver estratégias para lidar com os processos de transição que vão sofrendo. Só assim, com esta visão holística nos cuidados, será possível a família obter o máximo de bem-estar.

Segundo Friedman et al. (2003), citado em Hanson (2005) e Nunes (2016), é pertinente que o Enfermeiro de Família desenvolva cuidados a três níveis: a **nível individual**, ao considerar a família como o contexto do indivíduo e trabalhando o indivíduo no contexto com o objetivo do seu bem-estar e saúde; a **nível interpessoal**, ao considerar a família constituída por díades, tríades...em que o objetivo são as relações e o apoio mútuo dos membros; e a **nível sistémico**, ao considerar a família como um sistema de componentes estruturais e funcionais que interagem com sistemas ambientais e subsistemas. Apenas neste último nível de cuidados o enfermeiro se foca na família como um sistema, nos seus pontos fortes, nas suas potencialidades, nos seus recursos, nas suas competências, vendo-a de forma holística, aspetos imprescindíveis para o desenvolvimento de estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, necessárias ao longo do ciclo da vida familiar.

Assim, os enfermeiros devem ter por base uma filosofia de cuidados colaborativos, considerando a família como um parceiro dos cuidados (DGS, 2010). A parceria estabelecida entre o profissional e a família deve ter em conta as suas expectativas e a definição de qualidade de vida, de forma a mobilizar os recursos da sociedade adequados às necessidades da família, promovendo e facilitando o seu *empowerment* nas tomadas de decisões (Ferreira, Pereira, Ferreira, Vieira & Meireles, 2012; OE, 2015b).

Neste contexto, considera-se que a atitude que os enfermeiros adotam em relação à família é um fator crucial no processo de cuidar, sendo inclusive determinante para a qualidade da relação entre enfermeiro/doente/família (Rodrigues, 2013), que domine a sua área de competência e de conhecimento e os mobilize para elevar a profissão a um outro nível, num processo que envolve a pessoa e a coloca no centro da sua atuação de cuidar (Fernandes & Vareta, 2019).

A intervenção de enfermagem eficaz é aquela que é mais útil à mudança da estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família. Isto traduz os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro, resultante dos seus cuidados a nível afetivo, cognitivo e comportamental (Wright & Leahey, 2012). Estes princípios de visão holística dos cuidados, prestando cuidados a todo o sistema familiar, são fundamentais, independentemente do local onde os cuidados são prestados (Hanson, 2005; Nunes, 2016).

As diretrizes da orientação dos cuidados de saúde têm demonstrado a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família, bem como da relevância da relação que cada enfermeiro estabelece com a família na prestação de cuidados (Silva, Costa & Silva, 2013). A este respeito, também Söderström, Benzein e Saveman (2003) defendem que, se os enfermeiros acreditam que a família e o relacionamento que estabelecem com esta é um fator importante para a qualidade dos cuidados, terão uma maior propensão para iniciar interações com a mesma.

Os elementos de uma família não mudam ao mesmo tempo, sendo que as diferenças, as semelhanças e as ruturas, vão surgindo e gerando constantes desafios ao sistema familiar, o que dinamiza novos desenvolvimentos ao longo do ciclo vital da mesma. A família visa promover o crescimento dos seus membros, mantendo a coesão, priorizando as necessidades e apresentando flexibilidade para as mudanças, após enfrentar uma crise (Araújo & Santos, 2012). É neste contexto que o enfermeiro desempenha um papel fundamental, prestando a maior parte dos seus cuidados em momentos de transição da família.

Para a compreensão da família como unidade em transformação, é essencial a sua concetualização através de um paradigma integrativo, que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade, e que considere tanto a historicidade da família, quanto o contexto em que está inserida. Só assim será possível prestar cuidados efetivos, com foco na família, visando o seu potencial e ao capacitá-la para gerir as exigências e especificidades do ciclo vital (Figueiredo, 2012; Louro, 2009; OE, 2017).

Cuidar da pessoa no seio da sua família, e vendo esta como um sistema, é hoje considerado um fator imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade. Esta opinião é reforçada por Wright e Leahey (2012), que reconhecem que a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo este cuidado centrado na família como parte integrante da prática da profissão.

No entanto, na prática existe uma dicotomia entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e os seus discursos, na medida em que, apesar de enfatizarem a relevância dos cuidados centrados na família e afirmarem que as famílias são importantes, as suas atividades na mantêm-se centradas nos indivíduos (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008; Carvalho, Martins, Figueiredo, Martinho & Oliveira, 2010).

Contudo, a investigação recente revelou que os enfermeiros que exercem as suas funções em contexto comunitário possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância à enfermagem centrada famílias. Essas atitudes são potencializadas pela formação pós-graduada, quer a formação numa área especializada da enfermagem, quer a formação específica na área da enfermagem de família (Martins et al., 2010).

Também Silva et al. (2013) mostraram que os enfermeiros atribuem bastante importância às famílias, sendo esta influenciada por variáveis como a idade, o grau de habilitações ou a formação específica sobre família que os enfermeiros possuem. Por outro lado, também foi constatado que os enfermeiros que trabalham em UCSP evidenciam atitudes de menor suporte às famílias.

Conclui-se que, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam todo o processo do cuidar. Na promoção de um atendimento acolhedor ao utente e família, deve garantir-se um atendimento de qualidade, estabelecendo relações humanizadas entre quem cuida e é cuidado. Assim, o caminho passa pela mudança de atitudes, por motivar os profissionais e capacitá-los com instrumentos e habilidades, que os ajudarão a atuar de uma nova forma perante a família.

Portugal tem sofrido, nas últimas décadas, alterações demográficas significativas, que derivam sobretudo do aumento da esperança média de vida e da redução da taxa de natalidade (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Segundo Correia e Dias (2012), este fenómeno caracterizado pelo aumento da população idosa e a redução da população jovem, patente na sociedade portuguesa, designa-se por duplo envelhecimento.

O envelhecimento traz consigo um aumento da probabilidade de limitações, tanto ao nível biológico, como psicológico e social, uma vez que o facto de viver mais tempo significa um aumento da prevalência de determinadas doenças crónicas que conduzem, inevitavelmente, a situações com diferentes tipos e níveis de dependência (Alves et al., 2007; Araújo, Paúl & Martins, 2011; Martins, 2014). Frequentemente associado a estas condições de dependência funcional surgem as limitações físicas, que podem englobar desde uma situação simples de limitação da atividade física a situações de imobilidade total. A imobilidade é um dos principais fatores para o aparecimento de úlceras de pressão (EPUAP, 2009) que, associado às alterações próprias do envelhecimento da pele, nomeadamente a diminuição da elasticidade e textura da pele, do aumento do tempo da cicatrização derivado da diminuição da vascularização e da proliferação epidérmica, contribuem para que haja um aumento da suscetibilidade das pessoas ao aparecimento de lesões (Blanes, Duarte, Calil & Ferreira, 2004).

As lesões de pele em idosos, sejam elas lesões por pressão (LP), por dispositivos médicos, por fragilidade capilar, ou mesmo de outros tipos, refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado, sendo este um dos maiores desafios para os profissionais, principalmente de enfermagem, pelos encargos económicos que acarretam e pela diminuição na qualidade de vida dos utentes e seus familiares (Augusto, Moreira & Alexandre, 2017).

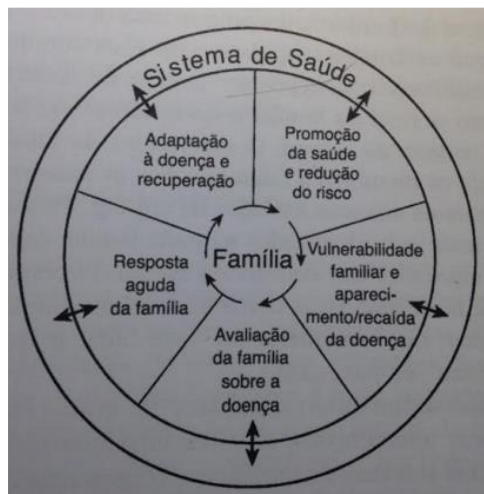
Assim, para Hanson (2005), o envelhecimento é um assunto de família, em que as pessoas são parte integrante da rede familiar até à morte. Como tal, o apoio intergeracional dos cuidados prolonga-se ao longo de todo o ciclo vital, tendo algumas repercussões a nível social. Tal como referem Ferreira et al. (2012), as famílias ao serem reconhecidas como promotores da saúde familiar são cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de prestador de cuidados, quer para manter a pessoa doente no seio familiar, quer para uma melhor gestão de recursos. Quando há o aparecimento de feridas num determinado membro da família, várias são as implicações nos domínios da vida física, emocional e social, tanto para a pessoa com ferida como para a sua família, interferindo consideravelmente com a qualidade de vida (Silva, 2011). Neste âmbito, a família, ao ser uma importante fonte de apoio para as pessoas com dependência, está sujeita a bastantes exigências, que podem contribuir

para uma sobrecarga a nível físico, emocional, social e, também, económico (Campos, Chagas, Costa, França & Jansen, 2010).

O aparecimento de feridas conduz a alterações em aspetos de natureza física da vida das pessoas, relacionados com a própria ferida, nomeadamente com a sua localização, tamanho, profundidade e duração da mesma, bem como, com a dor, o penso, o exsudado, o cheiro e o edema que interferem negativamente nas atividades de vida das pessoas (Costa, 2014). Estes aspetos levam a uma sobrecarga emocional, na medida em que as pessoas sentem constrangimento, vergonha, medo, raiva, perda de identidade e diminuição da sua autoestima, sendo-lhes difícil manter uma perspetiva otimista sobre a sua vida. Estas condições levam, muitas vezes, a que não consigam manter a sua atividade profissional, conduzindo inevitavelmente a dificuldades económicas e ao isolamento social (Lino, 2013).

Pode, então, afirmar-se que a problemática das feridas acarreta interferências multidimensionais na pessoa com ferida e sua família (Costa, 2014). Desta forma, novas necessidades de saúde surgem, tanto por parte dos utentes como das respetivas famílias, ambos com necessidade de cuidados de saúde, que visam a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (Ramos et al., 2012). Neste sentido, e reconhecendo que esta problemática interfere com toda a dinâmica familiar, torna-se fundamental o papel dos enfermeiros nesta área, na ajuda da pessoa com ferida e da sua família. É essencial que o enfermeiro estabeleça uma boa relação com a família e com a pessoa com ferida, avaliando as suas necessidades e providenciando-lhes cuidados especializados (Costa, 2014).

Para isso, é imprescindível que o Enfermeiro de Família, quando cuida de famílias numa fase de transição em que a doença está presente, nomeadamente no tratamento de feridas, tenha em mente as etapas do ciclo de saúde e de doença da família (**Figura 10**), de forma a prestar cuidados especializados.



**Figura 10 - Ciclo de Saúde e de Doença da família.**

Fonte: (Hanson, 2005)

Os cuidados do Enfermeiro de Família implicam a valorização das várias etapas que a família passa, numa situação de doença, para reencontrar o equilíbrio, não existindo uma direção unilateral de desenvolvimento das mesmas, variando de família para família. A fase da promoção da saúde familiar e redução do risco, refere-se à fase em que as atividades da família, baseadas nas suas crenças, ajudam os seus membros a manterem-se saudáveis. A fase da vulnerabilidade familiar e aparecimento da recaída da doença, está relacionada com a fase em que os membros da família se tornam suscetíveis a adoecer. A fase da avaliação da família sobre a doença, em que se tenta perceber a perceção que a família tem sobre a doença. A resposta aguda da família, que implica desorganização e crise familiar como consequência imediata da doença. Por último, a adaptação da família, que está associada aos efeitos a longo prazo da doença na família que conduzem ao estabelecimento de novo equilíbrio familiar (Hanson, 2005).

Na perspetiva de Figueiredo (2010), sendo a família uma unidade em transformação, quando um dos seus membros é afetado por um problema de saúde isso reflete-se a nível da saúde e bem-estar de todo o sistema familiar. Assim, é esperado que, numa situação dessas, o Enfermeiro de Família estabeleça com esta uma relação de parceria, visando apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, englobando-a sempre em todo o processo de cuidados (Figueiredo, 2010). Neste contexto, a OMS recomenda que, os Enfermeiros de Saúde Familiar ajudem os indivíduos e famílias a lidar com a doença aguda ou crónica, ou em momentos de *stress*, disponibilizando uma grande parte do seu tempo, trabalhando na casa dos indivíduos ou com as suas famílias, integrando uma equipa multidisciplinar (Figueiredo, 2011). Estudos revelam que a centralidade do trabalho dos enfermeiros em contexto domiciliário reside na gestão dos serviços ou na assistência direta, desempenhando um papel fundamental, tanto pela coordenação do plano de cuidados no

domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com as famílias. Além disso, esse protagonismo evidencia-se por proporcionar a articulação entre a família e a equipa multiprofissional, uma vez que, de modo geral, compete ao enfermeiro a capacitação do cuidador familiar e a identificação de outras necessidades para outros profissionais (OE, 2017, 2021b).

O Enfermeiro de Família é figura central na rede de serviços neste contexto, pelos seus saberes e competências, mas também pela sua abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (Louro, 2009 ; OE, 2021b).

A visita domiciliária constitui uma estratégia primordial dos enfermeiros para a prestação de cuidados de saúde a pessoas dependentes e às suas famílias, com o propósito de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade. A aposta neste tipo de cuidados surge num contexto em que as altas dos hospitais são cada vez mais precoces e é transferido para o domicílio o acompanhamento de situações cada vez mais complexas, colocando variados desafios aos enfermeiros. O domicílio é considerado a solução mais aprazível para a permanência da pessoa doente e a visita domiciliária. Enquanto estratégia assistencial, constitui a forma mais adequada para promover a proximidade entre os intervenientes no processo de cuidados, favorecendo a criação de uma relação de parceria com a família (Duarte, 2012; Nunes, 2016; OE, 2017).

Tal como refere Paula (2011), os cuidados em contexto domiciliário são uma mais-valia na prestação dos cuidados dos Enfermeiros de Família, uma vez que permitem ao profissional adequar os cuidados às realidades e dinâmicas diversas de cada domicílio e família. Para a autora, o cuidar do utente no seu domicílio apresenta muitas vantagens e fatores facilitadores para todos os intervenientes. Quanto à pessoa com ferida, o facto de estar num ambiente conhecido, permite que seja comodamente cuidada, sem necessidade de se deslocar e dá uma maior facilidade de expressar os seus medos, angústias e dúvidas em relação ao tratamento, diminuindo o desconforto e insegurança, por norma associado às instituições de prestação de cuidados. Em relação à família, dá-lhe a possibilidade de esclarecer dúvidas, sem vergonha de outros profissionais ou utentes ouvirem, e a possibilidade de realizar as orientações, dadas pelo profissional, adequadas às reais condições do ambiente da residência. Quanto ao enfermeiro, tem a possibilidade de conhecer as características e dinâmica da família, a possibilidade de avaliar as reais condições da pessoa com ferida, a oportunidade de adequar as suas orientações e os cuidados às condições da residência e dos hábitos da família de acordo com as suas crenças e valores, maior possibilidade de interação com os recursos da comunidade disponíveis para a prevenção e o tratamento de feridas e, ainda, a possibilidade de criar um vínculo mais forte com utente/família. Ou seja, uma continuidade dos cuidados que é proporcionada por meio de um processo de transição entre

diferentes níveis de cuidados aliados com a gestão e um plano de cuidados, tendo como objetivo uma maior qualidade de vida para o dependente e famílias, uma redução da perda funcional, diminuição dos custos hospitalares e diminuição do tempo de internamento (Carbol et al., 2021).

Neste contexto, torna-se imprescindível que o enfermeiro desempenhe um papel para promover o melhor bem-estar destes doentes, planeando ações com foco na saúde global da pessoa com ferida e família, e não apenas na prestação de cuidados diretos à ferida (OE, 2015b; Pires, 2012).

Deste modo, é pertinente que o enfermeiro desenvolva uma aprendizagem reflexiva diária sobre os seus cuidados, partindo da sua experiência clínica e saberes anteriores, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências de resolução de problemas e promovendo a capacidade de construir novas aprendizagens, que poderão conduzir, ou não, à mudança de atitudes. Esta associação da reflexão à prática profissional é um procedimento que coloca os enfermeiros no caminho da busca pela excelência do exercício profissional, sendo inclusive um dever mencionado pelo Código Deontológico de Enfermagem, que potencializa a qualidade dos cuidados (OE, 2015a).

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

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS**

Os cuidados de enfermagem assumem elevada importância e exigência técnica e científica, nos quais a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange cada vez mais profissionais de saúde (OE, 2019).

Do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais espera-se um conjunto de competências especializadas, entre as quais a aquisição de competências comuns. Estas aplicam-se a todos os contextos de prestação de cuidados e 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" (OE, 2019, p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### 3.1.1. Responsabilidade ética e deontológica

De acordo com as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver a sua prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019)

Perante um problema ético, a fundamentação para a tomada de decisão do Enfermeiro Especialista deve ser sustentada em princípios éticos, ou seja, o princípio de autonomia, de não maleficência, de beneficência e de justiça. Cada um dos princípios prime pelo respeito de determinados valores, como autonomia, liberdade, bem-estar, igualdade e imparcialidade. Assim, 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).

Esta ponderação da decisão ética de enfermagem inclui os deveres do enfermeiro, acrescentando a dimensão deontológica, assim como a dimensão jurídica, na procura da melhor decisão.

A autonomia profissional do enfermeiro em Portugal tem atualmente consagração jurídica assente em dois pilares jurídicos fundamentais: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da OE.

Na prática especializada de Enfermagem na área de Saúde Familiar, cuidar da família como um todo e de cada um dos seus membros individualmente (OE, 2018), pode gerar conflitos entre os direitos de um dos membros com os direitos dos restantes familiares, o que pode tornar mais complexos os problemas bioéticos. Segundo Ramos (1996, p. 119), "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". Assim torna-se necessário demarcar os direitos da pessoa como parte da família, sem descurar a saúde familiar.

Para o desenvolvimento desta competência comum (**Quadro 1**) foi muito útil o Estágio II "Cuidados de Saúde à Família", no qual foi possível aprender que nas diversas interações com a família havia sempre implicações morais, mais ou menos subtis, que devem ser tidas em conta, o que implica conhecer muito bem a família através do MCAF e escolher a forma de atuação mais adequada. Nesta família foi necessário aproveitar todos os momentos em que era possível realizar entrevistas individuais, com cada elemento da família, para uma melhor preparação da entrevista familiar.

Este estágio foi muito enriquecedor, na medida que proporcionou novas aprendizagens que permitiram garantir cuidados de enfermagem de qualidade à família, enquanto unidade de cuidados, sem deixar de respeitar a dignidade humana dos seus membros enquanto pessoas.

**Quadro 1: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Responsabilidade ética e deontológica.**

| <b>A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</b> |   |  |
|--|---|--|
| <b>Unidade de Competência</b>  | <b>Resultados da Aprendizagem</b>   | <b>Desenvolvimento de Processo</b>   |
| A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Colaboração com a equipa na tomada de decisão, relacionada com os melhores cuidados e a procura a melhor evidencia para a mesma adaptando a resposta à especificidade de cada situação;</li> <li>&gt; Prática especializada orientada pelo cumprimento deontológico.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Colaborou na tomada de decisão acerca dos cuidados mais adequados em diversas situações da prática de cuidados;</li> <li>&gt; Obteve o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora, que sempre se mostrou disponível;</li> <li>&gt; Desenvolveu a prática especializada com base no respeito pelas regras deontológicas, construindo estratégias de resoluções de problemas, em parceria com o utente e família.</li> </ul> |
| A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promoção da reflexão e discussão das diferentes situações complexas, procurando fundamentar as tomadas de decisão.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Colaborou com a equipa na reflexão e discussão das diferentes situações que ocorreram durante o estágio;</li> <li>&gt; Considera-se que, no decorrer do processo do ensino clínico, adquiriu conhecimentos que permitirão liderar, de forma efetiva, futuros processos de tomada de decisão ética na área de especialidade.</li> </ul>   |
| A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Avaliação dos resultados da tomada de decisão e partilha dos mesmos em equipa.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Orientou a prática para a tomada de decisão baseada em princípios éticos e deontológicos, procurando junto da orientadora e restante equipa a validação e avaliação dos resultados da mesma nos diferentes momentos de prestação de cuidados.</li> </ul>   |
| <b>A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b>   |   |  |
| <b>Unidade de Competência</b>  | <b>Resultados da Aprendizagem</b>   | <b>Desenvolvimento de Processo</b>   |
| A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promover uma prática orientada para o respeito pela vida humana, deontologia profissional, atendendo à especificidade de cada utente e suas famílias;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Garantiu, no decorrer do estágio, a privacidade, respeito pela dignidade e anonimato, no caso dos trabalhos desenvolvidos de forma académica, bem como na prática diária;</li> </ul>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promover o sigilo profissional, garantido o direito à privacidade, informação e escolha informada, respeitando as especificidades de cada pessoa ou grupo;</li> <li>&gt; Promover condutas de prevenção e identificação de práticas de risco, procurando prevenir a ocorrência de incidentes de prática insegura.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Procurou intervir em conjunto com a equipa, de forma a respeitar as especificidades de cada utente, família ou grupo, agindo antecipadamente de forma a garantir a segurança, privacidade e dignidade do utente e família. Assumindo, assim, a defesa dos direitos humanos bem como no que respeita ao acesso à informação e confidencialidade (escrita e oral) adquirida no decorrer do ensino clínico.</li> <li>&gt; No decorrer do estágio e em contexto profissional, o risco de práticas menos seguras é real, apesar das múltiplas reflexões de como melhorar a prática e torná-la mais segura. De forma pontual, podem surgir situações em que a prática seja menos segura, quer para o utente quer para o profissional. No entanto, no decorrer do estágio não se deparou com nenhuma situação de prática insegura. Ainda assim, reconhece a importância da reflexão sobre as situações de menor segurança, bem como os contextos, de forma a identificar, prevenir e eliminar o risco acrescido de insegurança para utente e família.</li> </ul> |
|---|--|---|

### 3.1.2. Melhoria da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade pressupõem que o Enfermeiro Especialista garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garanta um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência comum (**Quadro 2**), foi importante observar e compreender a forma como a Unidade se organizava, de forma a criar um ambiente que estimulasse a excelência dos cuidados de enfermagem que eram prestados aos utentes inscritos.

Como Unidade pertencente ao ACeS Oeste Norte, tem de obedecer ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) implementado por esta instituição, de forma a desenvolver ações que melhorem continuamente os serviços e que se revelem capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes.

O Manual de Gestão da Qualidade descreve o SGQ implementado neste agrupamento, que se encontra acessível a todos os enfermeiros através da Intranet, onde se podem consultar

todos os documentos que definem os meios adotados para assegurar a qualidade dos serviços, designadamente os projetos de intervenção, a quantificação do risco, o tratamento de não conformidades, o controlo da informação documentada, as auditorias internas e a calendarização das atividades no âmbito do SGQ da direção de enfermagem.

Neste manual também se encontram todos os procedimentos elaborados de acordo com as necessidades detetadas no ACeS nos diversos programas de saúde, assim como em áreas que promovem a segurança dos cuidados (Higiene e Segurança, Gestão do Risco, Armazéns Avançados e Formação dos Profissionais), com o objetivo de uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos à população abrangente, nos quais os Enfermeiros Especialistas colaboraram na sua conceção e operacionalização.

Apesar de existirem os procedimentos transversais a todas as unidades funcionais deste agrupamento, existem necessidades específicas dentro de cada Unidade, pelo que se constatou que, na Unidade da realização do Ensino Clínico, deram continuidade aos Planos de Auditoria e respetivos relatórios no âmbito da Gestão da Qualidade.

Foi facultado o acesso a todos os planos de auditoria elaborados no ano anterior (2022), que integram vários pontos essenciais como: a definição e âmbito do objeto de auditoria; a justificação do tema; a planificação de execução; a metodologia a implementar; e os auditores. Os referidos planos de auditoria desenvolvidos nesta unidade foram quatro, designadamente: à caracterização das famílias; à mala de emergência; aos registos de enfermagem no programa tratamento de feridas; e à vacinação.

Consequentemente, foram elaborados os respetivos relatórios de auditoria com o objetivo da mesma, o auditor, a metodologia, a análise e por fim as propostas de melhoria, com as medidas corretivas necessárias e data de reavaliação.

Toda esta pesquisa contribuiu para o desenvolvimento da competência comum, no domínio da melhoria contínua da qualidade, reconhecendo 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 (OE, 2019).

Foi fulcral reconhecer o SGQ, como um processo dinâmico na procura permanente da excelência do exercício profissional e conseqüente elevados níveis de satisfação dos utentes.

**Quadro 2: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da melhoria da qualidade.**

| <b>B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b><br><b>B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</b><br><b>B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro</b> |   |   |
|--|---|---|
| Unidade de Competência   | Resultados da Aprendizagem  | Desenvolvimento de Processo   |
| B.1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional;</li> <li>➤ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;</li> <li>➤ Colabora na realização de atividades na área da qualidade.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incorporou a experiência profissional e conhecimentos prévios, de forma a incrementar a prática de registos na UCSP Litoral, permitindo o aprofundamento de competências;</li> <li>➤ Colaborou com os elementos da equipa no sentido de efetuarem registos clínicos de forma sistemática, com vista à obtenção de uma intervenção mais planeada e estruturada, bem como obtenção da sua visibilidade traduzida em dados observáveis;</li> </ul>  |
| B.1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Deter conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua;</li> <li>➤ Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.</li> </ul>  |   |
| B.2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.</li> <li>➤ Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades;</li> <li>➤ Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais;</li> <li>➤ Aplica instrumentos de avaliação de resultado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procurou, na sua intervenção, respeitar as diferenças culturais e religiosas de cada pessoa e família, bem como da comunidade onde a unidade se insere;</li> <li>➤ Procurou alertar para princípios de ergonomia na prestação de cuidados de forma a prevenir danos ou acidentes, para os profissionais de saúde e utentes, nomeadamente: no computador e na execução de tratamentos;</li> <li>➤ Identificou oportunidades de melhoria, com estabelecimento de prioridades;</li> </ul> |
| B2.2 Planeia programas de melhoria contínua.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifica oportunidades de melhoria;</li> <li>➤ Estabelece prioridades de melhoria;</li> <li>➤ Seleciona estratégias de melhoria.</li> </ul>  |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>B2.3. Lidera programas de melhoria.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.</li> <li>&gt; Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Fomentou a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança dos utentes e famílias;</li> </ul>  |
| <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Promove o respeito pela transculturalidade da comunidade, família e indivíduo;</li> <li>&gt; Estimula a participação da família no respeito e aceitação da satisfação das necessidades emocionais, culturais e espirituais de cada elemento;</li> <li>&gt; Promove a segurança na administração terapêutica e ergonomia para utentes e profissionais;</li> <li>&gt; Desenvolve medidas de segurança na execução de registos de enfermagem como prática adequada de visibilidade de cuidados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Envolveu a família, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. Assegurou os princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos utentes. Adotou medidas para a segurança de dados e de registos no S Clínico.</li> </ul> |

### 3.1.3. Gestão de cuidados

No que concerne às competências do domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz 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 (OE, 2019).

Os Enfermeiros Gestores são "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" (APEGEL, 2021, p. 1).

Para o desenvolvimento das competências neste domínio (**Quadro 3**), foi possível acompanhar não só o trabalho da Enfermeira Coordenadora da UCSP Litoral, bem como o da Enfermeira Orientadora dos ensinamentos clínicos que, na ausência da Enfermeira Coordenadora, atuava como Enfermeiro "Interlocutor" a quem são imputadas as respostas de gestão.

À Enfermeira Coordenadora da Unidade são-lhe atribuídas responsabilidades ao nível da gestão dos cuidados, da gestão da equipa de enfermeiros, dos recursos e de assessoria de procedimentos do ACeS Oeste Norte.

Assim, competia ao enfermeiro responsável pela gestão a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, de forma a planear e concretizar ações que visassem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Foi possível ter acesso a todos os planos de gestão de qualidade da UCSP Litoral, elaborados pela Enfermeira Coordenadora da Unidade, nos quais, após o levantamento das necessidades identificadas pela equipa de enfermagem, era realizada a planificação de execução e, posteriormente, os respetivos relatórios de auditoria interna, com o objetivo de identificar os pontos fortes e fracos, com propostas de melhoria e implementação de medidas corretivas, sujeitas a reavaliação.

A nível do ACeS Oeste Norte a acima referenciada Enfermeira Coordenadora, como membro da direção de enfermagem, também é responsável pela elaboração de procedimentos que visam a uniformização e qualidade dos cuidados prestados por todas as unidades deste agrupamento.

Verificou-se a adoção de uma liderança democrática, sendo que o Enfermeiro "Interlocutor" desempenhava as mesmas funções que os restantes elementos da equipa, o que, pela proximidade da sua ação, quer ao nível da sua equipa quanto junto dos utentes, lhe permitia compreender e identificar as necessidades de ambos, assim como o impacto dos cuidados que eram prestados. Por outro lado, todas as decisões eram tomadas em grupo, sendo estimulada a discussão de opiniões que favorecessem a mudança.

Para uma gestão eficiente do tempo, foram delegadas algumas funções pelos elementos da equipa com formação para o desempenho das mesmas, e a gestão de material de consumo clínico e vacinas.

A enfermeira em funções de gestão também era responsável, em conjunto com as restantes enfermeiras, pela elaboração do projeto anual de formação, de acordo com as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem e pela avaliação do desempenho dos enfermeiros da Unidade, segundo o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), com as adaptações preconizadas para a carreira de enfermagem.

A mesma, para além das funções de Gestão da Unidade, colabora com o ACeS Oeste Norte na elaboração de procedimentos para a melhoria de qualidade e outros projetos, com o objetivo da uniformização dos cuidados prestados nas várias Unidades que constituem o agrupamento, de forma que se garantam cuidados seguros e de qualidade aos utentes.

Constatou 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 (OE, 2019).

**Quadro 3: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Gestão de Cuidados.**

| <p><b>C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</b></p> <p><b>C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</b></p> |  |   |
|---|--|---|
| Unidade de Competência  | Resultados da Aprendizagem   | Desenvolvimento de Processo   |
| <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Disponibiliza assessoria e colabora com a equipa na tomada de decisões;</li> <li>&gt; Reconhece a necessidade de encaminhamento do utente e família para outros profissionais ou instituições e forma a obter a melhor resposta às necessidades de cada pessoa;</li> <li>&gt; Delega e avalia as tarefas delegadas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; No decorrer do Estágio II e III, disponibilizou-se para apoiar a equipa nos diferentes contextos e necessidades da mesma. Aplicou sempre procedimentos de gestão aos cuidados prestados. Colaborou sempre em métodos de organização de trabalho adequados, sendo responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e famílias do ficheiro estudado. Utilizou eficientemente os recursos disponíveis de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>&gt; Reforçou a necessidade de encaminhar o utente, ou família, para outros profissionais ou instituições, de forma a que estes pudessem obter uma melhor resposta em saúde para as suas necessidades.</li> </ul> |
| <p>C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;</li> <li>&gt; Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática;</li> <li>&gt; Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado;</li> <li>&gt; Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; A integração na equipa multidisciplinar foi relativamente fácil. Embora não se tenham desenvolvido propriamente intervenções na área da liderança (pelo estatuto de aluna), reconheceu os distintos e interdependentes papéis de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática de enfermagem de saúde familiar.</li> <li>&gt; Obteve o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora, que sempre se mostrou disponível.</li> </ul>   |

### 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Quanto às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**Quadro 4**), o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, assim como basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Durante os estágios na UCSP Litoral, foi necessário adaptar-se ao método de trabalho da unidade e estabelecer um bom relacionamento interpessoal, respeitando a hierarquia e o espaço de cada elemento da equipa multiprofissional, de forma a promover um bom ambiente de trabalho, enquanto garantia a sua individualidade, nunca deixando de expor as opiniões de forma clara e objetiva e, quando necessário, argumentando as mesmas de forma coerente.

Aquando da prestação de cuidados às famílias foi essencial desenvolver o autoconhecimento, o que implicou a consciência das capacidades/potencialidades que, em alguns momentos, permitiu prestar cuidados de forma autónoma e segura, assim como o reconhecimento das limitações, o que levou a pedir a colaboração da equipa sempre que se justificou. Foi necessário demonstrar assertividade nos cuidados e treinar a capacidade de gerir as emoções de forma adequada em determinadas situações.

Aquando da prestação dos cuidados familiares, nos diversos ensinamentos clínicos, a prática profissional foi baseada quer nos diversos programas de saúde emanados pela DGS quer nos modelos de avaliação e intervenção familiar, que favorecessem uma abordagem da família como foco dos cuidados.

Por outro lado, constatou-se que ainda constituía um desafio para as enfermeiras da Unidade cuidar da família, enquanto Unidade de Cuidados, apesar da maturidade organizacional (aquando dos ensinamentos clínicos). Foi perceptível que a abordagem da família como unidade sistémica e relacional não assume ainda uma prática dominante, no âmbito dos cuidados de saúde primários, sendo assim uma oportunidade relevante de investigação, tendo optado por fazer uma RSL que contribuísse, de alguma forma, para o desenvolvimento da prática clínica especializada de Saúde Familiar: a Enfermagem de Família como Mais-valia na Saúde Familiar para Idosos Dependentes.

Neste contexto e de forma a suportar a prática clínica na investigação da área da especialidade em Saúde Familiar, acredita-se que "prover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem da Família, pode ampliar a sua maneira de trabalhar com famílias, modificando o seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família" (Angelo et al., 2014, p. 76).

**Quadro 4: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

| D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;<br>D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.                     |  |   |
|--|--|---|
| Unidade de Competência   | Resultados da Aprendizagem   | Desenvolvimento de Processo   |
| D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;<br>D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhece os seus limites e pessoais e profissionais;</li> <li>➤ Reconhece que o desempenho na área da especificidade o Enfermeiro de Família requer os recursos pessoais, emocionais e técnicos específicos e adequados a cada grupo etário e contexto de vida e prestação de cuidados;</li> <li>➤ Reconhece a influência de características pessoais no estabelecimento de relação terapêutica e interprofissional;</li> <li>➤ Colabora com a equipa na identificação do conflito e gestão do mesmo;</li> <li>➤ Atua sob pressão de forma clara, objetiva e individualizada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No decorrer do Estágio II e III teve a oportunidade de refletir acerca do desenvolvimento pessoal e profissional, bem como na própria importância da especialização do cuidar; otimizando o autoconhecimento e reconhecendo limites pessoais e profissionais;</li> <li>➤ Colaborou, sempre que necessário, com os restantes elementos da equipa na identificação de situações potenciais de conflito e tentou participar no contributo à sua resolução;</li> <li>➤ Sempre que necessário, interveio de forma eficaz sob pressão, mantendo o foco na prestação de cuidados segura e adequada a cada contexto. Fato este facilitado pela aprendizagem prévia nos contextos laborais de vários anos.</li> </ul> |
| D2.1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;<br>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realiza formação em contexto de estágio, atendendo às necessidades de formação identificadas pela equipa e pelo próprio, contribuindo para a melhoria da gestão dos cuidados por parte da equipa de enfermagem.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolveu, na perspetiva de formador, a ação de formação cujo tema foi “Enfermagem de Saúde Familiar” e cujo objetivo era sensibilizar para esta especialidade e os conceitos a ela associados, indo de encontro a uma necessidade/desconhecimento acerca do tema por parte da equipa de enfermagem (<b>ANEXO I</b>).</li> <li>➤ Utilizou as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;</li> <li>➤ Elaborou uma revisão sistemática da literatura cujo tema é: “A enfermagem de família como mais-valia na saúde familiar para idosos dependentes”.</li> </ul>   |

**3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

Com a realização do estágio II foi possível a observação, execução e avaliação de cuidados de enfermagem a uma família da UCSP Litoral, visando a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar aprovadas pela OE: 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 (OE, 2018).

Optou por desenvolver o processo de cuidados a uma família com um idoso dependente, que necessitava de cuidados de enfermagem três vezes por semana para tratamento de feridas.

Com esta escolha pretendeu aproveitar os contatos que à partida já eram necessários, para avaliação e intervenção à família, evitando assim um acréscimo de contatos.

Outros critérios da escolha da família incidiram na pressão do sistema familiar, por acolher um idoso dependente, e na dificuldade de comunicação entre os membros da família, o que indiciava um processo familiar comprometido e que beneficiaria de uma intervenção especializada.

### 3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Esta competência foi desenvolvida através de todos os contactos que são aproveitados para treinar a abordagem à família demonstrando disponibilidade, proporcionando tempo e respeitando os silêncios num ambiente acolhedor que respeite a privacidade do utente e família. As entrevistas foram feitas individualmente quando das consultas dos diversos programas de saúde e com a família, nuns casos na Unidade noutros casos no seu domicílio.

Para o desenvolvimento da competência específica "Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção", (OE, 2018, p. 19357), foi necessário reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização e uma abordagem sistémica da família, o que implicou uma avaliação do sistema familiar com recurso ao MCAF. Este modelo permitiu uma avaliação multidimensional, nas categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Segundo este modelo, a **avaliação estrutural** permitiu conhecer quem fazia parte da família, quais os vínculos afetivos intra e extrafamiliares, e em que contexto se encontrava inserida. Esta avaliação incidiu em três subcategorias: interna, externa e de contexto.

A **estrutura interna** englobou como indicadores de avaliação a composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites ou fronteiras.

A identificação do tipo de família permitiu a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012). Esta família enquadrava-se numa tipologia mais contemporânea, pois é uma família nuclear, e viu-se obrigada a acolher um ascendente devido à perda da sua autonomia funcional. Neste sentido, considerou-se uma família alargada que contemplava três gerações, ou seja, para além do casal, coabitava com o mesmo um ascendente e um descendente. Esta família era constituída por quatro membros:

- "L", género feminino, 72 anos de idade, a mãe da "S". Era, do ponto de vista da terapia sistémica, o Paciente Identificado, ou seja, o elemento "porta problema" da família.
- "S", género feminino, 37 anos de idade, casada com o "J".
- "J", género masculino, 44 anos de idade.
- "M", género masculino, 9 anos de idade, é filho do casal e neto da "L" e foi diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção (PHDA).

A "L" tinha perdido o marido há 6 anos e a "S" estava casada com o "J", pelo que posso dizer que estes membros apresentavam uma orientação heterossexual. Em relação ao membro de 9 anos, ainda não era possível definir a sua orientação.

Cronologicamente, a "L" tinha 72 anos, o "J" tinha 44 anos, a "S" tinha "37 anos" e o "M" tinha 9 anos.

A família é um sistema no qual todos os elementos estão relacionados entre si, a fim de formar um todo organizado (Alarcão, 2000). Nesta família identificaram-se quatro subsistemas: individual, conjugal, parental e filial. O subsistema individual era composto por cada um dos seus membros; o subsistema conjugal era constituído pela "S" e o "J"; o subsistema parental também constituído pela "S" e o "J", mas agora com funções executivas, que visam a educação e proteção das gerações mais novas; e, por fim, o subsistema filial composto pelo "M". A "L" embora fosse a mãe da "S", não fazia parte do sistema parental, uma vez que não desempenhava as funções e as tarefas que lhe eram inerentes, encontrando-se numa situação de dependência.

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" (Alarcão, 2000, p. 54).

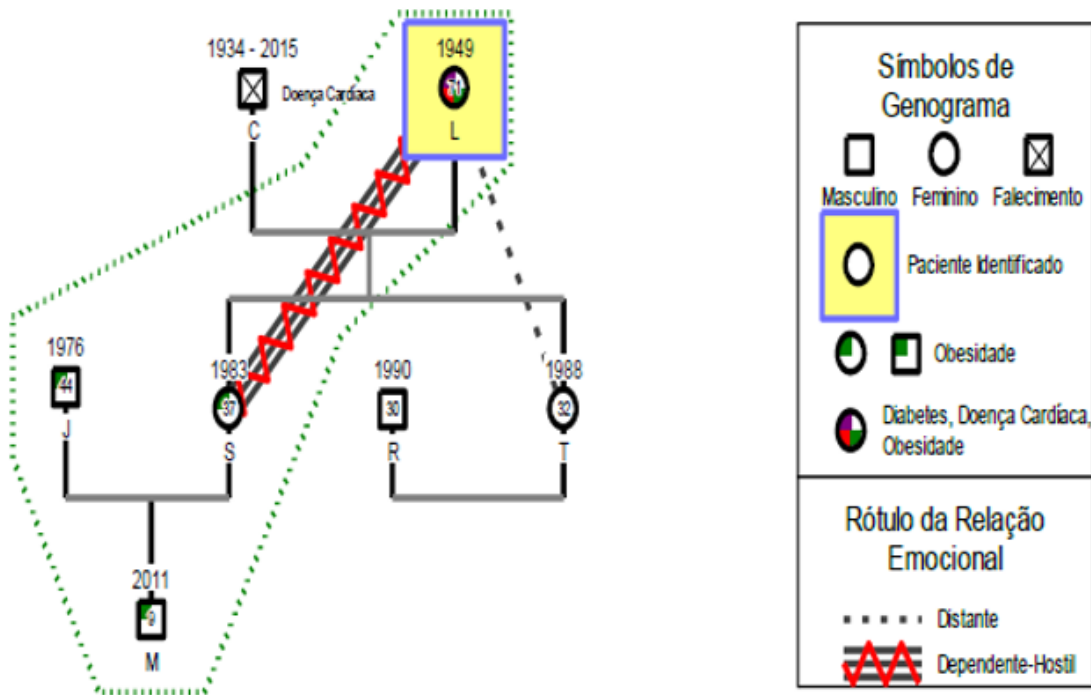
Relativamente a esta família, considerou-se que os limites entre a "S" e a mãe eram claramente rígidos, existia um afastamento de ambas e não se verificava flexibilidade ou compreensão recíprocas. Por vezes, a relação chegava a ser conflituosa e agressiva. Os limites entre o genro e a sogra eram igualmente rígidos, contudo o genro era mais próximo da "L" do que a própria filha, assumindo o papel de mediador entre as duas. No subsistema parental, era o casal que detinha o poder executivo. Os limites entre os pais e o filho, na maior parte do tempo, eram claros. Contudo existiam períodos em que os limites eram rígidos, o que estava em muito relacionado com o problema de saúde do filho (PHDA). No subsistema conjugal, os limites tendiam a ser rígidos pois, apesar de as tarefas de cada um estarem bem

definidas e se aliarem em algumas situações, existia alguma dificuldade na comunicação e compreensão entre ambos. Os limites entre a avó e o neto eram claros.

Esta família aproximava-se mais das famílias desmembradas, na medida em que a comunicação entre a maioria dos subsistemas era difícil e a função de proteção da família se encontrava diminuída, principalmente em relação ao membro dependente. Por outro lado, alguns membros da família funcionavam de forma individualista.

No que concerne à **estrutura externa** esta foi categorizada quanto à família alargada e aos sistemas amplos. Relativamente à família alargada, ou seja, outros membros da família que não faziam parte do mesmo agregado familiar, soube-se que a "L" tinha seis irmãos, os quais já tinham falecido e tinha outra filha e respetivo genro, com os quais não tinha qualquer relação; a "S" mantinha contato com a irmã e família, mas não estabeleciam uma relação próxima.

A família nuclear e alargada foi representada através do genograma que se segue, onde é possível visualizar os elementos desta família e a natureza e padrão dos seus relacionamentos. (Figura 11)

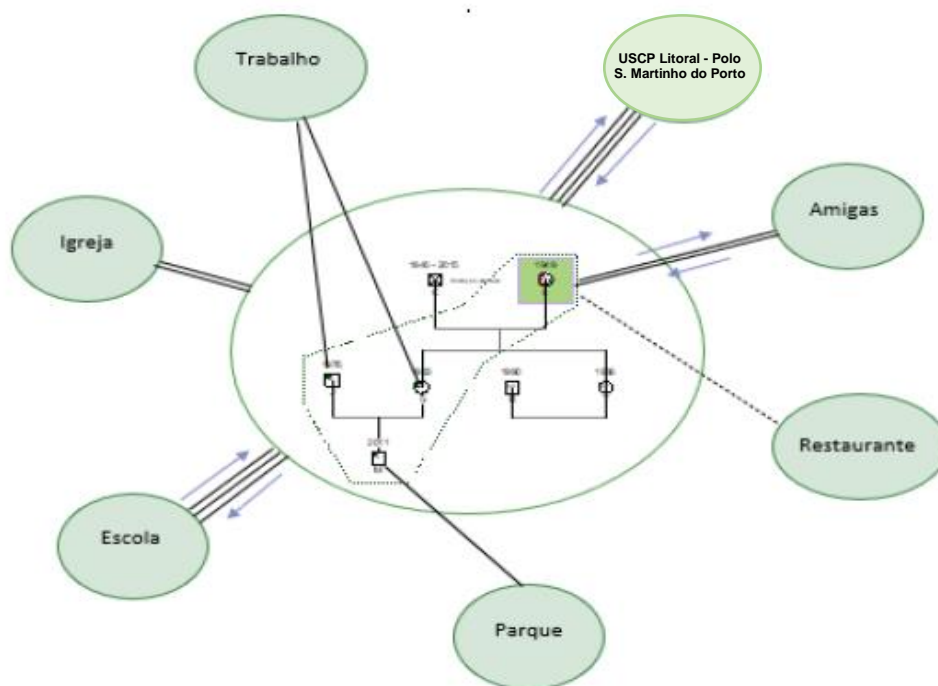


**Figura 11 – Genograma.**

Nesta família, as redes de apoio social à família são a igreja, que o casal e filho frequentam todos os domingos que conseguem, a UCSP Litoral onde a família se encontra inscrita, a escola que o "M" frequenta e o trabalho de ambos os cônjuges. Relativamente à "L", devido

à perda de autonomia funcional, deixou de ter como redes de apoio o restaurante (onde era cozinheira) por não se poder deslocar. Neste momento apenas contacta com os bombeiros que a trazem à Unidade duas vezes por semana e com as enfermeiras aquando da realização do tratamento de feridas e outros cuidados que sejam necessários; as amigas também são uma fonte de apoio da "L", com quem, atualmente, apenas tem contato por via telefónica.

As interações sociais da família mais significativas são a escola, da qual a família recebe muita ajuda (principalmente da professora) para promover a adaptação do "M" ao meio escolar e da UCSP Litoral. Os sistemas mais amplos foram representados no ecomapa, como se pode verificar na (Figura 12).



| Legenda |                             |         |                  |
|---------|-----------------------------|---------|------------------|
| ≡≡≡     | Vínculo muito forte         | —       | Vínculo moderado |
| ≡≡      | Vínculo forte               | - - - - | Vínculo Fraco    |
| ↔       | Direção do fluxo de energia |         |                  |

Figura 12 – Ecomapa.

Para avaliar a **estrutura contextual** abordou-se os seguintes parâmetros: raça/etnia, classe social, religião/espiritualidade e ambiente.

Todos os membros eram portugueses e de raça caucasiana.

Constatou-se que o rendimento desta família provinha da atividade laboral dos seus membros, salário mínimo do "J", como operário fabril; vencimento da "S", como empregada doméstica, que ganhava “à hora”, pelo que o vencimento dependia da quantidade de horas de trabalho; e da reforma da "L" (que rondava os quinhentos euros).

Residem num apartamento alugado, tipo T4 (3 quartos, 1 sala de jantar, 1 cozinha e 2 casas de banho). A nível de escolaridade a "S" tem o 12º ano, o "J" completou o 6º ano e a "L" tem o 4º ano. De forma a determinar se os rendimentos são suficientes às necessidades básicas da família, ou se é necessário mobilizar respostas sociais para a mesma, aplicou-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, 2010). Segundo esta classificação constata-se que esta família pertence à classe média baixa (**Figura 13**).

| GRAUS | PROFISSÃO  | INSTRUÇÃO   | ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR   | TIPO DE HABITAÇÃO  | LOCAL DE RESIDÊNCIA                         |
|-------|--|---|---|--|---|
| 1     | - Gr. Industriais e Comerciantes<br>- Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados)<br>- Profissionais Universitários (com Doutoramento)<br>- Brigadeiro/General/Marschal<br>- Profissões liberais de topo<br>- Altos dirigentes políticos  | - Licenciatura<br>- Mestrado<br>- Doutoramento        | - Lucros de empresas, de propriedades<br>- Heranças<br>- Rendimentos profissionais de elevado nível   | - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto  | - Zona residencial elegante                 |
| 2     | - Médios Industriais e Comerciantes<br>- Dirigentes de médias empresas<br>- Agricultores / Proprietários<br>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado<br>- Oficiais das Forças Armadas<br>- Profissões liberais<br>- Professores Ens. Básico<br>- Professores Ens. Secundário<br>- Professores Universitários (s/ Doutoramento) | - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos    | - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)                               | - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável  | - Bom local                                 |
| 3     | - Pequ. Industriais e Comerciantes<br>- Quadros médios; Chefes de Secção<br>- Emp. Escritório (grau ↑)<br>- Médios agricultores<br>- Sargentos e equiparados   | - 12º Ano<br>- Nove ou mais anos de escolaridade      | - Vencimentos certos  | - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais  | - Zona intermédia                           |
| 4     | - Pequ. Agricultores/Rebeldes<br>- Emp. Escritório (grau ↓)<br>- Operários semi-qualificados<br>- Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓   | - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos                    | - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional<br>- Pensionistas ou Reformados<br>- Vencimentos incertos | - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível              | - Bairro social / operário<br>- Zona antiga |
| 5     | - Assalariados agrícolas<br>- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores   | - Não sabe ler ou escrever<br>- Escolaridade < 4 anos | - Assistência (subsídios)<br>- RMG  | - Impróprio (barraca, andar ou outro)<br>- Coabitación de várias famílias em situação de promiscuidade | - Bairro de lata ou equivalente             |

**Figura 13 - Classificação social internacional proposta por Graffar.**  
 Fonte : Graffar – “une méthode de classification sociale d’échantillons de population”.  
 Courrier, Septembre, 1995, Vol. VI – nº 8 Marcel Graffar, pp. 455-459.  
 Adaptado em 1990 e atualizado em 2001 pelo Dr. Fausto Amaro.

Relativamente a espiritualidade/religião, percebeu-se que os membros desta família são todos católicos. O casal e o filho são praticantes, pelo que participam nas cerimónias religiosas ao domingo, seguindo-se a catequese do "M". Em relação à "L", pela sua condição de dependente, deixou de se poder deslocar à igreja. Contudo assiste à celebração das missas dominicais na televisão e faz as suas orações.

Esta família reside num apartamento arrendado, na zona urbana mais antiga da vila de São Martinho do Porto, junto da igreja, composto por três quartos, uma sala de jantar, uma cozinha e duas casas de banho) e localiza-se num segundo andar, sem elevador. Possui água canalizada, eletricidade, gás canalizado e saneamento básico.

É uma habitação antiga, mas com condições aceitáveis de luminosidade e habitabilidade.

Em relação à acessibilidade, a "L" não consegue sair de casa sozinha e, por não existir elevador, também não consegue descer à entrada principal do prédio (só sendo transportada pelos bombeiros aquando da vinda a unidade para a realização dos tratamentos).

Relativamente às condições de higiene da casa, esta encontra-se na maioria das vezes arrumada e limpa, exceto o quarto da "L" que se encontra desarrumado, com roupas espalhadas e com alguma sujidade, como referiu a filha (SIC).

Na **categoria de desenvolvimento** abordou-se a avaliação do desenvolvimento familiar, que se dividiu em três subcategorias: etapas, vínculos e tarefas.

Existem várias classificações de **estágios/etapas** do ciclo vital. Relvas (1997) definiu cinco etapas do ciclo vital: a formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Esta família encontrava-se na terceira etapa, família com filhos na escola. Esta etapa caracterizava-se pelo contato da família com um sistema externo altamente organizado (escola), assim como pelo espaço relacional onde a criança estabelecia relações horizontais (pares) e verticais (professores e auxiliares).

As **tarefas** que se impõem à família nesta etapa são um movimento de abertura face ao exterior, com a redefinição dos limites inter-sistémicos e a redefinição de tarefas e papéis intrafamiliares. A adaptação desta família ao meio escolar não tem sido fácil, devido ao diagnóstico de PHDA do "M", o que gera pressão no sistema familiar. A família precisa de se relacionar de uma forma mais próxima e frequente com os professores, a fim de promover a adaptação do "M" ao meio escolar. Dentro do seio familiar, o desempenho das tarefas escolares, assim como a realização de tarefas simples inerentes à rotina diária, implica um maior envolvimento dos pais para a concretização das mesmas. Apesar de uma evolução

significativa neste problema de saúde, as tarefas desta etapa ainda têm algum impacto negativo no funcionamento desta família.

Apesar desta família se posicionar na etapa da família com filhos na escola, a presença da "L", dependente no ambiente familiar, faz emergir em simultâneo as tarefas da última etapa do ciclo vital, família com filhos adultos, mas apenas no que diz respeito aos cuidados à geração idosa. A "L" tem várias doenças crónicas, com perda progressiva de autonomia funcional, o que exige que a filha e o genro lhe prestem todos os cuidados, sem qualquer ajuda externa ou de outros membros da família alargada, o que também causa alguma pressão no sistema familiar.

Os **vínculos** são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2012). Nesta família, considerou-se que a relação entre o casal é próxima, apesar de alguma dificuldade que possa existir na comunicação. Em relação à "L", esta estabelece uma relação próxima com o neto (a mais saudável que estabelece com os membros desta família); já a relação que estabelece com a sua filha é de dependência-hostilidade, existe um distanciamento emocional entre ambas. Com o genro a relação é menos distante do que com a sua filha, embora também conflituosa. Relativamente ao vínculo entre os pais e o filho, esta demonstra-se forte, existindo, contudo, alguns conflitos gerados em parte pelo transtorno de défice de atenção e hiperatividade.

A **avaliação funcional** corresponde à última categoria proposta, que se reporta “aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros” (Wright & Leahey, 2012, p.124), citado por Figueiredo (2010). A avaliação funcional integra duas dimensões do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva. A primeira refere-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012).

A dimensão **estrutural** reporta-se às atividades quotidianas da família como respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, movimentar-se, trabalhar e divertir-se, expressão da sexualidade, sono e repouso. Os aspetos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade de a família responder às atividades de vida diária, principalmente quando surge um problema de saúde e são necessárias readaptações para o funcionamento adequado do sistema familiar.

Em relação à **higiene pessoal** verificou-se que a aparência de “S” é descuidada; a “L” (dependente para os cuidados de higiene) refere que se sente suja porque a filha não a lava corretamente e que, ocasionalmente, cheira a urina; quanto aos restantes membros aparentam uma higiene cuidada.

No que diz respeito aos **hábitos alimentares** constatou-se que a alimentação familiar é inadequada (as refeições diárias são ricas em carboidratos e lípidos, além de serem ingeridas em quantidades exageradas); a “L” não adequa a dieta alimentar à sua condição de pessoa com diabetes e comete vários erros alimentares.

Nesta família os casais não têm **hábitos de exercício**; o “M” praticava futebol, mas suspendeu desde a pandemia; e a “L” passa quase a maior parte do tempo sentada, desloca-se pela casa de cadeira de rodas e pontualmente obriga-se a deambular entre as divisões da casa com a ajuda do andarilho, mas refere muito cansaço e falta de força muscular nos membros inferiores. O fato da “L” passar a maior parte do tempo sentada (inclusive à noite), levou ao aparecimento de uma úlcera de pressão (UP) no calcâneo esquerdo, pelo que se torna essencial a avaliação do risco de desenvolvimento de UP, a fim de planejar e implementar medidas de prevenção. Este elemento tem um alto risco de desenvolvimento de UP.

Relativamente aos **hábitos de sono e repouso** a “L” tem dificuldades em dormir, uma vez que dorme sentada num sofá (segundo ela há mais de 10 anos) e refere dificuldade em respirar pelo que, conseqüentemente, o sono não é reparador; O “J” trabalha por turnos, trabalhando à noite em semanas alternadas, mas não sente que isso seja um problema; os outros elementos dormem pelo menos oito horas e não referem alterações no padrão do sono.

No que diz respeito às **atividades de lazer**, a família refere que não têm muito tempo para estarem juntos. Contudo, aos fins de semana gostam de ir passear à praia, ou ir com o “M” até ao parque. A “L” raramente é incluída nestes passeios devido às suas limitações de locomoção.

Em relação à **expressão da sexualidade**, o casal refere que precisavam de mais tempo para estarem um com o outro, no entanto sentem-se felizes na forma como se relacionam intimamente.

No que se refere às **atividades de vida diárias (AVD)**, todos os membros da família são independentes, à exceção da “L”, que precisa de ajuda na realização de todas as AVD.

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito, para a realização de dez atividades básicas, de forma a perceber quais são as maiores dificuldades do quotidiano familiar e adequar as intervenções de enfermagem às necessidades desta família. Verificou-se que a “L” tem uma dependência grave, com baixo risco para quedas uma vez que não se desloca autonomamente, mas sim em cadeira de rodas.

A avaliação do **funcionamento expressivo** permitiu constatar que a comunicação nesta família era disfuncional, na medida em que os membros da família se sentiam

incompreendidos. Era notória a agressão nos vários níveis de comunicação, que se expressava frequentemente pelos olhares, gestos, aumento do tom de voz e também por períodos de silêncio, principalmente entre a "L" com a filha e genro, e vice-versa.

No que dizia respeito à **comunicação emocional** era perceptível que a "L" se sentia triste pela maneira como era tratada pela filha, por sua vez "S" exprimia descontentamento com a inflexibilidade da mãe e medo pelo agravamento do seu estado de saúde. Nenhum dos membros da família se sentia satisfeito com a forma como se comunicava no seio familiar, o que se repercutia na forma como se expressavam, ou seja, não tinham um discurso claro porque achavam que não seriam compreendidos e optavam pelo silêncio ou existia uma escalada simétrica na comunicação para se fazerem ouvidos.

Relativamente aos fatores de *stress* nesta família, que geravam mais conflitos intrafamiliares eram: a gestão financeira, o problema de saúde do "M" e a situação de dependência da "L".

Quanto ao  *coping*  familiar, existia uma dificuldade na resolução de problemas. Os membros da família sentiam-se descontentes, pela forma como se discutiam os problemas. A "L" não aceitava o seu estado de saúde, pelo que apresentava resistência a qualquer mudança ao seu estilo de vida, que em muito se prendia com a perda da sua autonomia funcional, devido à existência de comorbilidades crónicas. Não existia confiança no grupo familiar, não havia flexibilidade dos papéis, a família tinha pouco tempo livre para a realização de atividades recreativas, não existia partilha de preocupações com familiares, vizinhos ou amigos e a família não utilizava recursos externos para a resolução dos seus problemas.

Para identificar possíveis estratégias de  *coping* , avaliou-se as forças familiares, através da aplicação do questionário das forças familiares.

Percebeu-se que o nível da organização familiar positiva é onde a família tem uma pontuação mais elevada (43), seguindo-se as crenças familiares positivas (24), a gestão positiva e suporte familiar (18), e, por último, a cotação mais baixa (15) diz respeito às emoções positivas.

Constatou-se, com estes resultados, que as forças da família necessitavam de ser trabalhadas de forma a contribuir e estimular, melhorias significativas na forma de lidar com o  *stress*  e com as crises (**ANEXO I** - Relação entre fatores e itens do Questionário das Forças Familiares / Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2009)).

Quanto ao desempenho dos **papéis familiares**, constatou-se que a "S" detém o papel de cuidado doméstico, realiza a maior parte das tarefas domésticas e o papel de prestador de cuidados, pois é responsável por prestar todos os cuidados necessários à sua mãe, que se encontra dependente para todas as AVD, contando com ajuda do seu marido. Visto que a

relação com a sua mãe é conflituosa, para além do desempenho dos demais papéis, é notório, que este papel lhe gera *stress*, pelo que se aplicou o instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal), pelo qual se deduz que existe *stress* elevado no Prestador de Cuidados (PC), com uma pontuação de 67 (**ANEXO II** - Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)).

Em relação ao papel recreativo e papel parental, pôde-se constatar que estes são desempenhados pelo casal, assim como o papel de provedor, embora este papel seja repartido com a "L" que contribui em parte, com a sua reforma.

Acerca da relação dinâmica, considerou-se que o membro com mais poder na família é claramente a "S", membro responsável pela maioria das tomadas de decisão dentro do ambiente familiar, em determinadas circunstâncias nota-se uma coligação com o marido.

Para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família recorreu-se à aplicação do instrumento FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), que foi concebido com base em duas dimensões fundamentais: a coesão e a adaptabilidade do sistema familiar (Caeiro, 1991).

A FACES II consiste na segunda versão da escala, contendo trinta itens de avaliação familiar, sendo dezasseis pertencentes à dimensão de coesão e os restantes catorze à dimensão de adaptabilidade. Cada resposta é cotada de 1 a 5, obedecendo depois o somatório a uma fórmula específica, de forma a categorizar as famílias segundo quatro tipos, muito equilibrada, equilibrada, meio-termo e extrema (Figueiredo, 2010).

É uma escala tipo Likert com cinco alternativas de resposta em que um corresponde a “quase nunca” e cinco a “quase sempre” sendo que os itens 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29 são cotados inversamente. De acordo com os autores da escala a pontuação da coesão familiar varia entre 15 e 80 e a da coesão familiar entre 15 e 70. Somando as pontuações da coesão e da adaptabilidade e dividindo-se por dois  $((C+A) / 2)$  classificam-se as famílias em quatro tipos, após ter sido efetuada a correspondência numa escala de 1 a 8 das dimensões coesão e adaptabilidade (**ANEXO V** - Interpretação linear da FACES II).

A adaptabilidade consiste na capacidade do sistema familiar para mudar a sua estrutura no que concerne ao poder, aos papéis e às regras, em resposta a situações de *stress*, num equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. A coesão refere-se aos laços emocionais que existem na família e que unem os elementos entre si, avaliando como os membros da família reagem perante a separação e a aproximação (Nunes, 2008).

A distribuição da totalidade dos itens pelos conceitos relacionados com a coesão e os conceitos relacionados com a adaptabilidade encontra-se exposta no **ANEXO III** (Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares e respetivos itens da escala).

Após a interpretação linear dos resultados (**ANEXO IV** - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II)), concluiu-se que se trata de uma família desmembrada, com coesão extremamente baixa (cotação 30), uma família rígida, com uma adaptabilidade extremamente baixa (cotação 32), uma família desmembrada (cotação 30) com coesão extremamente baixa e, portanto, do tipo de família extrema, com maior probabilidade de disfunção.

Para avaliar a funcionalidade familiar aplicou-se a Escala APGAR Familiar de Smilkstein (**ANEXO VI**), um instrumento que permite mensurar a satisfação de um membro da família em relação à assistência que lhe é prestada pelos restantes membros da família. Avalia concomitantemente a perceção dos indivíduos de uma família relativamente à funcionalidade da mesma, em determinado momento.

Desta forma, evidência diferenças de perceção entre os membros indicando a necessidade de apoio ao(s) indivíduo(s). Segundo Caeiro (1991), a sigla APGAR deriva da integração de cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar que avaliam: Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão.

O questionário equaciona três possíveis respostas, que conferem diferentes pontuações, dando a soma final o nível funcional da família (Caeiro, 1991).

O questionário não foi aplicado ao "M", porque tem idade inferior a 10 anos.

Com este instrumento de avaliação familiar constatou-se que os elementos do casal "S" e "J" consideram a sua família altamente funcional (com uma pontuação total, segundo a Escala APGAR familiar de Smikstein, de 10 e 9, respetivamente), ao contrário da "L", que julga a sua família com disfunção acentuada (com uma pontuação total de 3, segundo a mesma escala), conforme pontuações discriminadas nas imagens que se seguem (**ANEXO VI**). Esta discrepância de opiniões pode ter haver com o fato da "L" ser dependente e precisar de cuidados da sua família para todas as AVD, pelo que pode sentir que a família não responde a todas as solicitações que deseja.

Após a avaliação familiar com recurso ao MCAF e a construção de uma relação terapêutica com a família, desenvolveu-se o Plano de Cuidados colaborativamente com a mesma, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012).

De realçar que os cuidados de enfermagem prestados a esta família foram uma continuação do trabalho que já havia sido desenvolvido pela equipa de saúde da UCSP Litoral.

O "M" já havia sido referenciado para a consulta de nutrição e desenvolvimento do Centro Hospitalar do Oeste e andava a ser vigiado na consulta de Pedopsiquiatria.

Relativamente à adaptação da família à escola também já havia muito trabalho desenvolvido, pelo que já tinham sido mobilizados todos os recursos da comunidade escolar.

Em relação ao membro dependente, a equipa de família da UCSP Litoral também já tinha atuado para a resolução de vários problemas detetados, designadamente a nível da prevenção de quedas e ulceração do pé (UP), a nível da gestão da diabetes e da alteração do padrão do sono. A "L" também já tinha sido referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na valência de média duração, apesar da utente não assinar o consentimento informado após saber o valor da mensalidade.

As práticas de Enfermeira de Família centraram-se em ações de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, e evidenciaram-se pelas atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento da saúde da pessoa e família.

A nível da **prevenção primária**, as atividades realizadas com as famílias visavam evitar ou remover a exposição a fatores de risco ou causais, evitando a doença. Implementaram-se intervenções para a melhoria da saúde familiar através da promoção familiar, promovendo melhorias no funcionamento familiar quer no domínio cognitivo, no domínio afetivo e no domínio comportamental.

Relativamente aos **focos de atenção** como a habitação, rendimentos, precaução de segurança, satisfação conjugal e processo familiar comprometido, ensinaram-se, incentivaram-se, instruíram-se e planejaram-se sobre o cuidado doméstico, medidas de segurança, riscos, mudança de estilos de vida, favorecendo a autonomia da pessoa e família, estimulando a uma vida mais saudável e capacitando para a tomada de decisões promotoras de saúde de forma autónoma.

A nível da **prevenção secundária**, incluiu-se a vigilância, aconselhamento e educação da pessoa e família que necessitam de cuidados por um período longo e visam a promoção da aceitação do estado de saúde, da autovigilância, da gestão e adesão ao regime terapêutico. Para isso, foi imprescindível o apoio ao desenvolvimento de competências de autocontrolo de doenças crónicas por parte da pessoa e família.

A nível da **prevenção terciária**, procurou-se reabilitar, reintegrar precocemente e potenciar a capacidade funcional remanescente da pessoa e família em situação de doença, com redução de custos sociais e económicos. Nestas atividades está inerente a execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação. Para isso apoiou-se a pessoa e família, no

sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico, sendo a educação essencial para a recuperação e a promoção da saúde.

Tendo em conta todo o trabalho já desenvolvido, apenas se enunciaram os diagnósticos mais pertinentes para a saúde desta família, de acordo com as necessidades e problemas identificados pela mesma, tendo em conta que os problemas individuais afetavam a saúde do sistema familiar, assim como as falhas nas relações e os problemas da família afetavam a saúde individual dos seus membros.

Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções foi de encontro às mudanças planeadas, considerando sempre as forças do sistema familiar, para que as mudanças fossem entendidas como exequíveis e se verificasse o comprometimento da família com o plano (Figueiredo, 2012).

Assim, desenvolveu-se o plano de cuidados (**ANEXO VII**) com vista ao desempenho das intervenções que contribuíssem para promover, proteger e recuperar a saúde desta família.

Após se ter desenvolvido o processo de cuidados colaborativamente com a família, fez-se uma reflexão crítica de todas as atividades desenvolvidas e de que forma as mesmas contribuíram para a aquisição da primeira competência específica (**Quadro 5**).

**Quadro 5 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica.**

(Continua)

| 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” (Regulamento 428/2018, 2018 pp. 19357, 19358). (OE, 2018) |  |
|---|--|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas / Reflexão Crítica  |
| <p><b>- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.</b></p>   | <p>Apesar do tempo de estágio não ser o ideal para se conquistar a confiança da família e seus membros, considera que conseguiu estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. Para tal abordou a família com disponibilidade, aproveitando a realização do tratamento às úlceras de perna do membro dependente (três vezes por semana), de forma a fomentar o diálogo familiar e conhecer o ponto de vista da família, quer como unidade, como individualmente cada um dos seus membros, tendo em conta as suas crenças, valores e desejos.</p> <p>A relação criada favoreceu a parceria colaborativa nos cuidados, acreditando que a família é perita e consegue encontrar as soluções para os seus problemas, desde que lhe sejam criadas as condições necessárias. Esta parceria foi fundamental para a elaboração do plano de cuidados e foi das aprendizagens mais importantes deste estágio, pois só assim, se consegue trabalhar com famílias com disfunção.</p> <p>Elaborou o plano de cuidados em conjunto com a família, de acordo com as necessidades sentidas pela mesma, com o objetivo de promover a saúde e prevenção/controlo das doenças ou situações complexas. A maior dificuldade encontrada foi descobrir as forças desta família (com alta disfunção), o que exigiu, como profissional, um compromisso, para ir mais além dos problemas e ver a singularidade desta família. Trabalhar as forças também foi uma grande aprendizagem, que ainda precisa de continuar a ser desenvolvida.</p> <p>Colocar a família no centro dos cuidados foi outro desafio, ou seja, fazer a transição de uma perspetiva individualista “cuidar do indivíduo” para o pensar “cuidar da família” é outra aprendizagem que precisa igualmente de continuar a ser desenvolvida.</p> <p>O desenvolvimento desta unidade de competência foi essencial para o processo de enfermagem e foi determinante nas metas que conseguiu alcançar.</p> |

**Quadro 5 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica.**

(Continua)

| 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” (Regulamento 428/2018, 2018 pp. 19357, 19358). (OE, 2018) |   |
|---|---|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas / Reflexão Crítica   |
| - Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.  | <p>Para obter um conhecimento mais profundo da família recorreu ao Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Apesar de avaliar áreas, nas quais não houve a necessidade de intervenção, esta avaliação ajudou a compreender a singularidade desta família. Também recorreu a outros instrumentos de avaliação familiar como o genograma, ecomapa, Classificação social internacional proposta por Graffar, Questionário de Forças familiares, FACES II e APGAR Familiar de Smilkstein. Com aplicação destes instrumentos foi possível compreender a complexidade do sistema familiar, através da identificação dos recursos, das forças e dos problemas, de forma a planear as intervenções adequadas às necessidades sentidas pela família. Com a aplicação de outros instrumentos dirigidos a alguns membros da família (escala de Barthel, Morse e Braden e Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)), foi possível identificar necessidades individuais, que também afetam o sistema familiar. Uma das dificuldades encontradas foi a aplicação de alguns instrumentos de avaliação familiar, designadamente a FACES II, que requer uma forma de cálculo específica.</p> <p>Para a recolha de dados, aproveitou as visitas ao domicílio, para a observação da interação entre os membros da família, dos padrões de comunicação e das rotinas e rituais familiares. Considera-se que os vários contatos, para tratamento das úlceras do membro dependente foram fundamentais para observar a dinâmica familiar, permitindo estar apenas com os membros da família/subsistemas, com os quais havia interesse em trabalhar as relações.</p> <p>A entrevista familiar foi transversal em todos os contatos com a família, com recurso a técnicas como interrogatório circular (tendo em conta os pressupostos da neutralidade, hipotetização e circularidade), conotação positiva e reenquadramento, de forma a compreender as perspetivas de cada membro e o seu impacto no funcionamento familiar.</p> <p>Outra grande aprendizagem foi o desenvolvimento de técnicas de comunicação, ou seja, passar de uma entrevista livre para uma entrevista com preparação, com objetivos bem definidos. O mais difícil foi gerir os conflitos e lidar com as emoções, visto que esta família tinha padrões de comunicação alterados, por vezes com manifestações de agressividade. Contudo, considera que conseguiu reconhecer o potencial da família e seus membros, de forma a minimizar os conflitos e clarificar o papel de cada elemento.</p> <p>O desenvolvimento desta unidade de competência permitiu compreender a complexidade e unicidade do sistema familiar, para que as intervenções delineadas fossem mais pertinentes e adequadas.</p> |

**Quadro 5 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica.**

(Continua)

| 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" (Regulamento 428/2018, 2018 pp. 19357, 19358). (OE, 2018) |   |
|---|---|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas / Reflexão Crítica   |
| <b>- Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica.</b>   | <p>Elaborou, em conjunto com a família, o plano de cuidados de acordo com as necessidades sentidas pela mesma como um todo, pelos subsistemas ou pelos membros individualmente, previamente avaliadas nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional do MCAF, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde familiar, assim como a prevenção de situações complexas.</p> <p>A maior dificuldade na elaboração do plano de cuidados foi negociar com a família metas concretas e atingíveis, pela não adesão da mesma ao regime terapêutico e promover o envolvimento e responsabilização nos cuidados dos membros da família.</p> <p>Abordou a família como um sistema aberto, que contém subsistemas e está contido em outros sistemas mais amplos, pelo que foram necessários ajustamentos intrafamiliares, assim como considerou os sistemas onde a família está inserida (saúde, educação, trabalho, amigas, entre outros). Uma das dificuldades encontradas foi a escassez de recursos externos da família, especialmente do membro dependente, para quem o encontro com as amigas era muito importante.</p> <p>Considerou as propriedades da família: Totalidade, equifinalidade, retroação e auto-organização, respeitando a capacidade da família, para tomar decisões e explorar os seus problemas, de acordo com o seu modo de vida.</p> <p>Contemplou os recursos e as forças do sistema familiar no planeamento das intervenções, o que exigiu em cada interação com a família aprender mais sobre as forças existentes na família e seus membros individualmente, para tentar novas forças e identificar forças que precisam de ser desenvolvidas para atingir as metas (Gottlieb, 2016). Tendo em conta as forças identificadas capacitou a família para a gestão dos seus problemas e promoveu o seu envolvimento nos cuidados para alcançarem os resultados desejados.</p> <p>Tentou criar ambientes facilitadores e seguros para que os membros individualmente ou em família expressassem as suas emoções e verbalizassem os seus problemas, promovendo uma comunicação eficaz e organizando os horários das visitas, de forma mais oportuna para o efeito.</p> <p>Considera que elaborou um plano fundamentado em evidência científica, que tentou que fosse de encontro às principais necessidades identificadas pela família e planeadas intervenções conducentes à mudança.</p> |

**Quadro 5 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica.**

(Continua)

| 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” (Regulamento 428/2018, 2018 pp. 19357, 19358). (OE, 2018)     |  |
|---|--|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas / Reflexão Crítica  |
| <p><b>-Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.</b></p> <p><b>- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</b></p> | <p>Considerou a família como um sistema aberto, constituída por subsistemas em interação, que se caracteriza por uma complexidade organizada de partes distintas e com determinados atributos, funções e papéis. Segundo Minuchin (1990) e Anderson (2000) a família é "um sistema de relações organizado em função de determinados objetivos comuns que, separadamente, não seriam atingidos pelos diferentes membros" (como citado em (Araújo, 2011), p. 58). Para além da observação das relações intrafamiliares, também observou as interações entre a família e o ambiente, ou seja, os sistemas mais amplos com os quais a família interage, para compreender a complexidade do sistema familiar e perceber como a família respondia a situações complexas. Neste sentido capacitou a família para a autodeterminação e autogestão dos problemas de acordo com o seu projeto de saúde, reconhecendo-a como um sistema auto-organizado.</p> <p>Verificou que as dimensões do funcionamento familiar, como a coesão, adaptabilidade e comunicação estão comprometidas o que permitiu identificar novos focos de atenção e delinear com a família intervenções conducentes à recuperação do bem-estar da mesma.</p> <p>Identificou a etapa do ciclo vital desta família e as tarefas normativas inerentes a esta etapa, prestando cuidados antecipatórios e auxiliando no desenvolvimento dessas mesmas tarefas. Constatou, também, que os cuidados ao membro dependente fazem emergir em simultâneo outras tarefas da última etapa do ciclo vital, segundo Relvas (1996), mas apenas no que diz respeito aos cuidados à geração idosa.</p> <p>Assistiu a família a identificar crenças espirituais com significado dificultador à resposta em situações complexas. Garantiu a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde implementados, com mobilização de conhecimentos baseados em evidência científica, para a tomada de decisão, promovendo ambientes seguros e saudáveis para a família.</p> <p>As principais dificuldades na intervenção à família foi a não adesão desta ao plano de cuidados, o que implicou utilizar estratégias e técnicas motivacionais, assim como promover o diálogo de forma a facilitar a consecução dos objetivos cos definidos. Outra dificuldade foi gerir os conflitos intrafamiliares e lidar com as emoções difíceis, pelo que desenvolveu competências na comunicação (como a imparcialidade, a capacidade de moderação, de gestão de conflitos e de lidar com emoções) essenciais na entrevista com a família, que contribuíram para prevenir a resistência ao tratamento e facilitar a aliança terapêutica (Ferreira e Vale, 2013).</p> <p>Os cuidados prestados a esta família altamente disfuncional foi um desafio e que em muito contribuíram para o desenvolvimento destas unidades de competência.</p> |

**Quadro 5 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da primeira competência específica.**

(Conclusão)

| 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” (Regulamento 428/2018, 2018 pp. 19357, 19358). (OE, 2018) |  |
|---|--|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas / Reflexão Crítica  |
| <b>- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.</b>  | <p>Identificou os recursos e as várias fontes de <i>stress</i> da família, constatando que a situação que mais impacto tem no sistema familiar é a perda de autonomia funcional de um dos membros e consequente dependência para as atividades de vida diárias.</p> <p>Encarou esta situação de crise como uma oportunidade de mudança, permitindo a evolução para um novo nível de funcionamento, mais complexo e não apenas como uma ameaça. Neste contexto, para facilitar a transição procurou capacitar a família a utilizar mecanismos ou recursos que lhe permitam resolver os desajustes, no sentido de se adaptar a um novo estado, face à situação de crise. Promoveu a participação de todos os membros, com o intuito de proporem as soluções que possam ajudar na transição e validou as tomadas de decisão da família.</p> <p>Contudo, a transição ainda não ocorreu, na medida em que ainda não existe tomada consciência, nem se verificaram mudanças de segunda ordem, pelo que as intervenções passaram muito por promover a consciencialização e ajudar a família a encontrar respostas adaptativas a esta nova realidade da dependência de membro.</p> <p>Em todos os contatos, explorou possíveis estratégias com a família para alcançar os objetivos, realçando as suas forças e os progressos conseguidos.</p> |
| <b>- Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.</b>   | <p>Os cuidados prestados foram baseados em evidência científica, com o contributo de todas unidades curriculares lecionadas nos semestres teóricos e com a colaboração de uma 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 OE, que cumprem a sua função de norteadores da prática especializada, permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Regulamento 367/2015, 2015).</p>   |
| <b>- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</b>  | <p>Os membros da família demonstraram contentamento com os cuidados de enfermagem prestados e conseguiu pequenas mudanças no sistema familiar (que numa família disfuncional significam muito). Não obstante, o tempo de estágio não foi suficiente para atingir todas as metas co definidas com a família e o plano de cuidados deverá ser continuado e provavelmente reformulado pela equipa da UCSP Litoral.</p>  |

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

Para o desenvolvimento da competência específica " Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar" (OE, 2018, p. 19358), para além da gestão dos recursos necessários a esta família, conforme já descrito anteriormente, foram também desenvolvidas as atividades, conforme consta no **Quadro 6**.

**Quadro 6 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica das mesmas para a aquisição da segunda competência específica.**

| Competência específica: "Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar "(Regulamento 428/2018, 2018, pp. 19358, 19359). (OE, 2018) |   |  |
|---|---|--|
| Unidades de Competência   | Atividades desenvolvidas  | Reflexão Crítica   |
| - <b>Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.</b>  | - Referenciar para consulta de psicologia, de forma a proporcionar cuidados de qualidade à família;<br><br>-Garantir a continuidade dos cuidados de saúde.  | - Constatou que a família já tinha sido alvo de intervenção de diversas áreas de outras especialidades, pelo que apenas assegurou que a continuidade dos cuidados estava garantida.<br><br>- E, tendo em conta o processo familiar disfuncional, fez a referenciação para terapia familiar, com o consentimento da família.  |
| - <b>Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.</b>   | - Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;<br><br>- Utilizar as tecnologias de informação disponíveis para dar visibilidade à enfermagem de saúde familiar;<br><br>- Partilhar com os colegas aprendizagens no âmbito da Enfermagem em Saúde Familiar. | - Apresentou uma sessão de formação em serviço, dirigida à equipa de enfermagem da UCSP Litoral sobre a Enfermagem de Saúde Familiar e conceitos associados ( <b>ANEXO VIII</b> ).<br><br>- Foi documentado todo o trabalho possível com a família no SClínico. No entanto, este sistema de informação ainda não demonstra todas as atividades desenvolvidas com a família. De realçar que não é possível o registo de instrumentos de avaliação familiar tão importantes como o genograma, ecomapa, FACES II e Questionário das forças. |

## 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### 4.1. RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população tem vindo a sobrecarregar os serviços de saúde, pelo que a realização de tratamentos e o acompanhamento no domicílio por profissionais de enfermagem se torna a opção de excelência para melhorar a qualidade de vida de idosos dependentes. No entanto, devem ser considerados todos os fatores envolventes, surgindo as estratégias de saúde familiar e a enfermagem de família.

Objetivo: Identificar as perceções e dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados em contexto de saúde familiar, durante a realização de visita domiciliária a famílias com idoso dependente.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão sistemática da literatura em 2 bases de dados: MEDLINE e *Cochrane Library*. Foram incluídos estudos primários que identificassem características descritas por enfermeiros em visitas domiciliárias a famílias com idosos dependentes. A pesquisa foi restrita a artigos posteriores a 2012, inclusive. Foi recolhida informação relativa à caracterização das suas amostras, as metodologias utilizadas e quais os principais temas e tópicos mais frequentemente abordados pela amostra em estudo.

Resultados: Oito artigos cumpriram os critérios de inclusão e foram alvo de análise nesta revisão sistemática, perfazendo um total de 1904 indivíduos em estudo, dos quais cerca de 70 (3,67%) eram profissionais de enfermagem (excluindo a amostra em que estão incluídos estes profissionais, porém não é indicada a sua frequência, (Cabral, Dellaroza, Carvalho, & Zani, 2019)). Incluíram-se estudos com amostras constituídas apenas por idosos, profissionais e utentes, e apenas profissionais de saúde. A maioria dos profissionais de enfermagem eram mulheres (N=53, 75,7%), com idades compreendidas entre os 27 e os 64 anos. Os temas mais frequentemente abordados incluíram dificuldades na transmissão de normas de cuidado; falta de formação em geriatria; visão tecnicista do utente; dificuldades sociais, económicas e estruturais nos domicílios; e falta de interdisciplinaridade no cuidado prestado.

Discussão: A enfermagem de família, desenvolvida através de visita domiciliária ao utente idoso dependente, não é ainda suficientemente abordada na literatura. Apesar das dificuldades, os profissionais de enfermagem reconhecem o benefício da visita domiciliária no bem-estar geral dos seus utentes, revelando um sentido de realização profissional pelo seu contributo nestas famílias.

Palavras-chave: idoso; enfermagem; saúde familiar; revisão sistemática.

## 4.2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde considera idosos todos os indivíduos com 60 ou mais anos de idade, encontrando-se quer o valor absoluto, quer a proporção de idosos a aumentar, estando registadas, em 2019, 1 bilião de pessoas nesta faixa etária e sendo a previsão para 2050 mais do que o dobro deste valor, sendo mais ambiciosa para os países desenvolvidos.

De acordo com os censos realizados em Portugal em 2021, registou-se um decréscimo populacional de 2,1%, a par do envelhecimento da população, registando-se 182 idosos (mais de 65 anos) por cada 100 jovens, sendo o Centro e Norte de Portugal as regiões mais envelhecidas (INE, 2021).

A oportunidade para alcançar a velhice, e a forma mais ou menos saudável como pode ser vivida, encontra-se intimamente ligada ao ambiente em que cada indivíduo se insere. A crescente preocupação com agentes deterioradores ou facilitadores de um envelhecimento com qualidade de vida e saúde (p.ex.: acesso a cuidados de saúde de qualidade, condições habitacionais adequadas, serviços de segurança social, modernização e adaptação de áreas urbanas), assenta no pressuposto de “chegar novo a velho”, uma expressão cada vez mais popular dada a sua relevância.

Esta evolução demográfica acarreta consigo uma série de questões logísticas, particularmente no setor da saúde. Existem ainda défices nesta área, tanto a nível estrutural, como de recursos humanos (Biff et al., 2019). São evidentes as dificuldades em alojar a crescente vaga de doentes que procuram os serviços de saúde, sobrecarregando listas de espera para consultas e procedimentos cirúrgicos, apesar do contínuo investimento efetuado pelas entidades governamentais iniciada em 2005 com a reforma do Serviço Nacional de Saúde. Este projeto pretende modernizar, sobretudo, os cuidados de saúde primários, promovendo a interdisciplinaridade e autonomia, bem como a proximidade às populações abrangidas (Pereira et al., 2017). A melhoria dos níveis de satisfação dos profissionais de saúde também é um dos objetivos. No entanto, estes sentem-se cada vez mais assoberbados e reclamam melhores condições e mais apoio nos seus turnos e tarefas (Borges et al., 2021). Não obstante, o gosto pela profissão e, sempre que possível, a existência de harmonia entre os elementos da equipa, bem como na relação doente-enfermeiro, contribuem para a motivação destes profissionais (Biff et al., 2019).

Estudos demonstraram já que os profissionais de enfermagem reagem positivamente e com confiança ao trabalho com utentes idosos, encarando-o como uma opção viável de carreira. Lampersberger, Schüttengruber, Lohrmann e Großschädl (2023), destacam que a formação

para o trabalho com idosos seria benéfica e prepararia os enfermeiros para o previsível agravamento do envelhecimento populacional e para o apoio nas comorbilidades associadas neste tipo de doentes, como a demência e a depressão (Lampersberger et al., 2023; Liebel & Powers, 2015).

A necessidade de cuidados continuados integrados, emerge a par deste fenómeno de envelhecimento e da necessidade de reformular a forma como os cuidados de saúde são prestados, uma vez que se torna necessário libertar espaço nos cuidados hospitalares. Assim, os cuidados continuados são prestados ao domicílio, pelas equipas dos CSP, nomeadamente, enfermeiros, podendo, ou não, se fazer acompanhar pelo médico, se assim se considerar necessário. Este acompanhamento pode iniciar-se por necessidade de cuidados de enfermagem em diferentes contextos clínicos, ou na sequência de um internamento (Duarte, 2007; Kim & Oh, 2020). Esta é uma população com necessidades específicas acrescidas e diversos fatores psicológicos e sociais que influenciam o seu cuidado, como a frequente falta de interesse em tratar das suas questões de saúde e a frequente recusa em se adaptarem a novos comportamentos ou atitudes de autocuidado, aceitando apenas o que lhes permite manter as suas rotinas tal como os enfermeiros as encontram, com as quais os utentes idosos se sentem mais confortáveis (Kim & Oh, 2020). A OE reconhece estas limitações e enfatiza que estes profissionais têm com dever intervir e aconselhar os seus utentes quanto a hábitos de vida e fatores de risco que, de alguma forma possam ameaçar a sua saúde.

A enfermagem de família apresenta-se como uma especialidade que requer bastante autonomia por parte do enfermeiro, bem como assertividade. No entanto, é necessário ter em consideração que esta se desenvolve num ambiente que é familiar ao doente, ao contrário das unidades de cuidados de saúde primários, nas quais o enfermeiro se sente mais à vontade na execução das suas tarefas. atividades. Torna-se impreterível manter a distância profissional para que o enfermeiro consiga desempenhar o seu papel. Todavia, é também essencial estabelecer uma relação de confiança com o idoso e os seus cuidadores e/ou respetiva família (Duarte, 2007). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, reforça que o Enfermeiro de Família atua num contexto de saúde familiar, o que inclui cada indivíduo, a sua família e a comunidade em que ambos se inserem, tomando-os como uma unidade, recorrendo à prática baseada na evidência para desenvolver a sua atividade (OE, 2023). Todos os elementos desta unidade familiar contribuem para o bem-estar comum, pelo que o Enfermeiro de Família deve perceber o ambiente domiciliário em que atua como um todo, no qual se inclui o idoso que requer cuidados.

Assim, o objetivo da presente revisão consistiu em sistematizar, de forma atualizada e recorrendo à análise de estudos primários, quais são as perceções, opiniões e dificuldades dos enfermeiros no âmbito específico da prestação de cuidados em contexto de saúde familiar e, em particular, na realização de visitas domiciliárias a famílias com um idoso dependente.

### 4.3. METODOLOGIA

#### **Critérios de elegibilidade**

Encontram-se de seguida enumerados os critérios de inclusão e de exclusão considerados para a avaliação dos artigos obtidos nas bases de dados consultadas:

#### **Critérios de Inclusão:**

- Artigos enquadrados na problemática deste relatório;
- Artigos cuja questão de investigação inclui a profissão de enfermagem, com qualquer autor enfermeiro;
- Publicações em português, inglês ou espanhol/castelhano;
- Estudos publicados nos últimos 11 anos (2012-2023).

#### **Critérios de Exclusão:**

- Amostras pediátricas, grávidas ou puérperas;
- Processo de amostragem realizado em populações asiáticas, árabes ou africanas;
- Participantes em fim de vida/fase terminal ou integrados em programas de cuidados paliativos;
- Participantes pertencentes a subgrupos específicos de doentes, (ex.: demência; insuficiência cardíaca congestiva).

#### **Estratégia de pesquisa e fontes de informação**

Esta revisão sistemática segue as recomendações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis*) (Page et al., 2021).

Para a identificação de artigos, foram realizadas pesquisas nas bases de dados MEDLINE e *Cochrane Library*. Adicionalmente, foram pesquisados estudos manualmente recorrendo a referências de artigos originais e de revisão, publicados sob questões de investigação semelhantes à do presente estudo.

A QUERY de pesquisa foi definida recorrendo tanto a termos MeSH (linguagem controlada) como a termos de texto livre, de modo a formular cada componente da expressão PICO: **Será que a enfermagem de família em contexto de visita domiciliária promove a saúde familiar em famílias com um idoso dependente?**

**P)** *Population* (Participantes) – Famílias com idoso dependente;

**I)** *Intervention* (Intervenções) – Enfermagem de família;

**C)** *Comparison* (Comparações) – Não aplicável no presente estudo;

**O)** *Outcomes* (Resultados) – Saúde familiar.

A QUERY utilizada para pesquisa em cada uma das bases de dados utilizadas encontra-se descrita detalhadamente nos seguintes quadros (**Quadro 7** e **Quadro 8**):

**Quadro 7 - Estratégia de pesquisa (PubMed/MEDLINE).**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>#1 População</b>          | "Aged"[Mesh] OR Geriatric OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Centenarians"[Mesh] OR centenarian OR "Nonagenarians"[Mesh] OR Nonagenarian OR "Octogenarians"[Mesh] OR Octogenarian OR Health Services for the Aged OR "Frail Elderly"[Mesh] OR Old Adults OR elderliness OR agedness OR aged OR aging OR "advanced age" OR "advance age" OR increased age OR increasing age OR old OR older OR oldest OR Oldest OR oldest old OR septuagenarian* OR senior OR "aging" [Mesh] OR Elderly, Frail OR Frail Elders OR Frail Elder OR Functionally-Impaired Elderly OR Functionally Impaired Elderly OR Frail Older Adults OR "Homebound Persons"[Mesh] OR Homebound Person OR House-Bound Persons OR House Bound Persons OR House-Bound Person OR Shut-Ins OR Shut Ins OR Shut-In OR Home-Bound Persons OR Home Bound Persons OR Home-Bound Person OR Dependent elderly families OR dependent elderly OR elderly dependent family member OR bed rest elderly OR disabled elderly OR "Caregivers"[Mesh] OR caregiving OR Family caregivers OR Caregiving disabled Older Adults   |
| <b>#2 Intervenção</b>        | "Family nursing"[Mesh] OR "Family-Centered Nursing" OR "Family Centered Nursing" OR "Family Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Family Nurse Practitioner" OR domiciliary care OR "Home Care Services"[Mesh] OR Home Care Service OR Home Health Care OR Home care OR "Home Health Nursing"[Mesh] OR Home Health Care Nursing OR "Community Health Nursing"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh]   |
| <b>#3 Resultados</b>         | "Family Health"[Mesh]  |
| <b>#4 Idioma</b>             | "english"[Language] OR "portuguese"[Language] OR "spanish"[Language]   |
| <b>#5 Data de publicação</b> | 2012:2023[pdat]  |
| <b>#6 Estudos excluídos</b>  | "Comment"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Retraction of Publication"[Publication Type] OR "Case Reports"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR "review"[Publication Type] OR "paediatric"[Title/Abstract] OR "pediatrics"[Title/Abstract] OR "neonates"[Title/Abstract] OR "child" [Title/Abstract] OR "children"[Title/Abstract] OR "kids"[Title/Abstract] OR "pregnant"[Title/Abstract] OR "pregnancy"[Title/Abstract] OR "gestation"[Title/Abstract] OR "child-bearing"[Title/Abstract] OR "parturiency"[Title/Abstract] OR "puerperal"[Title/Abstract] OR "puerperium"[Title/Abstract] OR "neonatal"[Title/Abstract] OR "Postpartum"[Title/Abstract] OR "Postnatal"[Title/Abstract] OR "afterbirth"[Title/Abstract] OR "Maternal Care"[Title/Abstract] OR "birth"[Title/Abstract] OR "childbirth"[Title/Abstract] OR "childbed"[Title/Abstract] OR "Asia"[Title/Abstract] OR "Asian"[Title/Abstract] OR "Arabia"[Title/Abstract] OR "Arabic"[Title/Abstract] OR "Africa"[Title/Abstract] OR "African"[Title/Abstract] OR "end-life"[Title/Abstract] OR "palliative"[Title/Abstract] OR "Palliative Care"[Title/Abstract] OR "terminal care"[Title/Abstract] OR "terminal patient"[Title/Abstract] |
| <b>QUERY Final</b>           | #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 NOT #6  |

**Quadro 8 - Estratégia de pesquisa (Cochrane Library).**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>#1 População</b>                  | "Aged (Mesh)" OR Geriatric OR "Aged, 80 and over (Mesh)" OR "Centenarians (Mesh)" OR centenarian OR "Nonagenarians (Mesh)" OR Nonagenarian OR "Octogenarians (Mesh)" OR Octogenarian OR Health Services for the Aged OR "Frail Elderly (Mesh)" OR Old Adults OR elderliness OR agedness OR aged OR aging OR advanced age OR "advance age" OR increased age OR increasing age OR old OR older OR oldest OR Oldest OR oldest old OR septuagenarian* OR senior OR "aging (Mesh)" OR Elderly, Frail OR Frail Elders OR Frail Elder OR Functionally-Impaired Elderly OR Functionally Impaired Elderly OR Frail Older Adults OR "Homebound Persons (Mesh)" OR Homebound Person OR House-Bound Persons OR House Bound Persons OR House-Bound Person OR Shut-Ins OR Shut Ins OR Shut-In OR Home-Bound Persons OR Home Bound Persons OR Home-Bound Person OR Dependent elderly families OR dependent elderly OR elderly dependent family member OR bed rest elderly OR disabled elderly OR "Caregivers (Mesh)" OR caregiving OR Family caregivers OR Caregiving disabled Older Adults |
| <b>#2 Intervenção</b>                | "Family nursing (Mesh)" OR Family-Centered Nursing OR Family Centered Nursing OR "Family Nurse Practitioners (Mesh)" OR Family Nurse Practitioner OR domiciliary care OR "Home Care Services (Mesh)" OR Home Care Service OR Home Health Care OR Home care OR "Home Health Nursing (Mesh)" OR Home Health Care Nursing OR "Community Health Nursing (Mesh)" OR "Home Nursing (Mesh)"   |
| <b>#3 Resultados</b>                 | "Family Health"  |
| <b>#4 Idioma</b>                     | "english"(Language) OR "portuguese"(Language) OR "spanish"(Language)   |
| <b>#5 Estudos excluídos</b>          | ("Comment" OR "Editorial" OR "Letter" OR "Published Erratum" OR "Retraction of Publication" OR "Case Reports" OR "Meta-Analysis" OR "Systematic Review" OR "review" OR "paediatric" OR "pediatrics" OR "neonates" OR "child" OR "children" OR "kids" OR "pregnant" OR "pregnancy" OR "gestation" OR "child-bearing" OR "parturiency" OR "puerperal" OR "puerperium" OR "neonatal" OR "Postpartum" OR "Postnatal" OR "afterbirth" OR "Maternal Care" OR "birth" OR "childbirth" OR "childbed" OR "Asia" OR "Asian" OR "Arabia" OR "Arabic" OR "Africa" OR "African" OR "end-life" OR "palliative" OR "Palliative Care" OR "terminal care" OR "terminal patient"):ti,ab,kw   |
| <b>QUERY Final</b>                   | #1 AND #2 AND #3 AND #4 NOT #5   |
| <b>Filtro por data de publicação</b> | 2012 : 2023  |

**Seleção dos estudos e colheita de dados**

Todos os títulos e resumos obtidos através das pesquisas realizadas foram revistos e considerados para possível elegibilidade no presente trabalho, bem como os artigos completos sempre que estes fossem considerados para inclusão. A gestão dos resultados das pesquisas foi realizada recorrendo ao *software Microsoft Office Excel*®. A identificação de registos duplicados foi realizada automaticamente pelo software e os resultados foram confirmados manualmente, ordenando os registos.

Com recurso ao mesmo *software*, os dados relativos aos artigos incluídos foram recolhidos e organizados numa base de dados. Estes dados podiam ser clínicos e/ou metodológicos e foram consultados no texto, figuras e tabelas. As variáveis colhidas podiam não estar todas

presentes nos diferentes estudos. No entanto, em caso de incerteza ou ausência de determinada variável, os autores do artigo em causa não foram contactados.

### **Variáveis recolhidas**

Realizou-se a leitura exploratória de cada estudo incluído, de forma a compreender o seu conteúdo e o contexto em que a amostra foi avaliada.

Recolheram-se variáveis relativas ao desenho de estudo e respetivo nível de evidência, período em que se realizou, localização geográfica, dimensão amostral, papel desempenhado pelos participantes, objetivos do trabalho, dados metodológicos e principais resultados de cada estudo.

Procurou-se agrupar a informação recolhida de acordo com temáticas semelhantes, bem como comparar as definições dos resultados utilizadas por cada autor.

### **Avaliação do risco de viés**

Não foi realizada a avaliação quanto ao risco de viés dada a natureza exploratória dos estudos incluídos e a subsequente ausência de grelhas padronizadas para a avaliação de artigos com este desenho de estudo.

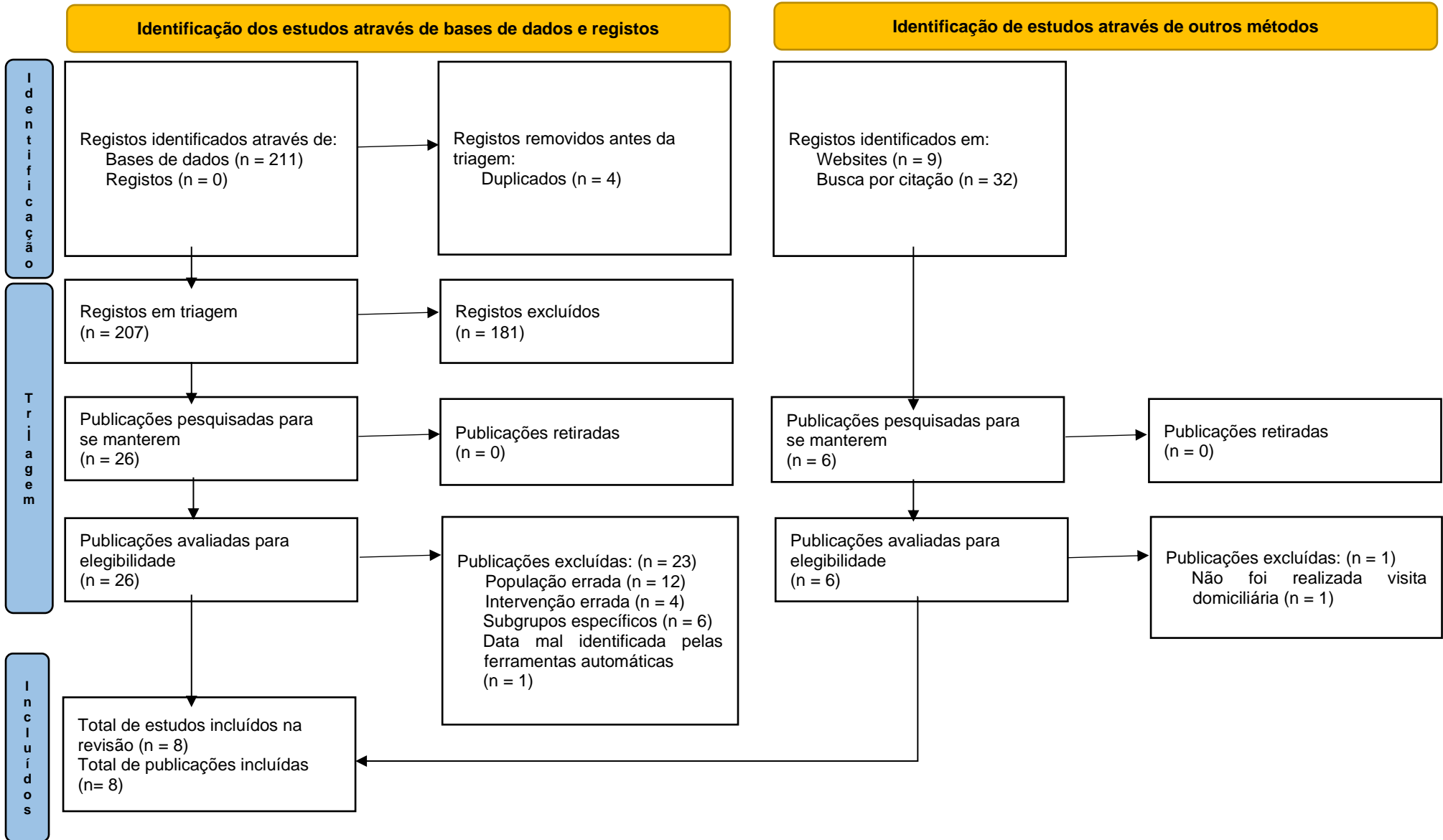
## **4.4. RESULTADOS**

### **Seleção dos estudos**

Após a pesquisa nas bases de dados indicadas previamente de acordo com a QUERY definida para este estudo, e de artigos considerados relevantes de forma manual, 252 resultados foram obtidos, dos quais 4 eram duplicados. Os restantes 248 estudos foram avaliados e rastreados através do seu título e resumo e 32 foram considerados para leitura integral.

Considerou-se que 8 artigos cumpriam os critérios de inclusão e apresentavam resultados relevantes para a presente revisão, sendo realizada a análise qualitativa dos mesmos (**Figura 14**).

Figura 14 - Diagrama de fluxo PRISMA.



Em apêndice, encontram-se descritas as fichas dos artigos selecionados pela Revisão Sistemática da Literatura (**APÊNDICE I**).

Não foi incluído um parâmetro comparador na QUERY de pesquisa, de forma a não restringir a mesma apenas a artigos que referissem a inclusão de um grupo de controlo ou comparador no seu desenho de estudo. Estudos realizados em subgrupos específicos de doentes foram também excluídos, de forma que a amostra incluída neste trabalho fosse representativa da prática de enfermagem de família, incluindo diversas patologias e condições neste grupo de doentes. Foram também excluídos alguns tipos de publicação, nomeadamente artigos de revisão (incluindo outras revisões sistemáticas e meta-análises), relatos de casos isolados, resumos de conferências, editoriais, comentários e opiniões de especialistas.

Os estudos incluídos são, maioritariamente, qualitativos, à exceção dos estudos de Cabral et al. (2019) (estudo de caso) e de Dios-Guerra, Carmona-Torres, Ruíz-Gándara, Muñoz-Alonso & Rodríguez-Borrego (2015) (estudo de caso-controlo).

### **Características dos estudos**

Foram analisados um total de 1904 indivíduos, em amostras que incluíram profissionais de saúde de várias áreas e/ou utentes idosos alvo de visita domiciliária por parte das equipas de saúde familiar.

Um dos estudos incluídos na análise relata resultados observados numa amostra constituída apenas por pacientes idosos, (N=1743) (Dios-Guerra et al., 2015), outro incluiu profissionais (N=6) e utentes (N=34) (Xavier, Nascimento, & Junior, 2019) e os restantes 6 incluíram apenas profissionais de saúde nas suas amostras (N=121), sendo 57,9% (N=70) descritos como enfermeiros, (excluindo a amostra em que estão incluídos estes profissionais, porém não é indicada a sua frequência, (Cabral et al., 2019)). As amostras estudadas referem-se à experiência de pequenas unidades de saúde, pelo que incluíram, no máximo, 18 profissionais de enfermagem, (Rojas-Ocana, Araujo-Hernández, Romero-Castillo & Navarro, 2021; Silva et al., 2021), tendo a menor incluído apenas um (Xavier et al., 2019). A maioria dos profissionais de enfermagem eram mulheres (N=53, 75,7%), com idades compreendidas entre os 27 e os 64 anos. Ressalva-se ainda que a maioria dos estudos privilegiou a inclusão de enfermeiros na sua amostra com experiência de, pelo menos, 1 ano em estratégias de saúde familiar ou unidades de saúde primária.

Seis estudos relatam os resultados obtidos em unidades de saúde brasileiras e 2 em Espanha, tendo sido desenvolvidos os seus protocolos entre 2009 e 2019, perfazendo uma década de experiências descritas. Rojas-Ocana et al. (2021) não referem o período temporal em que o estudo foi desenvolvido.

Os objetivos dos estudos primários incluídos visaram, de forma global, avaliar as práticas de cada centro no âmbito dos cuidados domiciliários a idosos, bem como a identificação de fraquezas nos seus planos de ação, avaliando também o papel desempenhado pelos cuidadores informais destes utentes. A realização de entrevista foi a metodologia mais frequentemente utilizada.

Relativamente aos resultados de interesse, a maioria dos estudos descreveu-os de forma categorizada, sendo os temas mais abordados os seguintes:

1. Dificuldades na transmissão de normas de autocuidado aos utentes e cuidadores devido à barreira psicossocial;
2. Falta de formação específica em geriatria, dificultando a prática diária;
3. Prevalência de uma visão do utente em termos tecnicistas e não de forma integral/holística;
4. Evidência de dificuldades sociais, económicas e estruturais nos domicílios;
5. Dificuldades na articulação dos profissionais das diferentes especialidades no seguimento e tratamento dos utentes, existindo fragmentação dos cuidados a ser prestados;
6. Reconhecimento do benefício da visita domiciliária, resultante do acompanhamento de idosos em situação de dependência.

O estudo de Dios-Guerra et al. (2015) destaca-se dos restantes, uma vez que descreve resultados relativos aos utentes alvo da intervenção em estudo (enfermagem de família) e, em menor medida, de que forma a intervenção e acompanhamento do enfermeiro influencia os resultados nesta população. Considerou-se relevante a inclusão deste trabalho por cumprir os critérios de inclusão definidos para a presente revisão e responder à questão de investigação.

Através da análise deste estudo obtiveram-se informações complementares, nomeadamente: (i) a maioria dos idosos que requerem cuidados domiciliários são mulheres, sendo estas as que mais medicação consomem; (ii) os utentes que necessitam de mais visitas são mais velhos, vivem em casa em detrimento de casas de repouso e apresentam maior taxa de comorbilidades; (iii) no entanto, a maioria não é devidamente acompanhada por um cuidador informal identificável nas visitas do enfermeiro; (iv) quando existe um cuidador, os idosos são, tendencialmente, mais velhos e as visitas são mais frequentes; e (v) a visita de um enfermeiro não parece influenciar a mortalidade deste grupo.

#### 4.5. DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática, que avaliou mais de 70 enfermeiros, concluiu que estes profissionais de saúde lidam com diversas dificuldades no seu dia a dia como Enfermeiros de Família, em contexto de visita domiciliária a famílias com idosos dependentes, quer seja a nível de recursos, barreiras emocionais ou falta de suporte por parte das equipas multidisciplinares que integram nos respetivos CSP.

A OE define família como algo além dos laços parentais, que se baseia em relações de confiança e suporte entre os seus membros. Deverão ter-se ainda em consideração as alterações à família tradicional e o papel preponderante que os Enfermeiros de Família desempenham nestes grupos organizados de indivíduos, visando a promoção da saúde de cada uma destas unidades. A prestação de cuidados de saúde domiciliários implica a consideração de fatores técnicos relativos à execução dos tratamentos necessários, mas também fatores mais subjetivos e pessoais, como a empatia e o interesse pela unidade familiar (Duarte, 2007) de experiência feita, de afetos e tradições (Louro, 2009).

O *Family Health Nursing Project*, que resulta de uma colaboração entre a universidade escocesa e nove países europeus, incluindo Portugal, define a Enfermagem de Família como uma especialidade que deve coordenar uma série de aspetos e não só o acompanhamento de um familiar, incluindo o diagnóstico, prescrição e entrega dos cuidados necessários. No entanto, não devem atuar de forma isolada e, sempre que necessário, deverá ser realizada a referenciação para um outro especialista, quer se trate do utente em tratamento ou de um membro da sua família (Martin et al., 2013).

A questão relativa à integração em equipas multidisciplinares tem ganho destaque nas publicações mundiais e nas mais variadas áreas da saúde, uma vez que promove a qualidade, personalização e melhoria contínua do serviço prestado (Silva et al., 2021). Verifica-se a necessidade de organizar corretamente equipas interdisciplinares, uma vez que estes utentes idosos apresentam frequentemente situações clínicas complexas que requerem a intervenção de vários profissionais. No entanto, os utentes referem que preferem um só profissional no seu domicílio e vez de uma equipa que lhes possa dar resposta a todas as suas questões de saúde, demonstrando uma preferência pela especialização dos cuidados, afastando a ideia de generalismo. Esta afirmação vai de encontro ao papel do Enfermeiro de Família que se encontra preparado para lidar com todas as necessidades destes utentes (Duarte, 2007), promovendo os ganhos em saúde, através de um agir intencional e crítico e, por conseguinte, transformador de uma realidade em construção (OE, 2021b).

Nesta revisão, alguns foram os estudos primários que referiram a satisfação do Enfermeiro de Família com a sua profissão. No entanto, este contentamento centrou-se no papel que desempenhavam e não nas condições em que desenvolviam as suas atividades. Estudos prévios verificaram que os profissionais que trabalham em USF estão satisfeitos com diversas variáveis, nomeadamente com o desenvolvimento pessoal no trabalho que ocorre através da utilização das suas habilidades e da aquisição de novos conhecimentos, considerando, ainda, que ser cuidador de utentes idosos pode ser uma opção de carreira desejável. Todavia, contrariamente aos resultados obtidos, demonstraram também estar satisfeitos com as condições físicas do local de trabalho, e com as interações interpessoais. Esta última discrepância pode ser justificada pelas diferenças de localização geográfica observadas entre estes estudos e os que foram incluídos na presente revisão (Lampersberger et al., 2023; Pereira et al., 2017).

Outro resultado obtido centra-se nas dificuldades do Enfermeiro de Família em transmitir as mensagens necessárias para que o idoso e o respetivo cuidador ou família desempenhem os cuidados necessários até à próxima visita. A falta de concentração e compreensão associadas a problemas de memória, ou até mesmo demência, dificultam esta tarefa, podendo levar a frustração e sentido de falha por parte do profissional. Apesar da sua relevância para o bem-estar geral do utente, a mensagem poderá, muitas vezes, não conseguir atingir os seus interlocutores, pelo que estratégias devem ser adotadas neste contexto, simplificando a linguagem e as tarefas que os utentes devem realizar, uma vez que esta população é frequentemente pouco alfabetizada (Kim & Oh, 2020).

Através da análise de uma revisão sistemática com meta-análise com mais de 20 anos, as temáticas abordadas e os resultados obtidos parecem manter-se ao longo das décadas (Elkan et al., 2001). A visita domiciliária já era considerada uma forma de promoção de saúde e prevenção de complicações e, conseqüentemente, dependência e necessidade de cuidados continuados. Os autores afirmaram que a visita domiciliária era eficaz na redução da mortalidade, apesar de não se ter verificado um efeito na admissão hospitalar, não ficando claro se existiram mais visitas aos serviços de saúde por recomendação do Enfermeiro de Família que seguiu de forma mais adequada os utentes, ou se a realização da visita domiciliária, *per se*, tornou desnecessária a ida ao hospital. Elkan et al. (2001) afirmam, ainda, que a visita do enfermeiro é um fator que promove a verbalização de questões que perturbam a saúde física e mental do utente, ajudando à prestação de um melhor cuidado e ao estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes.

#### 4.6. CONCLUSÃO

A enfermagem de família, com particular enfoque na visita domiciliar ao utente idoso dependente, não é ainda largamente abordada na literatura disponível. Através deste estudo, foi possível identificar algumas recorrências nas dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem neste âmbito, sobretudo relacionadas com limitações sociais, económicas e cognitivas inerentes a esta população.

A falta de formação específica em cuidado do idoso não é ainda devidamente explorada durante o percurso académico e profissional dos enfermeiros, de acordo com os dados recolhidos, o que afeta a sua confiança e, conseqüentemente, a prática clínica. A interdisciplinaridade, apesar de estabelecida como conceito nas Unidades de Saúde, revela-se ainda insuficientemente explorada e ineficaz, o que poderá, em algum nível, estar a influenciar os resultados e tarefas não só do Enfermeiro de Família, mas também dos restantes profissionais. Apesar das dificuldades, os profissionais de enfermagem reconhecem o benefício da visita domiciliária no bem-estar geral dos seus utentes, revelando ainda grande satisfação pelo seu contributo nestas famílias.

Acredita-se que o objetivo do trabalho inicialmente definido, foi atingido, pois mesmo quando a evidência é limitada ou inexistente, as RSL resumem as melhores evidências disponíveis sobre um tema específico, fornecendo a melhor evidência para informar a tomada de decisões e para futuras necessidades de investigação clínica (JBI, 2014).

#### 4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta revisão sistemática apresenta algumas limitações, nomeadamente: (i) a dimensão da amostra de enfermeiros incluídos, e (ii) a restrição geográfica de resultados no âmbito da questão de investigação a estudos desenvolvidos no Brasil que descrevem a realidade apenas de um país, ambos fatores que poderão limitar a validação externa dos resultados; (iii) a inexistência de ensaios clínicos com amostras de enfermeiros que descrevam as suas experiências quando comparados, por exemplo, com outros grupos profissionais; e (iv) as possíveis diferenças verificadas entre as populações de idosos estudadas, nomeadamente a nível do seu grau de dependência, o que poderá introduzir alguma confusão na análise.

Os idosos com maior taxa de comorbilidades e pior estado funcional são os que mais acompanhamento recebem, não sendo clara a direção desta associação, podendo ser causa ou consequência de um plano de vigilância mais eficiente. Todavia, este estudo não visou esclarecer esta questão, pelo que a evidência recolhida é escassa.

Sugere-se a realização de mais estudos neste âmbito e em diferentes populações (em diferentes zonas geográficas e em diferentes graus de dependência), de forma a ampliar o espectro de evidência e, possivelmente, sustentar as conclusões obtidas no presente estudo. A sistematização da informação relativa às perceções dos cuidadores informais de idosos dependentes e a sua comparação com as dos profissionais de enfermagem poderá, também, ser relevante para a compreensão das dificuldades na articulação da informação e dos cuidados prestados por ambas as partes.

#### 4.8. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA / ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

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

O Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar pressupõe objetivos e competências que deverão ser atingidos no final do curso, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

O desenvolvimento de atividades ao longo do estágio, tendo por base os conhecimentos adquiridos na parte teórica e a continuidade de uma prática de cuidados baseados na evidência, foram a base para a aprendizagem da estudante, atuação em ensino clínico e para o desenvolvimento profissional e pessoal.

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

Cuidar da pessoa no seio da sua família aparece hoje aos nossos olhos como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas também de obtenção de resultados mais consistentes para o processo assistencial. O Enfermeiro, pela formação específica que detém, é o profissional mais bem posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das famílias e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios.

Neste contexto, o foco da prática de enfermagem foi também ajustado, passando a ser direcionado para o sistema familiar, surgindo assim a figura do Enfermeiro de Família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2012). O Enfermeiro de Família desempenha um papel de facilitador, na medida em que promove o desenvolvimento de

competências, para um agir consciente, durante o processo de saúde/doença por parte dos indivíduos e famílias, através de um trabalho de parceria com os mesmos e identificando os recursos existentes para lidar e ultrapassar as situações de crises. Além disso, é um profissional que desempenha um papel multifacetado e de proximidade com as famílias, possuindo um lugar privilegiado na interface entre todos os profissionais que intervêm na prestação de cuidados de saúde (OE, 2017, 2021b).

Associado aos cuidados centrados na família, surgem as visitas domiciliárias como forma privilegiada de intervenção a nível individual, familiar e social pois, nesse contexto, os enfermeiros prestam os seus cuidados tendo o conhecimento aprofundado das condições e necessidades do utente/família. Assim, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário têm assumido, nos últimos anos, um papel relevante devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crónicas que contribuíram para um acréscimo de utentes dependentes e, entre outros problemas, para um aumento da prevalência de feridas.

Em contexto profissional e de atuação de ensino clínico, a realidade que se constatou é que a família, quando considerada, é assumida como um recurso com vários deveres no ato de cuidar e com pouco reconhecimento na sua estrutura, unicidade e potencialidade.

Compreende-se que, de facto, a Enfermagem de Família, embora com contingências naturais, desempenha um papel primordial na promoção da saúde familiar, tanto em famílias com idoso dependente como pela sua centralidade na rede social destas, urgindo reorganizar os serviços de saúde às demandas reais das famílias, visando a permanência no domicílio dos seus familiares dependentes, não só pelos seus benefícios próprios (detetando mais precocemente sinais de crise ou vulnerabilidades) como também pela rentabilização do já tão saturado SNS.

Os momentos de visita domiciliária proporcionados no decorrer do estágio permitiram a construção de uma relação profissional mais autêntica e efetiva, tendo sido sempre bem acolhida pelas famílias, para a construção conjunta de um plano de ações que visassem muito mais do que apenas o tratamento curativo instituído até então.

As famílias, quando abordadas como um todo, reconhecem no Enfermeiro um papel distinto de profissional parceiro, com aptidões especializadas para além da realização de pensos ou administração de injetáveis, tendo a relação construída pela continuidade de interações um papel fundamental nesta nova consciência do seu Enfermeiro de Família.

É necessário alterar conceções e motivar os profissionais a querer saber fazer mais e melhor pelas “suas” famílias, compreendendo que a multidisciplinaridade pode funcionar enquanto

parceria e resposta cabal às necessidades, desde que se assumam as mesmas enquanto parceiras e unidade de cuidados, com características próprias e singulares.

Importa dotar as comunidades de respostas acessíveis à população, de modo que as mesmas intervenham não só em processo de doença bem como em promoção e manutenção de saúde, sendo claramente a visita domiciliária uma ferramenta estratégica na sua execução.

Esta transformação necessitará, antes de mais, da formação e sensibilidade dos enfermeiros para as necessidades, vulnerabilidades e forças das famílias, para que a relação do cuidar ocorra segundo um método dinâmico, organizado e sistémico, à semelhança do processo desenvolvido no decorrer do estágio.

Pela revisão sistemática da literatura compreendeu-se que embora se verifique uma variedade de realidades do Enfermeiro de Família, existem consensos e orientações para a sua prática, promovendo a saúde familiar nas famílias por si cuidadas.

Evidencia-se o papel fundamental da Enfermagem de Família na conjuntura política nacional e que, embora em alguns contextos já seja uma realidade, noutros não é praticada de forma conscienciosa e científica.

Segundo o Regulamento n.º 367/2015 (OE, 2015b, 2017), o *Empowerment* para a saúde é o modo pelo qual as pessoas alcançam um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, que as leva a expressar as suas necessidades e demonstrar as suas preocupações, levando-as a refletir sobre os seus objetivos e a forma de alcançá-los.

Os Enfermeiros de Saúde Familiar devem ter em linha de conta as transições normativas que decorrem dos processos de desenvolvimento inerente ao respetivo ciclo vital das famílias pelas quais estão responsáveis, ajudando-as a alcançar o máximo potencial de saúde.

Terminada esta etapa da vida académica, pretende-se o começo de uma nova etapa da vida profissional, onde a formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar seja imprescindível, na construção e consolidação do futuro: trabalhar com e para as famílias.

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

## 5. CONCLUSÃO

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, percorreu-se um caminho no sentido de desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à família como unidade de intervenção, com a finalidade de ajudar o sistema familiar a alcançar o seu máximo potencial de saúde.

A família é a célula vital da sociedade e com o aumento da longevidade e a prevalência de doenças crónicas, as intervenções dos enfermeiros devem orientar-se no sentido de recorrer à família como parceira nos cuidados, sendo um recurso fundamental para a promoção da qualidade de vida dos seus membros. Ao cuidarem de famílias que vivenciam transições de saúde/doença, inerentes ao ciclo de vida, os enfermeiros devem ter em conta o potencial da mesma para ajudá-la no restabelecimento do seu equilíbrio (Louro, 2009; OE, 2015b, 2017).

Este protagonismo recente da relevância da família na prestação de cuidados, torna os enfermeiros os atores de destaque na prestação de cuidados de saúde. A Enfermagem de Família tem aqui uma responsabilidade determinante para garantir respostas de qualidade à população, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação da família (OE, 2015b).

Nesta perspetiva, a Enfermagem de Família e a saúde familiar são essenciais para a saúde das famílias, no acompanhamento das respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais, na sua capacitação e empoderamento face aos processos de transição.

As boas práticas no âmbito da saúde familiar desenvolvem-se em torno de modelos, teorias e instrumentos de avaliação essenciais à enfermagem.

No que concerne ao contexto de aquisição de competências, considera-se que a UCSP Litoral foi um espaço privilegiado para prestar cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar à família avaliada no estágio. Esta apresentava disfunção acentuada, o que constituiu um desafio enquanto pessoa e profissional de saúde, mas que em muito contribuiu para a aquisição/aperfeiçoamento das competências necessárias à prática de Enfermagem de Família.

O processo de aprendizagem é um percurso contínuo, pautado por momentos de ansiedade e pelo confronto com o desconhecido. A rutura com antigas conceções e práticas de cuidados implica a abertura própria para com o outro, mas também a disponibilidade do outro para acolher o profissional, permitindo, assim, o crescimento conjunto.

O suporte da equipa multidisciplinar, mas mais concretamente da equipa de enfermagem, foi essencial para moderar e facilitar os contactos com as famílias abordadas neste estágio.

O descortinar dos processos familiares, possibilitou a consolidação de um quadro conceptual mais rico, elevando e amadurecendo o corpo de conhecimentos próprio, essencial para um melhor cuidar.

A RSL representou não só uma estratégia fundamental para reafirmação de competências em termos individuais, como também as evidenciou enquanto ferramenta essencial para a prática quotidiana nos diferentes contextos de cuidar, dando resposta à vontade de melhoramento.

O contexto de visita domiciliária representa não só uma ferramenta para um cuidar mais adequado como também a oportunidade da criação de vínculos efetivos com as realidades das famílias numa parceria de cuidados. Assim, confirma-se o espaço domiciliário como o mais favorável para a apreensão da realidade e dinâmica familiar, facilitando o delineamento de intervenções mais adequadas e sensíveis para os problemas, reais ou potenciais das famílias.

Por outro lado, determina-se a importância fulcral do contexto ambiental e rede comunitária envolventes às famílias, salientando a urgência em organizar respostas sociais e de lazer para as famílias com idoso dependente, bem como em desburocratizar os processos de parceria entre os agentes comunitários.

A Enfermagem de Saúde Familiar detém um corpo de conhecimentos próprio e especializado, refletindo ações sistémicas que atendem as propriedades específicas de cada família, pelo que em nada deve ser associada ao empirismo ou aos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros de cuidados gerais, de forma menos criteriosa.

A assunção deste pressuposto, salientará a importância do conhecimento especializado, motivando os profissionais a investirem e desenvolverem esta área de atuação em prol das famílias e das expectativas de saúde, prevendo o reconhecimento dos intervenientes da área da saúde e população em geral.

A necessidade de ir recorrendo ao longo do estágio às bases de dados científicas para melhor dar resposta às necessidades e propriedades das famílias, permitiu a negociação e construção de um plano de cuidados mais autêntico e congruente, de forma a garantir a capacitação, desenvolvimento e equilíbrio dos sistemas familiares, tendo sido basilar na consolidação da prática especializada pretendida.

O confronto entre a realidade do ensino clínico, a análise dos achados bibliográficos e a consolidação de conhecimentos e conceptualizações pré-existentes, permitiu revelar o papel de centralidade atribuído ao Enfermeiro de Família na teia de relações multidisciplinares entre os vários agentes atuantes na área da saúde.

Este processo formativo proporcionou a reflexão quer pessoal, quer da equipa de enfermagem do contexto de ensino clínico, acerca da temática do papel da Enfermagem de Família em contexto de visita domiciliária para a promoção da saúde familiar, com maior ênfase em famílias onde exista um idoso dependente.

Confirma-se, portanto, que a Enfermagem de Família em contexto de visita domiciliária pode promover a saúde familiar em famílias com idoso dependente, mobilizando para tal recursos internos e externos das próprias famílias, das equipas multidisciplinares e da rede comunitária onde estão inseridos, necessitando de um método organizado e integrativo de atuação, delimitado pelo seu pensamento crítico, sendo, desta forma, uma mais-valia.

Assim, pretende-se desenvolver um papel ativo junto dos seus pares, partilhando saberes, fazendo uma prática reflexiva no seio da equipa, melhorar a prática da Enfermagem Familiar e manter a motivação pela aprendizagem contínua e sabedoria adquirida que este mestrado proporcionou. Não é só o quanto se faz, mas também quanta dedicação se coloca naquilo que se faz, pelo que se espera que todos que leiam este trabalho, possam sentir o mesmo interesse e entusiasmo pela Enfermagem de Saúde Familiar.

A prática de Enfermagem de Saúde Familiar é uma área em desenvolvimento e constituirá no futuro uma dimensão significativa dos CSP, assim que for possível a sua operacionalização, por forma a serem mensuráveis os indicadores que permitirão concluir acerca das mais-valias deste modelo do ponto de vista dos ganhos em saúde obtidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Oeste Norte (2016). *Manual de Acolhimento*. Retrieved from [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/2899/Manual\\_de\\_Acolhimento\\_-\\_2016\\_\\_1\\_.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2899/Manual_de_Acolhimento_-_2016__1_.pdf)
- ACSS (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. Biénio 2020/2021. Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2021). Modelos Organizacionais. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Quarteto. URI: <http://hdl.handle.net/10849/34>.
- Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O. d., . . . Laurenti, R. (2007). The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 23, 1924-1930. doi:10.1590/S0102-311X2007000800019.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 210-219. <http://dx.doi.org/210.1590/0034-7167-2016-0214>.
- Angelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., Santos, C. C. d. S. d., Martinho, M. J. C. M., & Martins, M. M. F. P. d. S. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74-79. doi: 10.1590/S0080623420140000600011.
- Antunes, V. M. A. (2014). *Organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1216>.
- APEGEL. (2021). Plano de atividades 2021. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança.
- Araújo. (2011). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. URI: <http://hdl.handle.net/10216/45001>.
- Araújo, & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, 3(6), 95-102. doi:110.12707/R1111171.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(4), 869-875.
- Augusto, V. G., Moreira, M. P., & Alexandre, S. G. (2017). Lesão por pressão: avaliação dos custos do tratamento em idosos atendidos em domicílio na saúde suplementar. *Revista Estima*, 15(3), 139-144. doi:110.5327/Z1806-3144201700030004.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of family nursing*, 14(2), 162-180. doi: 110.1177/1074840708317058.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D., & Madeira, M. A. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Biff, D., Pires, D. E. P. d., Forte, E. C. N., Trindade, L. d. L., Machado, R. R., Amadigi, F. R., . . . Soratto, J. (2019). Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 147-158. doi: 110.1590/1413-81232020251.81228622019.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 22(1), 67-79.
- Biscaia, A., & Amorim, A. (2013). A ESSÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: USF–Modelo Positivo-do Presente e para o Futuro. *5ª Encontro Nacional das USF. Porto*.
- Blanes, L., Duarte, I., Calil, J., & Ferreira, L. (2004). Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 182–187. doi:10.1590/S0104-42302004000200036.
- Borges, E. M. d. N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. d. S. N. d., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., . . . Silva, S. M. (2021). Burnout entre enfermeiros: un estudio multicêntrico comparativo. *Rev Lat Am Enfermagem*, 29. doi:10.1590/1518-8345.4320.3432

- Cabral, R., Dellaroza, M. S. G., Carvalho, B. G., & Zani, A. V. (2019). O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(2). doi:10.4025/cienccuidsaude.v18i2.45026
- Caeiro, R. (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul – Ministério da Saúde.
- Campos, S. F., Chagas, A. C. P., Costa, A. B. P., França, R. E. d. M., & Jansen, A. K. (2010). Factors associated with the development of pressure ulcers: the impact of nutrition. *Rev Nutr*, 23(5), 703-714. doi:10.1590/S1415-52732010000500002
- Carbol, L. F., Pereira, J. D. A., & Silva, E. M. S. (2021). PERCEPÇÃO SOBRE A CONTINUIDADE DO CUIDADO DE IDOSOS DEPENDENTES: REVISÃO DE LITERATURA. *XXIX Congresso de Iniciação Científica UNICAMP*.
- Carvalho, J., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., & Oliveira, P. (2010). Atitudes dos Enfermeiros face à família em unidades de internamento. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44–74). Porto.
- Correia, & Dias, P. (2012). Avaliação nutricional em idosos dependentes: escalas de rastreio nutricional. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*, 1(1), 32-37.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82. Lisboa. URI: <http://hdl.handle.net/10362/102790>.
- Costa, I. A. (2014). Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores. Instituto Politecnico de Viseu (Portugal).
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 127–136.
- Curopos, L. I. C. (2014). Avaliação e Intervenção Familiar. *Instituto Politécnico de Bragança*.
- Dalla Nora, C. R., Schaefer, R., & Neves-Amado, J. (2018). Nurses' practices in the context of primary healthcare in Portugal. *Journal of Research in Nursing*, 23(6), 520-532. <https://doi.org/510.1177/1744987118788728>.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Ministério Da Saúde. Diário da República: I série, N.º 38 (2008).
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 149/2014, Série I. (2014).
- Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio. Diário da República, 1ª série - Nº 103. (2007).
- Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 161. (2007).
- Denham, S. A. (2003). *Family health: A framework for nursing*. FA Davis.
- Denham, S. A., Eggenberger, S., Young, P., & Krumwiede, N. (2015). *Family-focused nursing care*: FA Davis.
- DGS. (2010). Direção Geral de Saúde. Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados, Circular Normativa n.º 4/DSPCS. Lisboa.
- Dios-Guerra, C., Carmona-Torres, J. M., Ruíz-Gándara, Á., Muñoz-Alonso, A., & Rodríguez-Borrego, M.-A. (2015). Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento? *Rev Lat Am Enfermagem*, 23, 535-542. doi:10.1590/0104-1169.0338.2585
- Duarte, S. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 11-23.
- Duarte, S. (2012). *Construir a Parceria de Cuidados no Domicílio*. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. (pp. 187–194).
- Elkan, R., Egger, M., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis Commentary: When, where, and why do preventive home visits work? *Bmj*, 323(7315), 719. <https://doi.org/710.1136/bmj.1323.7315.1719>.
- EPUAP. (2009). Guia Internacional Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido. Retrieved from [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf).
- Fernandes. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de Doutoramento). Universidade Catolica Portuguesa.
- Fernandes, Gomes, J., Martins, M. M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). The importance of families in nursing care: nurses' attitudes in the hospital environment. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>.

- Fernandes, & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa Letras. Lisboa.
- Ferraz dos Anjos, K., Silva de Oliveira Boery, R. N., de Oliva Menezes, T. M., Alves Vilela, A. B., & de Oliveira Santa Rosa, D. (2020). Influência das práticas de educação em saúde nas responsabilidades de enfermeiros, agentes de saúde e cuidadores familiares no cuidado a idosos dependentes. *Rev. cuba. enferm.*, e3476-e3476.
- Ferreira, A., Pereira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). *Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família*. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. (pp. 220–224).
- Figueiredo. (2010). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. URI: <http://hdl.handle.net/10216/20569>.
- Figueiredo. (2011). Enfermeria de Família em Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 4(2), 45-48.
- Figueiredo. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. *Loures: Lusociência*, 183.
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice*: Pearson Education Inc., New Jersey.
- Gottlieb, L. N. (2016). O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família. *Loures: Lusodidacta*.
- Guerreiro, C. M. M. (2022). *Promoção do autocuidado do Cuidador Informal*. (Relatório de Estágio - Mestrado). Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed). Lisboa. Lusociência.
- Henriques, C. M. G., & Jesus Santos, E. J. d. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.
- ICN. (2002). Nurses always there for you: Caring for families. doi:95005-42-2.
- ICN. (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0.
- ICN. (2008). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.
- INE. (2019). Causas de Morte - 2017. Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2021). Instituto Nacional de Estatística - Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados provisórios.
- Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' perspectives on health education and health literacy of older patients. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18), 6455. <https://doi.org/6410.3390/ijerph17186455>.
- Lampersberger, L. M., Schüttengruber, G., Lohrmann, C., & Großschädl, F. (2023). Nurses' perspectives on caring for and attitudes towards adults aged eighty years and older. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(2), 458-471. <https://doi.org/410.1111/scs.13127>.
- Lapão, L. V. (2007). Desafios da complexidade no desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde: Procurando a participação do cidadão. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 23(6), 755-763. <https://doi.org/710.32385/rpmgf.v32323i32386.10432>.
- Liebel, D. V., & Powers, B. A. (2015). Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. *The Gerontologist*, 55(3), 448-461. <https://doi.org/410.1093/geront/gnt1125>.
- Lino, L. A. V. (2013). *Dependência funcional e Auto-estima na pessoa com ferida crónica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Lopes, J. M. C. (2003). Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. *Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição*, 48.
- Louro, M. C. C. M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. URI: <http://hdl.handle.net/10216/26337>.

- Luís, V. C. A. (2012). *De Enfermeira a Enfermeira de Família: Abordagem Dinâmica de Famílias com Idoso Dependente*. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Saúde de Santarém. Instituto Politécnico de Santarém,
- Machado, P. (2003). O lugar dos idosos em Portugal e no mundo. *OBSERVARE. Universidade Autónoma de Lisboa. Janus 2003: A convulsão internacional*, URI: <http://hdl.handle.net/11144/11673>.
- Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., & Martin, C. R. (2013). Family health nursing: a response to the global health challenges. *Journal of family nursing*, 19(1), 99-118. <https://doi.org/10.1177/1074840712471810>.
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., . . . Carvalho, J. C. (2010). *Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital*. Redes de conhecimento em enfermagem de família: Escola Superior de Enfermagem do Porto. (pp. 20-32). Porto.
- Martins, O. (2014). A família do idoso dependente – Análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Melo, A., & Alarcão, M. (2009). Avaliação de processos de resiliência familiar: validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Revista Mosaico*, 48, 34-41. URI: <https://hdl.handle.net/10316/36414>.
- Ministério da Saúde. (2006). Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de Outubro. Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Diário da República n.º 196, I Série B.
- Ministério da Saúde. (2007). Portaria N.º 1368/2007, de 18 de outubro. Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 201.
- Ministério da Saúde. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.simedicos.pt/fotos/noticias/b45d78691.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2012). Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2016). Cuidados continuados saúde e apoio social: Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. (p. 28).
- Nunes. (2008). *Desafios Familiares: Parentalidade adoptiva e parentalidade biológica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. URI: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/706>.
- Nunes, M. F. M. d. S. (2016). *Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: perspectiva do enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. URI: <http://hdl.handle.net/10773/17196>.
- OE. (2002). A cada família o seu enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, 6, 16–17.
- OE. (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2011b). Regulamento n.º 126/2011. Ordem dos Enfermeiros. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8660-8661.
- OE. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem (Vol. 1). *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- OE. (2015b). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2ª série, n.º 124.
- OE. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária*. *Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2018). Regulamento N.º 428/2018, de 16 de julho. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, N.º 135.
- OE. (2019). Regulamento N.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, N.º 26.
- OE. (2020). Press Release - Enfermeiro De Família Proposto Pela Ordem Dos Enfermeiros Aprovado Em Conselho De Ministros. Secção Regional Do Centro Da Ordem Dos Enfermeiros.

- OE. (2021a). Aviso N.º 6702/2021, de 13 de abril. Ordem dos Enfermeiros Diário da República: II série, N.º 71 (2021).
- OE. (2021b). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. *Relatório Bienal 2020-2021. Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2021c). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Tomada de Posição N.º 01/2023 – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.
- Paula, M. A. B. (2011). Aspectos da assistência domiciliar à pessoa com feridas. *Rev Estima*, 9(2), 39-44. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Pereira, I., Veloso, A., Silva, I. S., & Costa, P. (2017). Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. *Cadernos de saúde pública*, 33, e00153914. doi:10.1590/0102-311X00153914
- Pinheiro, G. M. L., Alvarez, A. M., & Pires, D. E. P. d. (2012). A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2105-2115.
- Pires, N. M. F. (2012). Úlcera de Perna: Qualidade de Vida dos Utentes da Ucsf de Alenquer.
- Polaro, S. H. I., Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, A. M. (2013). Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 160-167.
- Portaria N.º 212/2017, D. D. J., Diário da República: I série, N.º 138 (2017). (2017).
- Ramos, V. (1996). *O acompanhamento familiar*. Bioética, Editorial Verbo, Lisboa (pp. 117-130).
- Ramos, V., T., S., Pardal, P., Pereira, M. L., Barbosa, M., & Marquês, L. (2012). Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação. Lisboa: Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, R. M. d. F. M. (2023). *Necessidades sentidas pela família, constituída por idosos*. (Relatório de Estágio - Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rodrigues, L. M. d. O. (2013). *A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>.
- Rojas-Ocana, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & Navarro, E. B. G. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e26. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000086>.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. J., do Amaral, M. d. F. C., & Fonseca, F. (2001). *O modelo de enfermagem roper-logan-tierney: baseado nas actividades de vida diária*. Lisboa: Climepsi.
- Santos, M. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho do enfermeiro. Universidade de Lisboa. Retrieved from: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd\\_re1182\\_td.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf).
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva. (2011). *Qualidade de vida: relato dos pacientes portadores de feridas submetidos ao tratamento de oxigenoterapia hiperbárica*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto,
- Silva, Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Figueiredo, M. d. L. F., Santos, M. C. L., Gonçalves, J. L., & Jardim, M. H. d. A. G. (2021). Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 89-98. doi:10.1590/1413-81232020261.31972020
- Silva, Costa, M., & Silva, M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 19–28.

- Silveira, M. (2020). *Consulta de enfermagem: capacitação do cuidador informal da pessoa com Gastrostomia*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde. URI: <http://hdl.handle.net/10400.15/3053>.
- Söderström, I. M., Benzein, E., & Saveman, B. I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(2), 185-192. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x>.
- Sousa, Â. A. d. (2012). *Enfermeiro Promotor da Adaptação da Família com Idoso em Situação de Doença Crónica*. (Relatório de Estágio - Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Cmaj*, 180(11), 1091-1092. doi:10.1503/cmaj.090542.
- Wernet, M., & Ângelo, M. (2003). Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista Escola Enfermagem USP*, 37 (1), 19-25.
- WHO. (1978). Declaração de Alma-Ata. World Health Organization.
- WHO. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. World Health Organization.
- WHO. (2019). Ageing. World Health Organization.
- Wright, L., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed). São Paulo. Roca
- Xavier, G. T. d. O., Nascimento, V. B., & Junior, N. C. (2019). Atenção domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 22(2), e180151.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Fichas dos artigos seleccionados pela Revisão Sistemática da Literatura

## 1. Ferraz dos Anjos et al., 2020

|                                    |  |                               |        |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | Influência das práticas de educação em saúde nas responsabilidades de enfermeiros, agentes de saúde e cuidadores familiares no cuidado a idosos dependentes  |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | (Ferraz dos Anjos, Silva de Oliveira Boery, de Oliva Menezes, Alves Vilela, & de Oliveira Santa Rosa, 2020)  |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Revista Cubana de Enfermería   |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo qualitativo, descritivo e exploratório  | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Abril a maio de 2016   | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | N=16, <u>2 enfermeiros</u> , com idades de 28 e 30 anos; 8 agentes comunitários de saúde, com idade entre 26 e 62 anos; e 6 cuidadores familiares de idosos dependentes, com idade entre 44 e 69 anos, sendo todos do sexo feminino  |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Avaliar a influência de práticas educativas em saúde nas responsabilidades de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cuidadores familiares pelo cuidado do idoso dependente  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista, duração média de 20 minutos para cada participante</li> <li>• Questões: (1) Percebe alguma mudança, desde o início desta pesquisa, na sua rotina de cuidado ou de responsabilidades assumidas no cuidado ao idoso dependente?; (2) Se sim: pode descrever quais foram essas mudanças?</li> <li>• Para a análise dos dados utilizou-se a Técnica da Configuração Triádica, Humanista-existencial-personalista</li> </ul>   |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados por categorias, sendo a seguinte a única que apresenta respostas de enfermeiros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Influência de práticas educativas em saúde nas responsabilidades dos enfermeiros pelo cuidado do idoso dependente</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Os enfermeiros verificaram mudanças nas suas responsabilidades, nomeadamente, na abordagem dos idosos e no esclarecimento de dúvidas.</li> <li>1.2. Nenhum participante teve formação específica para cuidar de idosos, porém reconhecem a sua necessidade, uma vez que existem dúvidas entre os enfermeiros relacionadas com o cuidado do idoso.</li> <li>1.3. A falta de homogeneidade entre as categorias profissionais dos participantes contribuiu para a troca de saberes e experiências, uma vez que foram tratados idosos com diversos problemas de saúde.</li> <li>1.4. As práticas educativas em saúde desenvolvidas por enfermeiros influenciaram positivamente as suas responsabilidades no cuidado ao idoso dependente, propiciando mudanças na abordagem e na atenção a essa população.</li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

## 2. Cabral et al., 2019

|                                    |  |                               |        |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde   |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | Cabral, R., Dellaroza, M. S. G., Carvalho, B. G., & Zani, A. V. (2019)   |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Ciência, Cuidado e Saúde   |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo de Caso   | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Janeiro a março de 2016  | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | N=18, <u>enfermeiros</u> , técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogo, fisioterapeutas, odontologista, nutricionista, médico, agentes comunitários de saúde e gestor de saúde; com 22 a 30 anos de experiência; 7 com pós-graduação, (4 em Saúde Pública, 0 em Geriatria ou Gerontologia)  |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Identificar as percepções dos profissionais de saúde quanto ao cuidado do idoso na Atenção Primária à Saúde (APS)  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista, incluindo questões sobre o seu trabalho, prática no cuidado, pontos fortes, dificuldades e desafios na assistência ao idoso; grupos focais; observação; e análise documental</li> <li>Triangulação de dados</li> </ul>  |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados em categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Vulnerabilidade social e afetiva voltada para dependência da APS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>O idoso com vínculo familiar e afetivo com o cuidador apresenta melhores condições físicas do que os que não o têm.</li> <li>Houve o sentimento de tristeza ao perceber que algumas famílias expõem os idosos a situações de exploração financeira.</li> <li>Os profissionais sentem-se corresponsáveis quando a família se omite do cuidado do idoso.</li> <li>Os enfermeiros ainda se baseiam em procedimentos técnicos e registos tecnicistas que não expressam a integralidade da pessoa e seu contexto social, além de não serem realizados registos adequados dos mesmos.</li> </ol> </li> <li><b>Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais expressam que há uma atenção especial para o idoso quanto às propostas de gestão social e em saúde.</li> <li>É necessário alertar os familiares e cuidadores quanto aos riscos da polifarmácia e na administração e controlo dos medicamentos.</li> </ol> </li> <li><b>Dificuldade de recursos humanos e financeiros</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Foi registada a necessidade de recursos humanos e financeiros adequados ao aumento do número de idosos.</li> <li>Os profissionais compreendem a situação do idoso e a estrutura deficitária em que estão imersos, expressando descontentamento entre o trabalho realizado e o que desejariam realizar.</li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

### 3. Dios-Guerra et al., 2015

|                                    |  |                               |         |
|------------------------------------|--|-------------------------------|---------|
| <b>Título</b>                      | Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento?  |                               |         |
| <b>Autores (ano)</b>               | Dios-Guerra, C., Carmona-Torres, J. M., Ruíz-Gándara, Á., Muñoz-Alonso, A., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2015)  |                               |         |
| <b>Jornal Científico</b>           | Revista Latino-Americana de Enfermagem   |                               |         |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo retrospectivo de caso-controlo  | <b>Nível de Evidência</b>     | III     |
| <b>Período temporal</b>            | Maio a setembro de 2013  | <b>Localização geográfica</b> | Espanha |
| <b>Amostra</b>                     | N=1743, pacientes com 65 ou mais anos  |                               |         |
| <b>Objetivos</b>                   | Compreender o impacto da visita domiciliária agendada pelos profissionais que trabalham nos serviços de Atenção Primária e a morbimortalidade desta população  |                               |         |
| <b>Considerações metodológicas</b> | Casos: pacientes que receberam visitas do <u>enfermeiro</u> agendadas, com média de seis ou mais visitas por ano (N=197)<br>Controlos: pacientes que receberam visita domiciliar cinco vezes ou menos, por ano (N=1546)  |                               |         |
| <b>Principais resultados</b>       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexo feminino: 1050 (60,2%), masculino: 693 (39,8%).</li> <li>2. Idade casos: 82,89, controlos: 74,76 (anos, em média), resultado estatisticamente significativo.</li> <li>3. 90,5% dos pacientes tomam medicação (55,4% das mulheres e 35,2% dos homens), com os casos a consumirem mais, (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>4. 199 participantes receberam visitas de enfermagem, representando 11,4% do total (8,1% das mulheres e 3,3% dos homens).</li> <li>5. Em termos de residência habitual, 96,6% dos pacientes vivem em sua casa (57,8% das mulheres e 38,7% dos homens).</li> <li>6. A presença de cuidador principal não é identificada em 52,8% dos pacientes que receberam as visitas em casa, sendo a média de idade superior em pacientes com cuidador principal (<math>p &lt; 0,001</math>); são mais frequentes as visitas ao paciente quando o cuidador principal é identificado; tanto na zona rural como na urbana há maior número de visitas de enfermeiros aos pacientes que vivem em casa (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>7. O número de pacientes que morreram durante a colheita de dados foi 32; a média de dias de vida foi de 724 dos que tinham visita e 586,4 dos que não tinham; não havendo diferença significativa no tempo de vida entre casos e controlos.</li> <li>8. Odds Ratio=6,5254 [IC 95% = (2,8642-14,8664)], indicando maior probabilidade de doenças nos casos do que nos controlos.</li> <li>9. As visitas domiciliárias de profissionais de enfermagem apresentam baixa frequência, não sendo possível avaliar a atividade de enfermagem e o impacto na morbidade e mortalidade.</li> <li>10. A intervenção ocorre quando já apareceu o problema de saúde e a avaliação é uma tarefa mecânica, não permitindo obter resultados de saúde, havendo ausência de prevenção.</li> </ol> |                               |         |

#### 4. Pinheiro et al., 2012

|                                    |   |                               |        |
|------------------------------------|---|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família  |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | (Pinheiro, Alvarez, & Pires, 2012)  |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Ciência & Saúde Coletiva  |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa   | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Fevereiro, março e maio de 2010   | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | N=17, <u>16 enfermeiras e 1 enfermeiro</u> , 7 enfermeiras são especialistas em Saúde da Família, 4 em Saúde da Mulher, 2 em Gestão de Serviços de Saúde e 3 em Educação em Saúde; o grupo apresenta, em média, 9,2 anos de experiência profissional, variando entre 1 e 20 anos; relativamente ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, a média foi de 2,5 anos, variando entre 1 e 11 anos  |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Descrever a configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF)  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista, (técnica narrativa); questões de resposta aberta; Técnica de Análise de Conteúdo, incluindo pré-análise, constituição do corpus, seleção das Unidades de Significância, classificação e agregação em núcleos temáticos</li> </ul>  |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados nas seguintes categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Consulta Centrada na Doença</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1.1. A prática da enfermeira ainda se fundamenta no modelo biomédico, segmentando a atenção ao idoso por patologias.</li> <li>1.1.2. Pode estar em causa a estagnação das práticas de enfermagem.</li> <li>1.1.3. Torna-se essencial empreender esforços para identificar processos nos quais seja possível a mudança de metodologias.</li> </ol> </li> <li><b>Consulta Centrada no Idoso</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2.1. As enfermeiras demonstram interesse na procura de possíveis vias para atuar na promoção da saúde do idoso.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li><b>O cuidado coletivo: a atuação em grupos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Grupos internos (no interior da unidade de saúde)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1.1. Reforçam as propostas do modelo biomédico.</li> </ol> </li> <li><b>Grupos externos (grupos de convivência de idosos)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1. As enfermeiras demonstraram iniciativa na procura pelo trabalho nestes grupos, uma vez que favorece a interlocução do seu trabalho com os equipamentos sociais.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li><b>O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Unidades de Significância</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1.1. A visita domiciliária emerge como um importante instrumento de intervenção da enfermeira, pois é a oportunidade de realizar uma avaliação integral e abrangente, considerando que no domicílio, além de avaliar o idoso, te também acesso a questões que determinam e condicionam o processo saúde/doença.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

## 5. Polaro et al., 2013

|                                    |  |                               |        |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família  |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | (Polaro, Gonçalves, & Alvarez, 2013)   |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Revista da Escola de Enfermagem da USP   |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo exploratório-descritivo e qualitativo   | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Agosto de 2009 a fevereiro de 2010   | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | N=14, enfermeiras, com idades compreendidas entre os 27 e os 64 anos; a maioria com especialização (8 em Saúde Pública ou Saúde da Família e 4 na área hospitalar); 12 começaram a trabalhar em saúde da família na primeira década de 2000 e 2 na década de 90  |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Descrever e analisar como as enfermeiras percebem a construção do seu fazer gerontológico no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF)  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista aberta guiada por questões gatilho</li> <li>• Análise dos dados: (1) pré-análise, (2) exploração do material e tratamento dos resultados, (3) inferência e interpretação</li> </ul>  |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados por temáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Consulta de enfermagem:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. As enfermeiras revelaram que a consulta de enfermagem foca principalmente os fatores de risco do idoso, sendo nesse momento percebidas necessidades socio-afetivas, o que estimula as competências humanísticas das enfermeiras.</li> <li>1.2. As especificidades da enfermagem no idoso não fazem totalmente parte da sua formação, pelo que estes utentes acabam por ser tratados como os restantes, sendo prestada atenção a questões de desigualdade social neste grupo populacional.</li> </ol> </li> <li><b>2. Visita domiciliar:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Verificam-se diversas dificuldades no âmbito das visitas domiciliárias, apesar da sua contribuição para o incentivo da melhoria do autocuidado em doentes idosos.</li> </ol> </li> <li><b>3. Dar atenção à família:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. As enfermeiras reconhecem os cuidadores dos idosos visitados e reparam em situações socioculturais frágeis, eventuais abusos e negligências, apesar da dificuldade em compatibilizar os requisitos da enfermagem de família com a realidade na qual desenvolvem a sua atividade.</li> </ol> </li> <li><b>4. Procura de parcerias para ações integradas:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. O trabalho na ESF dá autonomia às enfermeiras para atuarem na comunidade, desenvolvendo uma relação de cumplicidade com os utentes.</li> </ol> </li> <li><b>5. Atuando em ações consolidadas</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. As enfermeiras demonstraram sensibilidade para com o utente idoso, desenvolvendo ações diferenciadas mais próximas das desejáveis, independentemente das ações e programas consolidados adotados pela unidade de saúde a que pertenciam.</li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

## 6. Rojas-Ocana et al., 2021

|                                    |  |                               |         |
|------------------------------------|--|-------------------------------|---------|
| <b>Título</b>                      | Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home  |                               |         |
| <b>Autores (ano)</b>               | Rojas-Ocana, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & Navarro, E. B. G. (2021)  |                               |         |
| <b>Jornal Científico</b>           | Primary Health Care Research & Development   |                               |         |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo qualitativo e descritivo  | <b>Nível de Evidência</b>     | IV      |
| <b>Período temporal</b>            | Não mencionado   | <b>Localização geográfica</b> | Espanha |
| <b>Amostra</b>                     | N=18 <u>enfermeiros</u> ; 83,3% mulheres e 16,7% homens; idade média $48,8 \pm 6,2$ anos; média de $25,7 \pm 5,8$ anos de experiência e 15,6 anos em cuidados primários  |                               |         |
| <b>Objetivos</b>                   | Identificar intervenções educacionais de enfermeiros que melhoram o cuidado prestado e o autocuidado por parte de cuidadores e utentes idosos dependentes, bem como os fatores que facilitam ou limitam este treino  |                               |         |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista, observação e grupo de discussão</li> <li>• Triangulação dos indivíduos (com base no tipo de enfermagem) e triangulação de métodos (com base nas dificuldades descritas pelos participantes)</li> <li>• Os dados obtidos foram analisados utilizando a ferramenta <i>Gatha Nursing</i>, que reuniu 35 itens em 3 eixos: atitudes profissionais, tarefas comunicativas e competências técnicas</li> </ul>   |                               |         |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os eixos identificados no <i>Gatha Nursing instrument</i> foram os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Atitudes profissionais:</b> promoção da comunicação, escuta ativa, estabelecimento de metas comuns, facilitação do ensino, presença.</li> <li>2. <b>Tarefas comunicativas:</b> estabelecimento de metas comuns, educação em saúde, envolvimento da família, aconselhamento.</li> <li>3. <b>Competências técnicas:</b> facilitação do ensino, reestruturação cognitiva.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A falta de motivação em aprender, fracas relações interpessoais entre os membros da família, cargas laborais elevadas, esgotamento emocional e falta de suporte familiar foram as razões indicadas pelos enfermeiros como limitantes no processo de aprendizagem dos cuidadores, apesar do esforço por parte dos profissionais de saúde.</li> <li>• Os fatores facilitadores foram: a utilização de linguagem livre de vocabulário médico, utilização de exemplos, explicação dos motivos de determinada ação e <i>feedback</i> positivo.</li> <li>• A limitação de tempo do enfermeiro com o utente e o cuidador, bem como a sua falta de treino em entrevistas clínicas influencia a capacidade de aprendizagem do cuidador. A falta de coordenação entre a equipa multidisciplinar também é um fator limitante.</li> </ul> |                               |         |

## 7. Silva et al., 2021

|                                    |  |                               |        |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente  |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | Silva, R. M. D., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, M. C. L., Gonçalves, J. L., & Jardim, M. H. D. A. G. (2021)  |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Ciência & Saúde Coletiva   |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo qualitativo numa perspetiva hermenêutica-dialética, oriundo de um estudo multicêntrico ( <i>Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando a subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores</i> )   | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Junho a dezembro de 2019   | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | N=38, 8 médicos, 18 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 3 assistentes sociais, 2 dentistas, 1 biólogo, 1 educador físico, 1 técnico de enfermagem, 1 pedagogo e 1 agente comunitário de saúde; com, no mínimo, um ano de experiência nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde  |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Investigar os desafios e as possibilidades de profissionais de saúde para a gestão do cuidado de idosos dependentes  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista semiestruturada com duração média de 20 minutos (facilidades e dificuldades para acolher e acompanhar o cuidado da pessoa idosa dependente, bem como estratégias de apoio utilizadas)</li> <li>A referência ao “idoso” é extensível ao “idoso dependente”</li> </ul>   |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados em duas categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Desafios para o profissional na gestão do cuidado ao idoso dependente</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Os principais desafios mencionados pelos participantes relacionam-se com a gestão ineficiente da APS; dificuldades estruturais; barreiras territoriais e de acesso; escassez de materiais; burocracia no sistema de referência; filas de espera demoradas; e falta de segurança pública.</li> </ol> </li> <li><b>Estratégias e sugestões dos profissionais para o cuidado ao idoso dependente</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Comunicação interprofissional; contratação de profissionais e especialistas; acolhimento; grupos terapêuticos e comunitários; capacitação e ações de educação permanente com cuidadores e familiares; e visitas domiciliares foram apontadas como necessárias.</li> <li>A atenção à saúde do idoso necessita de articulações interdisciplinares e multiprofissionais para a formação de uma rede de cuidado mais eficiente.</li> <li>Os profissionais enfatizaram a visita domiciliar intermediada por ações de educação em saúde como recurso fundamental de cuidado, principalmente aos idosos que não frequentam as unidades de saúde ou vivem sozinhos.</li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

## 8. Xavier et al., 2019

|                                    |   |                               |        |
|------------------------------------|---|-------------------------------|--------|
| <b>Título</b>                      | Atenção domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos  |                               |        |
| <b>Autores (ano)</b>               | Xavier, G. T. O., Nascimento, V. B., & Junior, N. C. (2019)   |                               |        |
| <b>Jornal Científico</b>           | Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia  |                               |        |
| <b>Desenho de Estudo</b>           | Estudo qualitativo  | <b>Nível de Evidência</b>     | IV     |
| <b>Período temporal</b>            | Novembro de 2016 a janeiro de 2017  | <b>Localização geográfica</b> | Brasil |
| <b>Amostra</b>                     | <p><b>N=40</b>, em duas amostras independentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Profissionais de saúde (<b>N=6</b>, <b>enfermeiro</b>, médico, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta da fala e assistente social), 6 indivíduos do sexo feminino, média etária de 39 anos (34 a 50 anos), 5 (83,33%) apresentam nível superior completo (2 com especialização em saúde familiar: enfermeira e médica) e 1 nível técnico</li> <li>→ Utentes (<b>N=34</b>), a maioria do sexo feminino e entre os 60 e 69 anos de idade (60 a &gt; 90 anos), 58,82% com dependência parcial</li> </ul>   |                               |        |
| <b>Objetivos</b>                   | Analisar a contribuição da visita domiciliar para a construção das Redes de Atenção à Saúde, sob a ótica de profissionais e de utentes idosos.  |                               |        |
| <b>Considerações metodológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e abertas, com aproximadamente 60 minutos de duração</li> </ul>  |                               |        |
| <b>Principais resultados</b>       | <p>Os resultados são apresentados em categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Integralidade dos cuidados em saúde</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Observa-se incongruência da equipa para tomada de decisões, dificultando a adesão de pacientes e a medição de resultados.</li> <li>1.2. Nas entrevistas com os profissionais, há referência a alguns problemas a serem superados, como: dificuldade das famílias em assumir os cuidados, aquisição de equipamentos, adaptação da residência, dificuldade em identificar os profissionais de atendimento domiciliar, fragmentação dos cuidados e falta de educação em saúde no momento da alta.</li> <li>1.3. São necessárias reuniões interdisciplinares para implantação de fluxos e protocolos e para a melhoria dos serviços.</li> </ol> </li> <li><b>2. Atenção domiciliar e o acesso aos restantes serviços de saúde</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Verificam-se intercorrências fora do horário de funcionamento do serviço, ausência de prioridades, além de problemas relativos a falhas no alinhamento de condutas entre os elementos da equipa.</li> </ol> </li> <li><b>3. Equipe interdisciplinar, capacitação e habilidades em atenção domiciliar</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. A alta rotatividade e a composição inadequada da equipa interdisciplinar evidenciam fragilidades que resulta na sensação de atendimento desqualificado.</li> <li>3.2. Foi citada a importância de formação constante para profissionais e cuidadores.</li> </ol> </li> </ol> |                               |        |

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Relação entre fatores e itens do Questionário das Forças Familiares / Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2009)

Relação entre fatores e itens do Questionário das Forças Familiares

| Fatores                            | Itens                 |
|------------------------------------|-----------------------|
| Organização Familiar positiva      | 2,3,4,5,6,7,8,9,10,13 |
| Crenças Familiares Positivas       | 2,16,21,24,25,28,29   |
| Gestão Positiva e Suporte Familiar | 17,18,19,20,22,23,27  |
| Emoções Positivas                  | 1,11,14,15,26         |

Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2009)

|   | Nada parecidas (1) | Pouco parecidas (2) | Mais ou menos parecidas (3) | Bastante parecidas (4) | Totalmente parecidas (5) |
|---|--------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. A família é otimista e procura ver sempre o lado positivo das coisas.  |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 2. A família acredita que os seus elementos, em conjunto, conseguem sempre encontrar maneira de lidar com os problemas.     |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 3. A família é muito unida.   |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 4. Na família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião.  |                    |                     |                             | X                      |                          |
| 5. Os elementos da família tomam decisões em conjunto.  |                    |                     |                             | X                      |                          |
| 6. Na família, sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar.   |                    |                     |                             | X                      |                          |
| 7. Na família, toda a gente dá apoio aquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si. |                    |                     | X                           |                        |                          |
| 8. Na família, cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.                               |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 9. Na família, as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas.   |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 10. Os elementos da família mostram abertamente o que sentem uns pelos outros.  |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 11. A família sente que os seus elementos são capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer.     |                    |                     |                             |                        | X                        |
| 12. Na família, existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir.                                  |                    |                     | X                           |                        |                          |
| 13. Os elementos da família fazem coisas e  |                    |                     | X                           |                        |                          |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| atividades em conjunto.  |   |   |   |   |   |
| 14. Na família, há boa disposição e os seus elementos encontram sempre momentos para rir.  |   | X |   |   |   |
| 15. Na família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas, negativas, sem magoar os outros.                       |   | X |   |   |   |
| 16. Quando aparece um problema importante, os elementos da família conversam e resolvem-no em conjunto.                                |   |   | X |   |   |
| 17. A família tem amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que ajudam quando precisam.   | X |   |   |   |   |
| 18. A família consegue gerir o dinheiro que tem de maneira a conseguir pagar as principais despesas.                                   |   |   | X |   |   |
| 19. A família sabe a que sítios tem que se dirigir para cada dificuldade que surge.  |   |   |   | X |   |
| 20. Quando há problemas com os quais a família sente que não consegue lidar, a família aceita o facto e segue em frente sem desanimar. |   |   | X |   |   |
| 21. A família acredita que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão.  |   |   | X |   |   |
| 22. Na família há valores que se deseja aprenda.   |   |   | X |   |   |
| 23. A família consegue lidar bem com imprevistos e dificuldades.   |   |   | X |   |   |
| 24. A família acredita que os momentos de dificuldade os podem ajudar a ser mais fortes.   |   |   | X |   |   |
| 25. Na família é importante que cada um tente ser feliz.   |   |   |   |   | X |
| 26. A família consegue resolver um desacordo sem conflitos.  | X |   |   |   |   |
| 27. A família consegue encontrar ajuda quando precisa, nas pessoas que conhece.  | X |   |   |   |   |
| 28. A família consegue discutir pontos de vista diferentes sem que os seus elementos fiquem zangados uns com os outros.                | X |   |   |   |   |
| 29. Na família, as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto.  |   |   |   | X |   |

## **ANEXO II**

Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal  
(QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)

**Instrumento de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)**

|  | <b>Nunca (1)</b> | <b>Quase nunca (2)</b> | <b>Às Vezes (3)</b> | <b>Muitas vezes (4)</b> | <b>Quase sempre (5)</b> |
|--|------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                  |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?          |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?          |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?   |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?   |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?  |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?  |                  |                        |                     |                         | X                       |
| Considera que o seu familiar está dependente de si?  |                  |                        |                     | X                       |                         |
| Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?   |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do seu familiar?  |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                        |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?     |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?              |                  | X                      |                     |                         |                         |
| Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar? |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que não dispões de economias suf. para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? |                  |                        |                     | X                       |                         |
| Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?                                     |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?          |                  | X                      |                     |                         |                         |
| Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?                                       |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |                  |                        | X                   |                         |                         |
| Considera que poderia cuidar melhor do seu   |                  | X                      |                     |                         |                         |

|   |           |  |   |  |  |
|---|-----------|--|---|--|--|
| familiar?   |           |  |   |  |  |
| Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar? |           |  | X |  |  |
| <b>Total Escala Interpretação</b>   | <b>67</b> |  |   |  |  |

**Fonte:** SClínico

### **ANEXO III**

Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares  
e respetivos itens da escala

Conceitos relacionados com a Coesão e Adaptabilidade Familiares e respetivos itens da escala

| <b>COESÃO FAMILIAR</b>         |                  |     |                    |     |            |     |            |     |         |     |        |     |          |     |                    |     |
|--------------------------------|------------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|------------|-----|---------|-----|--------|-----|----------|-----|--------------------|-----|
| Itens                          | Laços Emocionais |     | Limites Familiares |     | Coligações |     | Tempo      |     | Espaço  |     | Amigos |     | Decisões |     | Interesses e Lazer |     |
|                                | (+)              | (+) | (-)                | (+) | (-)        | (-) | (+)        | (+) | (+)     | (-) | (+)    | (+) | (+)      | (+) | (-)                | (+) |
|                                | 1                | 17  | 3                  | 19  | 9          | 29  | 7          | 23  | 5       | 25  | 11     | 27  | 13       | 21  | 15                 | 30  |
| <b>ADAPTABILIDADE FAMILIAR</b> |                  |     |                    |     |            |     |            |     |         |     |        |     |          |     |                    |     |
| Itens                          | Imposição        |     | Liderança          |     | Disciplina |     | Negociação |     | Funções |     | Normas |     | Decisões |     |                    |     |
|                                | (+)              | (+) | (-)                | (+) | (+)        | (+) | (+)        | (+) | (+)     | (+) | (+)    | (+) | (+)      | (-) |                    |     |
|                                | 2                | 14  | 28                 | 4   | 16         | 6   | 18         | 8   | 20      | 26  | 10     | 22  | 12       | 24  |                    |     |

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

## **ANEXO IV**

Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II)

Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II)

| 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 dificuldade.   |                 | X                    |              |                  |                  |
| 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      |                 |                      | X            |                  |                  |
| 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. |                 |                      |              | X                |                  |
| 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        |                 | X                    |              |                  |                  |
| 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  |                 |                      | X            |                  |                  |
| 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | X               |                      |              |                  |                  |
| 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  |                 | X                    |              |                  |                  |
| 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.                   |                 | X                    |              |                  |                  |
| 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  |                 |                      |              |                  | X                |
| 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.                           |                 | X                    |              |                  |                  |
| 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                            |                 | X                    |              |                  |                  |
| 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                      | X               |                      |              |                  |                  |
| 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.              |                 | X                    |              |                  |                  |
| 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                |                 | X                    |              |                  |                  |
| 15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.   |                 |                      |              | X                |                  |
| 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.                      |                 | X                    |              |                  |                  |
| 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.   |                 | X                    |              |                  |                  |
| 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.  |                 | X                    |              |                  |                  |
| 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.                 |                 |                      |              | X                |                  |
| 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                |                 |                      | X            |                  |                  |
| 21. Cada um de nós aceita o que a família decide.   |                 | X                    |              |                  |                  |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.   |   |   | X |   |   |
| 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.                                       |   | X |   |   |   |
| 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.                                       |   |   | X |   |   |
| 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.                             |   |   |   |   | X |
| 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  |   |   | X |   |   |
| 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                     |   | X |   |   |   |
| 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.                                       |   |   | X |   |   |
| 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda. |   |   |   | X |   |
| 30. Temos interesses e passatempos em comuns com os outros                                       | X |   |   |   |   |

## **ANEXO V**

### Interpretação linear da FACES II

| Coesão |          | Adaptabilidade |   |          | Tipo de Família |   |                           |
|--------|----------|----------------|---|----------|-----------------|---|---------------------------|
| 8      | 80<br>74 | Muito Ligada   | 8 | 70<br>65 | Muito Flexível  | 8 | Equilibrada               |
| 7      | 73<br>71 |                | 7 | 64<br>55 |                 |   |                           |
| 6      | 70<br>65 | Ligada         | 6 | 54<br>50 | Flexível        | 6 | Moderadamente Equilibrada |
| 5      | 64<br>60 |                | 5 | 49<br>46 |                 |   |                           |
| 4      | 59<br>55 | Separada       | 4 | 45<br>43 | Estruturada     | 4 | Intermédia                |
| 3      | 54<br>51 |                | 3 | 42<br>40 |                 |   |                           |
| 2      | 50<br>35 | Desmembrada    | 2 | 39<br>30 | Rígida          | 2 | Extrema                   |
| 1      | 34<br>15 |                | 1 | 29<br>15 |                 | 1 |                           |

Para avaliar a funcionalidade familiar aplicou-se o APGAR de Smilkstein, um instrumento que permitiu mensurar a satisfação de um membro da família em relação à assistência que lhe era prestada pelos restantes membros da família. O questionário não foi aplicado ao "M", porque tinha idade inferior a 10 anos. Com este instrumento de avaliação familiar constatou-se que os elementos do casal consideravam a sua família altamente funcional, ao contrário da "L", que julgava a sua família com disfunção acentuada, conforme pontuações discriminadas nas imagens que se seguem. Esta discrepância de opiniões pode ter havido com o facto de a "L" ser dependente e precisar de cuidados da sua família para todas as AVD, pelo que podia sentir que a família não respondia a todas as solicitações que desejava.

## **ANEXO VI**

Escala APGAR familiar de Smilkstein

### Escala APGAR familiar de Smilkstein

|  |
|--|
| <b>Pontuação total:</b>  |
| <p><b>Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional</b></p> <p><b>Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção</b></p> <p><b>Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada</b></p> |

### APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “S”

| APGAR  | Quase sempre | Algumas vezes | Quase nunca |
|--|--------------|---------------|-------------|
| 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.  | X            |               |             |
| 2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.             | X            |               |             |
| 3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | X            |               |             |
| 4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | X            |               |             |
| 5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | X            |               |             |
| TOTAL:   | 10           |               |             |

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

### APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “L”

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

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

### APGAR Familiar de Smilkstein, aplicado ao membro “J”

| APGAR  | Quase sempre | Algumas vezes | Quase nunca |
|--|--------------|---------------|-------------|
| 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.  | X            |               |             |
| 2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.             | X            |               |             |
| 3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     |              | X             |             |
| 4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | X            |               |             |
| 5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | X            |               |             |
| TOTAL:   | <b>9</b>     |               |             |

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

## **ANEXO VII**

Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar / Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família

**Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar**

(continua)

| Diagnóstico de enfermagem   |   | Processo familiar comprometido   |   |
|---|---|--|---|
| Subconjuntos diagnósticos   | Critérios de diagnóstico                                | Resultados esperados   | Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar  |
| - Comunicação familiar comprometida.  | - Escala FACES II<br><br>- APGAR Familiar de Smilkstein | Que os membros da família comuniquem de uma forma clara e haja aceitação da família em relação à expressão dos sentimentos, dos seus membros.  | - Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>- Otimizar a comunicação da família;<br>- Planejar rituais familiares.  |
| - <i>Coping</i> familiar não eficaz.<br>- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i> . |   | Que os membros da família se sintam satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; que a família seja capaz de mobilizar estratégias e recursos de forma a responder aos fatores de <i>stress</i> intrafamiliar e extrafamiliar. | - Ensinar sobre <i>coping</i> ;<br>- Instruir sobre estratégias;<br>- Promover estratégias adaptativas na família;<br>- Negociar estratégias adaptativas;<br>- Promover suporte familiar.   |
| - Relação dinâmica disfuncional.  |   | Permitir o desenvolvimento pessoal dos membros, crescimento e bem-estar da família, enquanto unidade interacional, contribuindo para o equilíbrio nas relações.  | - Otimizar o padrão de ligação (principalmente entre a mãe e a filha);<br>- Incentivar o apoio/suporte da família;<br>- Promover o envolvimento da família;<br>- Incentivar o envolvimento da família;<br>- Negociar o processo familiar;<br>- Otimizar o processo familiar;<br>- Orientar para terapia familiar. |

## Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar

(continua)

| Diagnóstico de enfermagem                |  | Papel parental comprometido                                 |  |
|--|--|---|--|
| Subconjuntos diagnósticos                | Critérios de diagnóstico   | Resultados esperados  | Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar   |
| Comportamento de adesão não demonstrado. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais não promovem a ingestão nutricional adequada (Obesidade), assim como um padrão de exercício regular ou atividades de lazer adequadas;</li> <li>- Os pais não promovem a socialização do "M".</li> </ul> | Que a família adote um estilo de vida saudável.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada da criança;</li> <li>- Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança;</li> <li>- Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequadas à criança;</li> <li>- Motivar os pais para a socialização e autonomia da criança.</li> </ul> |
| Conhecimento do papel não demonstrado.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento dos pais sobre tomar conta de uma criança com necessidades especiais (PHDA) .</li> </ul>   | Capacitar os pais para tomar conta de uma criança com PHDA. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover papel parental;</li> <li>- Incentivar o desempenho parental;</li> <li>- Informar para papel parental;</li> <li>- Ensinar os pais sobre necessidades especiais;</li> <li>- Ensinar os pais sobre a gestão de sinais e sintomas (especiais).</li> </ul>  |

**Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar**

(continua)

| Diagnóstico de enfermagem  | Papel de prestador de cuidados não adequado   |   |   |
|--|---|---|---|
| Subconjuntos diagnósticos  | Critérios de diagnóstico  | Resultados esperados  | Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar  |
| - Conhecimento do papel não demonstrado.                             | O PC não estimula a independência do membro dependente. Não lhe promove a ingestão nutricional, a higiene e atividades recreativas adequadas, assim como a autovigilância e gestão do regime terapêutico. | Que o PC adquira conhecimentos para o desempenho adequado deste papel.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência;</li> <li>- Ensinar o PC sobre a técnica de banho;</li> <li>- Ensinar o PC sobre padrão alimentar adequado;</li> <li>- Ensinar e motivar PC para a promoção de atividades de lazer adequadas;</li> <li>- Ensinar o PC sobre o regime terapêutico;</li> <li>- Ensinar o PC sobre a fisiopatologia das doenças;</li> <li>- Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações;</li> <li>- Ensinar PC sobre sinais de hipoglicémia e hiperglicemia.</li> </ul> |
| - 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 a "S" a encontrar estratégias de <i>coping</i> para reduzir o <i>stress</i> associado ao papel de prestador de cuidados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <i>stress</i> do PC;</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções;</li> <li>- Incentivar o envolvimento do PC;</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família;</li> <li>- Ensinar o PC sobre recursos na comunidade;</li> <li>- Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel.</li> </ul>  |
| - Conflitos do papel.  | Expectativas do membro dependente não são compatíveis com o desempenho do papel de PC.  | Ajudar a reduzir os conflitos do papel de PC.   | - Avaliar os conflitos no papel de PC (explorar e desmontar pontos de conflito)   |

## Plano de Cuidados dirigido ao sistema familiar

(conclusão)

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Diagnóstico de enfermagem</b>  | Rendimento Familiar insuficiente  |   |   |
| <b>Subconjuntos diagnósticos</b>  | <b>Critérios de diagnóstico</b>   | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar</b>   |
| Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares não demonstrado. | A família verbaliza que o rendimento familiar não chega para as despesas mensais. | Que a família adquira a conhecimento e capacidade para gerir o rendimento familiar de acordo com as despesas. | - Promover a gestão do rendimento familiar.   |
| <b>Diagnóstico de enfermagem</b>  | Edifício residencial carenciado   |   |   |
| <b>Subconjuntos diagnósticos</b>  | <b>Critérios de diagnóstico</b>   | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar</b>   |
| Conhecimento sobre os riscos de deficiente higiene habitacional não demonstrado.                        | Condições de higiene deficitárias no quarto da "L".                               | Que o quarto da "L" apresente boas condições de higiene.  | - Avaliar conhecimento sobre habitação;<br>- Ensinar sobre cuidado doméstico;<br>- Incentivar cuidado doméstico;<br>- Instruir a família sobre governo da casa;<br>- Planear cuidado doméstico;<br>- Ensinar sobre riscos da deficiente higiene habitacional. |

**Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família**

(continua)

| Diagnósticos                                    | Critérios de diagnóstico   | Resultados esperados   | Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar   |
|---|--|--|--|
| <b>Obesidade (todos os membros da família).</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de massa corporal (IMC) superior a 30 ("S", "J" e "L").</li> <li>- IMC do "M" situa-se no percentil superior a 97.</li> </ul>  | <p>Diminuir progressivamente o IMC até ao desejável, consoante cada membro da família.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar hábitos alimentares saudáveis;</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar;</li> <li>- Ensinar a gerir a dieta;</li> <li>- Incentivar adesão à dieta;</li> <li>- Ensinar sobre hábitos de exercício;</li> <li>- Ensinar sobre padrão de exercício físico ("S", "J" e "M");</li> <li>- Incentivar atividade física ("L");</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício físico;</li> <li>- Monitorizar peso corporal;</li> <li>- Monitorizar o IMC;</li> <li>- Monitorizar Perímetro abdominal;</li> <li>- Incentivar progressos;</li> <li>- Elogiar a força da família e dos indivíduos.</li> </ul> |
| <b>Autoestima comprometida ("S")</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A "S" verbaliza algumas frases como: "Apesar de ser um monstro, tenho anemia", referindo-se à obesidade; "sou um caixote do lixo", ou seja, sente-se inferior aos outros por ser empregada doméstica.</li> <li>- Apresenta uma aparência descuidada.</li> </ul> | <p>Que a "S" adquira a capacidade de gostar de si própria e se valorize.</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar autoestima;</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional;</li> <li>- Encorajar interação social;</li> <li>- Escutar;</li> <li>- Incentivar comunicação de emoções;</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família;</li> <li>- Incentivar o apoio/suporte familiar;</li> <li>- Promover autoestima;</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>  |

### Plano de cuidados dirigido às necessidades individuais de alguns membros da família

(conclusão)

| Diagnósticos  | Critérios de diagnóstico  | Resultados esperados                    | Intervenções de enfermagem de Saúde Familiar   |
|---|---|---|--|
| <b>Aceitação do estado de saúde comprometido ("L")</b>  | A "L" não aceita as mudanças decorrentes do seu estado de saúde e quer manter o mesmo estilo de vida.                   | Que a "L" aceite o seu estado de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar aceitação do seu estado de saúde;</li> <li>- Assistir a pessoa a promover aceitação do seu estado de saúde;</li> <li>- Encorajar a aceitação do seu estado de saúde;</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas;</li> <li>- Incentivar aceitação do seu estado de saúde;</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções;</li> <li>- Incentivar envolvimento da família;</li> <li>- Promover a consciencialização.</li> </ul>  |
| <b>- Não adesão ao regime terapêutico ("L").</b>  | A "L" não adere aos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde e não adere ao regime dietético e medicamentoso. | Adesão da "L" ao regime terapêutico.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre complicações de regime terapêutico ineficaz;</li> <li>- Incentivar adesão ao regime terapêutico;</li> <li>- Assistir a identificar a crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Assistir a identificar o significado dificultador da gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Assistir na gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Avaliar a gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Encorajar a tomada de decisão para o comportamento de adesão;</li> <li>- Incentivar aprendizagens de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Úlcera de pressão no calcâneo esquerdo ("L");</b></li> <li>- <b>Úlcera na perna esquerda ("L").</b></li> <li>- <b>Úlcera na perna direita ("L").</b></li> </ul> | Perda da integridade cutânea no calcâneo esquerdo e em ambas as pernas.   | Cicatrização das úlceras.               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar úlceras;</li> <li>- Executar tratamento às úlceras;</li> <li>- Vigiar penso das úlceras;</li> <li>- Aplicar terapia compressiva;</li> <li>- Ensinar sobre dispositivos para alívio de pressão;</li> <li>- Vigiar sinais de úlcera de pressão;</li> <li>- Incentivar envolvimento do prestador de cuidados.</li> </ul>   |

## **ANEXO VIII**

### **Sessão de Formação em Serviço**

## PLANO DE SESSÃO

Local: UCSP Litoral - Polo de São Martinho do Porto

Data: 06 de julho de 2023

Tema: Enfermagem de Saúde Familiar

Duração: 35'

| ETAPA           | CONTEÚDOS  | DUR<br>AÇÃ<br>O | MÉTOD<br>O                   |
|-----------------|--|-----------------|------------------------------|
| INTRODUÇÃO      | Apresentação<br>Objetivos  | 5               | Expositivo                   |
| DESENVOLVIMENTO | Enfermeira de Família<br><br>Evolução da Enfermagem de Saúde Familiar<br><br>Fontes de conhecimento<br><br>Instrumentos<br><br>A Família segundo a Enfermeira Especialista<br><br>Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar | 20              | Expositivo<br><br>Interativo |
| CONCLUSÃO       | Discussão<br>Esclarecimento de dúvidas   | 10              | Interativo                   |

# ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura  
6º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar  
julho 2023

**Objetivo** - Sensibilização para Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar e conceitos associados:

- Enfermeira de Família
- Evolução da Enfermagem de Saúde Familiar
- Fontes de conhecimento
- Instrumentos
- A Família segundo a Enfermeira Especialista
- Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar

## ENFERMAGEM DE FAMÍLIA...

...o que é?

## ENFERMAGEM DE FAMÍLIA...

O Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto, refere que “O Enfermeiro de família é 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”.

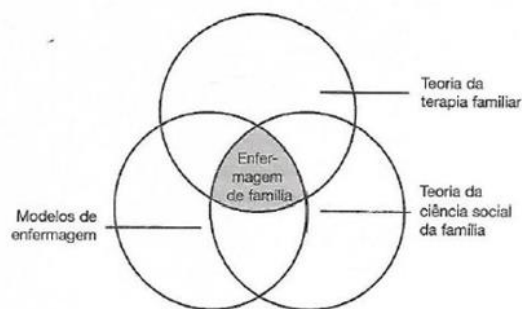
## ENFERMAGEM DE FAMÍLIA...

Porém, para a enfermagem, onde a família é foco dos cuidados, não há uma única teoria ou estrutura conceptual que permita descrever de uma forma adequada as relações da família. É necessário englobar várias perspetivas que proporcionem ao enfermeiro uma base de conhecimento sustentável que oriente a avaliação e intervenção na família.

Para tal, a enfermagem de família, onde esta surge como alvo dos cuidados, necessita de integrar conhecimentos da área da Teoria dos Sistemas, da Cibernética, e das Teorias da terapia familiar (Wright & Leahey, 1990).

## Pensar em Família...

- De Nightingale até hoje...



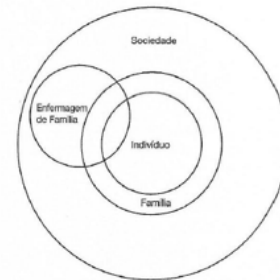
Os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe.

Foi aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática Clínica, o **Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF)**, uma vez que permite um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Wright & Leahey, 2012; Shajani & Snell, 2019), bem como permite avaliar, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares.

## Níveis da Prática em Enfermagem de Família – Friedmann 1998

- **NÍVEL I** – família como contexto, indivíduo como cliente – Em que o foco é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual.
- **NÍVEL II** – família como soma das suas partes – O foco são cada um e todos os diferentes elementos da família.
- **NÍVEL III** – subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados – O foco são os subsistemas familiares – trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos.
- **NÍVEL IV** – família como cliente onde o alvo é a família como sistema interativo – O foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**, na área de **Enfermagem de Saúde Familiar**, desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas.



Estrutura conceptual da enfermagem de família

## Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

- Cuida a Família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

**OE 2017**

## Foco dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar

- São as dinâmicas internas da família e as suas relações e interações com o meio envolvente.



## Decreto-Lei nº 73/2017

- “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.”



Muito obrigada!

## **ANEXO IX**

Artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

## 1. Ferraz dos Anjos *et al.*, 2020



Revista Cubana de Enfermería. 2020;36(4):e3476

Artículo original

**Influência das práticas de educação em saúde nas responsabilidades de enfermeiros, agentes de saúde e cuidadores familiares no cuidado a idosos dependentes**  
**Influencia de las prácticas educativas de salud sobre responsabilidades de enfermeras, agentes de salud y cuidadores familiares para el cuidado de ancianos dependientes**  
**Influence of Educational Health Practices over the Responsibilities of Nurses, Health Agent and Family Caregivers for the Care of Dependent Elderlies**

Karla Ferraz dos Anjos<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5453-8303>  
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7823-9498>  
Tânia Maria de Oliva Menezes<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1200-6237>  
Alba Benemérita Alves Vilela<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>  
Darci de Oliveira Santa Rosa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5651-2916>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

\*Autor correspondente: [karla.ferraz@hotmail.com](mailto:karla.ferraz@hotmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** As práticas educativas em saúde tem potencial transformador no cotidiano das pessoas e os profissionais de saúde têm responsabilidades para com a sua concretização.

**Objetivo:** Avaliar a influência de práticas educativas em saúde nas responsabilidades de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cuidadores familiares pelo cuidado do idoso dependente.

**Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em município da Bahia, com dois enfermeiros, oito agentes comunitários de saúde e seis cuidadores familiares de idosos que participaram de práticas educativas em saúde. Utilizou-se para coleta de dados questionário e roteiro de entrevista semiestruturados e análise a partir da Técnica da Configuração Triádica, Humanista-existencial-personalista.

**Resultados:** As práticas educativas possibilitaram mudanças nas responsabilidades dos profissionais como na abordagem dos idosos, na atenção à saúde, na cobrança dos familiares pelo cuidado e na compreensão das dificuldades dos idosos e de suas famílias. Entre os cuidadores, houve modificações no cuidado, na aceitabilidade da condição de dependência do idoso e na busca de assistência à saúde.

**Conclusão:** As práticas educativas favoreceram entre os participantes a aquisição de conhecimentos, empoderamento e influenciaram positivamente nas responsabilidades pelo cuidado do idoso, evidenciadas na realização de visitas domiciliares dos profissionais e na cobrança de cuidadores por atendimento domiciliar.



Esta obra está bajo una licencia [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)

1

2. Cabral *et al.*, 2019

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.4025/actascuitubonde.v18i2.45026

## O CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE<sup>1</sup>

Rosângela Cabral<sup>II</sup>  
Mara Solange G. Dellarozza<sup>III</sup>  
Brigida Gimenez Carvalho<sup>\*\*\*\*</sup>  
Adriana Valongo Zani<sup>\*\*\*\*</sup>

### RESUMO

Em decorrência do crescente envelhecimento da população brasileira, são necessárias avaliações das políticas de atenção à saúde do idoso. **Objetivo:** Identificar as percepções dos profissionais de saúde referentes ao cuidado voltado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo de Caso com Triangulação de dados embasado no referencial teórico de Vulnerabilidade de Ayres. Realizado no norte do Paraná, Brasil. A coleta ocorreu de janeiro a março de 2016 e dividiu-se em: visita à coordenação regional e realização de entrevista, observação da assistência ao idoso, análise documental e grupos focais com dezeto profissionais da saúde. **Resultados:** Após análise, emergiram três categorias: "Vulnerabilidade social e afetiva voltada para dependência da APS", "Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral" e "Dificuldade de recursos humanos e financeiros". A Atenção Primária aponta vulnerabilidades social e individual da pessoa idosa. Dificuldades de recursos humanos e financeiros, prática centrada em ações curativas, biológicas e terapêuticas denunciam a vulnerabilidade programática, impelindo os profissionais a funções de nível secundário e terciário. **Conclusão:** Mudanças na gestão planejadas sob a ótica das dificuldades e características locais poderiam potencializar estratégias que diminuíssem as vulnerabilidades por meio de ações de capacitação e fortalecimento da rede social e serviços existentes.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Vulnerabilidade em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Gestão em saúde.

### INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece rapidamente e, deste modo, há necessidade de avaliações permanentes das políticas sociais e de saúde. O Atendimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo: ampliar a longevidade por meio do estímulo à mudança do estilo de vida e da oferta de serviços efetivos, destacando a necessidade urgente de identificação da fragilidade e de intervenções de prevenção e reversão<sup>(1)</sup>.

Apesar do aumento da expectativa de vida no Brasil, esta condição não significa viver com qualidade. Uma vez que o envelhecimento é compreendido como uma condição dinâmica e progressiva, com alterações biológicas, psicológicas, funcionais e sociais<sup>(2)</sup>.

Somado ao processo de envelhecimento, a Vulnerabilidade do idoso, que pode ser manifestada por declínio funcional, é o foco da intervenção

geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do indivíduo. No aspecto da funcionalidade, esse declínio é apresentado como fator decisivo para a presença de fragilidade, percebida como um fator clínico de predisponibilidade ao risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte<sup>(3)</sup>.

Neste estudo, o cuidado da pessoa idosa sob responsabilidade da APS foi fundamentado a partir do conceito de Vulnerabilidade de Ayres et al, capaz de identificar causas e impactos dos agravos envolvendo características que vão desde as suscetibilidades orgânicas individuais até as coletivas, como programas de saúde, comportamentos, cultura, economia e política, transformando a proposta de vulnerabilidade aplicável a qualquer agravo em saúde<sup>(4)</sup>.

A análise da vulnerabilidade articula três eixos: individual, social e programático. O individual refere-se a maneira como o indivíduo recebe

<sup>1</sup>Título de Orientação Inicial "O processo de cuidar de pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde" apresentado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

<sup>II</sup>Mestre em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina, Professora e Coordenadora no Instituto Federal do Paraná, Londrina, PR, Brasil, E-mail: rosangelac@ufpr.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-0790-0214>

<sup>III</sup>Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo, Professora e Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: delarozzag@uel.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7689-5400>

<sup>\*\*\*\*</sup>Doutora em Gerontologia em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Professora do Dep. Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: brigidagimenez@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3600-8702>

<sup>\*\*\*\*</sup>Pós-Doutora em Ciências da Saúde pela FMS - UNESP, Professora da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: adriana.zani@uel.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0890-8700>

### 3. Dios-Guerra *et al.*, 2015

Rev. Latino-Am. Enfermagem  
maio-jun. 2015;23(3):535-42  
DOI: 10.1590/0104-4169.0336.2585  
www.eerp.usp.br/rlae

Artigo Original

## Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento?<sup>1</sup>

Caridad Dios-Guerra<sup>2</sup>  
Juan Manuel Carmona-Torres<sup>3</sup>  
África Ruiz-Gándara<sup>4</sup>  
Adoración Muñoz-Alonso<sup>5</sup>  
María-Aurora Rodríguez-Borrego<sup>6</sup>

**Objetivos:** compreender o impacto da visita domiciliar dos profissionais de enfermagem a pessoas com 65 anos ou mais, com diversas doenças, em morbimortalidade. **Método:** estudo retrospectivo, caso-controle, por levantamento de registros médicos. Amostragem aleatória. Como variáveis principais, morbidade e mortalidade; **descritivo:** visita do enfermeiro, filiação, dados clínicos e saúde social. **Análise** por medidas de tendência central, dispersão, posição, catalogação, frequências relativas e absolutas; não paramétricas, contraste  $\chi^2$ ; Wilcoxon-Mann-Whitney. **Resultados:** foram incluídos no estudo 1743, destes, 199 receberam visitas domiciliares; a média de idade de quem recebeu a visita é 81,99 anos; estes apresentam maior número de doenças, com média de 3,76; vivem em casa, embora juntos tenham mais institucionalização que os controles; 50% não tem um cuidador principal; o maior o número de visitas de enfermeiros são aos pacientes que vivem em casa ( $p < 0,001$ ); 50% não tem nenhum plano de saúde, com relação significativa ( $p < 0,001$ ). Não existem diferenças significativas na vida entre casos e controles. **Conclusão:** a visita domiciliar do profissional de enfermagem não tem impacto na morbimortalidade; a visita ocorre quando os pacientes já têm problemas de saúde, sem dados de prevenção.

**Descritores:** Visita Domiciliar; Doença; Enfermeira; Morbidade; Mortalidade

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Estudio del efecto de la visita domiciliar programada y protocolizada de la enfermera de Atención Primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos", apresentada à Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>2</sup> MSc, Professor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>3</sup> MSc, Enfermeiro, Hospital Infanta Luisa, Sevilla, Andalucía, Espanha.

<sup>4</sup> PhD, Enfermeira, UGC Santa Rosa, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>5</sup> MSc, Professor Auxiliar, Departamento de Estadística, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>6</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

Correspondência:  
Caridad Dios-Guerra  
Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina y Enfermería  
Departamento de Enfermería  
14004, Córdoba, Andalucía, España  
E-mail: cdios@uco.es

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença  
Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras  
não comerciais e, apesar de suas obras possam receber créditos a você e  
se não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

#### 4. Pinheiro et al., 2012

### A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família

The configuration of the work of nurses in care of the elderly in the Family Healthcare Strategy

Gleide Magali Lemos Pinheiro <sup>1</sup>  
Angela Maria Alvarez <sup>2</sup>  
Denise Elvira Pires de Pires <sup>2</sup>

**Abstract** *The scope of this article was to describe the configuration of the work of nurses with the elderly within the Family Healthcare Strategy, highlighting the actions in which their activities are concentrated. It involved an exploratory-descriptive study of a qualitative nature, in which the informants were nurses working in the FHS in Florianópolis in the state of Santa Catarina. Data were collected through narrative interviews and the results were subjected to content analysis, resulting in three thematic categories and their subcategories: individual care: nursing consultation with the elderly; collective care: working in groups; home care: the visit as the scope of activity. The results revealed that the work of nurses in promoting the health of the elderly in the FHS is being structured in accordance with the day-to-day demands that arise in the population, resulting in some contradictions regarding the current model of care. This situation leads to the challenge of reviewing practices and rethinking ways of working to care for the elderly, striving to develop tools and methodologies based on politically and socially established know-how in order to gain and demarcate their sphere of action in the field of health.*

**Key words** *Health of the elderly, Health promotion, Family Healthcare Program, Community health nursing*

**Resumo** *Este artigo teve como objetivo descrever a configuração do trabalho da enfermeira com o idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando as ações nas quais se concentram a sua atuação. Caracterizou-se como um estudo exploratório-descriptivo de natureza qualitativa que teve como informantes enfermeiras que atuam na ESF do município de Florianópolis/SC. As informações foram coletadas por meio da entrevista narrativa e os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, originando três categorias temáticas e suas respectivas subcategorias: O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso; O cuidado coletivo: a atuação em grupos; e, O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação. Os resultados mostram que o trabalho da enfermeira na promoção da saúde do idoso na ESF vem estruturando-se com as demandas que emergem no cotidiano da população, apresentando algumas contradições em relação ao modelo de atenção em curso, situação que a coloca diante do desafio de revisar suas práticas e repensar os modos de operar o trabalho na atenção ao idoso, com vistas a desenvolver instrumentos e metodologias fundamentados em conhecimentos políticos e socialmente instituídos no intuito de conquistar e demarcar seu espaço de atuação no campo da saúde coletiva.*

**Palavras-chave** *Saúde do idoso, Promoção da Saúde, Programa de Saúde da Família, Enfermagem*

<sup>1</sup>Departamento de Saúde,  
Campus de Joazeiro,  
Universidade Federal do  
Sudoeste da Bahia, Rua José  
Moreira Sobrinho S/N,  
Joazeiro - BA,  
45200-000  
jozeiro@ufes.br  
<sup>2</sup>Departamento de  
Enfermagem, Centro de  
Ciências da Saúde,  
Universidade Federal de  
Santa Catarina.

5. Polaro *et al.*, 2013

ARTIGO ORIGINAL

## Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup>

BUILDING THE GERONTOLOGICAL PERFORMANCE OF NURSES IN FAMILY HEALTH PROGRAMS

CONSTRUCCIÓN DEL QUEHACER GERONTOLÓGICO POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Sandra Helena Iasse Polaro<sup>1</sup>, Lúcia Hlaako Takase Gonçalves<sup>2</sup>, Angela Maria Alvarez<sup>3</sup>

### RESUMO

Este artigo teve como objetivo descrever como as enfermeiras percebem a construção de seu fazer gerontológico no âmbito da Estratégia Saúde da Família em um distrito de Belém-PA. Os dados foram coletados entre ago/2009 e fev/2010, por meio de entrevista com catorze enfermeiras, e tratados pelo método de análise de conteúdo, gerando temas (entre eles a matéria do presente artigo – construindo o fazer gerontológico) e subtemas: consulta de enfermagem, visita domiciliar, atenção à família, parcerias para ações integradas e atuação em ações consolidadas. Do resultado infere-se que as vivências do fazer gerontológico das enfermeiras em seu cotidiano de trabalho são dificultadas principalmente pela insegurança no trabalho devido à violência urbana, pela deficitária estrutura funcional dos serviços e falta de capacitação específica em gerontogeriatría. Contudo, elas vêm construindo um fazer gerontológico peculiar, criando estratégias de ações integradas, possíveis em cada situação que se apresenta no processo do trabalho, com base em conhecimentos gerais de enfermagem que advêm de formação geral.

### ABSTRACT

The goal of this article is to analyze the development of gerontological nurses working in the Family Health Program in a municipal district in Belém, PA. Data have been collected through interviews with 14 nurses between 08/2009 and 02/2010 and have been analyzed using the content analysis method to generate topics. One such topic is the theme of this article: building gerontological work, and the sub-topics are the following: nursing consultation, home visits, family care, and seeking partnerships for integrated actions. According to the results, it may be inferred from nurses performing gerontological tasks that work is hampered primarily by urban violence, the inefficient functional structure of services and poor specific geriatric training. However, nurses have built a special "making of gerontology" by creating strategies of integrated actions according to each new situation that has been presented.

### RESUMEN

Se objetivó describir la percepción de las enfermeras sobre la construcción de su quehacer gerontológico en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia, en distrito de Belém-PA. Datos recolectados entre 08/2009 y 02/2010 mediante entrevista con 14 enfermeras, tratados según análisis de contenido, generando temas como la materia del presente artículo: construyendo el quehacer gerontológico y los subtemas: consulta de enfermería, visita domiciliaria, atención familiar, alianzas para acciones integradas y actuación en acciones consolidadas. Del resultado, se infiere que las experiencias del quehacer gerontológico de las enfermeras en su cotidiano son dificultadas por la inseguridad laboral debida a la violencia urbana, por la deficitaria estructura funcional de servicios y falta de capacitación específica en gerontogeriatría. No obstante, ellas vienen construyendo un quehacer gerontológico peculiar, creando estrategias de acciones integradas, posibles ante situaciones enfrentadas en el proceso laboral, basadas en conocimientos generales de enfermería adquiridos durante su formación general.

### DESCRIPTORES

Idoso  
Família  
Enfermagem geriátrica  
Programa Saúde da Família

### DESCRIPTORS

Aged  
Family  
Gerontological nursing  
Family Health Program

### DESCRIPTORES

Anciano  
Família  
Enfermería geriátrica  
Programa de Salud Familiar

<sup>1</sup> Extraindo de tese "Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Doutorado Interinstitucional pelo DINTER/UFPA/UFSC/CAPES. Professora Adjunta I da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do Grupo de Estudos Educação, Formação e Gestão para a Promoção do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico Belém, PA, Brasil. [shpolaro@ufpa.br](mailto:shpolaro@ufpa.br) <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora Bolsa Produtividade em Pesquisa do CNPq. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas. Florianópolis, SC, Brasil. [lucia.takase@pq.cnpq.br](mailto:lucia.takase@pq.cnpq.br) <sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Núcleo de Estudos de Tereza Iliade. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas. Florianópolis, SC, Brasil. [alvarez@ccs.ufsc.br](mailto:alvarez@ccs.ufsc.br)

## 6. Rojas-ocana et al., 2021

Primary Health Care  
Research & Development

[cambridge.org/phc](https://cambridge.org/phc)

### Research

**Cite this article:** Rojas-Ocaña MJ, Araujo-Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro ED. (2021) Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development* 22(x26): 1–11. doi: [10.1017/S146323621000096](https://doi.org/10.1017/S146323621000096)



Received: 22 June 2020  
Revised: 10 December 2020  
Accepted: 25 January 2021

**Key words:** ageing; health care at home; informal carers; nursing interventions

#### Author for correspondence:

Dr Miriam Araujo-Hernández, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Plaza Antonio Baraldó, 8, 3º B, Huelva 21005, Spain.  
E-mail: [miriam.araujo@deu.es](mailto:miriam.araujo@deu.es)

## Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home

María Jesús Rojas-Ocaña , Miriam Araujo-Hernández , Rocío Romero-Castillo  and E. Begoña García Navarro 

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Spain

### Abstract

**Introduction:** The home is the natural setting for the development of informal care. The work that nurses are required to develop in this context (the carer/the elderly dependent/the home) focuses on training and educational activities to assist these two groups, such as demonstrating care activities to help dependent seniors, instruction in self-care techniques and teaching strategies for the use of human and material resources. **Aims:** This article analyzes care education interventions performed by nurses, and the factors that facilitate, or limit, health care training. **Methodological approach:** This is a qualitative, descriptive study designed to be flexible and openly analytical in its approach to the research problem and the dynamic nature of the home environment. Triangulation of the methodological techniques and study subjects was applied. **Results:** Nursing interventions related to professional attitudes, such as encouraging communication and facilitating teaching; communication interventions in health education and counseling; and technical interventions aimed at improving access to health information and support for the informal carer. Lack of will, the advanced age of the carer, emotional state and work overload are factors that undermine care instruction, which if reversed, would become learning facilitators. The lack of time and resources in the home are the major limiting factors on care teaching, according to nurses. Evidence from our study suggests that care in the home is considered a key primary health care strategy, one in which nurses play a significant role.

### Introduction

The Spanish health care system's current care model, which has been widely developed in the autonomous community of Andalusia, southern Spain, and where community nursing is practiced (Decree on Support for Families in Andalusia, 2010; IMSEERSO, 2004), situates the home, the carer and the dependent elderly as a significant feature of the professional work performed by nurses.

The work that nurses are required to develop in this context (the carer/the elderly dependent/the home) focuses on training and educational activities to assist these two groups, such as demonstrating care activities to help dependent seniors, instruction in self-care techniques and teaching strategies for the use of human and material resources. This requires the health care professional to undergo an educational process that endows them with expert knowledge and skills to deal with adult learning processes, in domestic (non-academic or non-institutional) contexts and in critical or dependent situations (health problems), and how to manage the family dynamic in the home.

This phenomenon, and the identification of its underlying problems, has been widely explored (Del Rio Lozano et al., 2017), likewise, the profile of dependents and carers (Rodríguez-Madrid et al., 2018), and the demands of this segment of the population and their attendant problems (IMSEERSO, 2004). However, there is a significant gap in knowledge in terms of the experiences of nurses in the development of the role they play in this situation, and of the strategies and difficulties observed in this process.

At present, 'home care is one of the basic intervention strategies undertaken by health care teams in the communities they serve. The elderly and dependents are, perhaps, the part of the population most clearly in need of this essential service', (IMSEERSO, 2004).

Professional health care interventions in the home context must demonstrate a commitment to respect the client-user – this is, after all, their personal space – a global perspective of the health care that the nurse needs to apply, and knowledge of the various intervening factors. This approach will consider structural and organizational aspects regarding the user, other family members, the home environment and service systems. It also requires the professional interests of the different groups concerned to work together (García López et al., 2009). Working in the home requires a systematic approach; the home is a 'microcosm' where personal relations, values, physical structure, etc., coalesce to influence the type of interventions that take place indoors.

© The Author(s) 2021. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**CAMBRIDGE**  
UNIVERSITY PRESS

7. Silva et al., 2021

DOI: 10.1590/1413-81232020261.31972020

89

ARTIGO ARTICLE

## Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente

### Challenges and possibilities of health professionals in the care of dependent older adults

Raimunda Magalhães da Silva (<https://orcid.org/0000-0001-5353-7520>)<sup>1</sup>  
Christina César Praça Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7741-5349>)<sup>1</sup>  
Índara Cavalcante Bezerra (<https://orcid.org/0000-0003-0647-2490>)<sup>2</sup>  
Márcia do Livramento Fortes Figueiredo (<https://orcid.org/0000-0003-4938-2807>)<sup>3</sup>  
Mírcia Conceição Lavinhas Santos (<https://orcid.org/0000-0001-5896-3895>)<sup>1</sup>  
Jonas Lótiola Gonçalves (<https://orcid.org/0000-0003-1015-9173>)<sup>1</sup>  
Maria Helena de Agreia Gonçalves Jardim (<https://orcid.org/0000-0001-7622-1449>)<sup>4</sup>

**Abstract** *This study investigates the challenges and possibilities of health professionals in managing care for dependent older adults in PHC. We employed a qualitative approach based on dialectical hermeneutic fusion. Interviews were carried out with 38 health professionals, from June to December 2019, in eight cities in the five Brazilian regions, which resulted in themes about the challenges of professionals in the management of care for older adults, the strategies used, and their suggestions for improving the quality of care for dependent older adults. Management failures, structural factors, access barriers, scarce supplies, disrupted network, and lack of security, were pointed out as hardships in directing health protection, prevention, and promotion actions. The applied strategies are diverse and conflicting and aim to articulate the multiprofessional teams, which involve the Family Health Strategy and specialists to implement care. Strengthening reception, encouraging home consultation, mobilizing support groups, and carrying out health education were among the participants' integrative practices. Due to the complex study object, it was evidenced that professionals recognize the shortcomings in the health services and face undesirable situations due to the lack of qualified personnel in the teams and the defective materials and transportation.*  
**Key words** *Health care, Health personnel, Dependent older adults, Primary Health Care, Qualitative research*

**Resumo** *Investiga desafios e possibilidades de profissionais de saúde para a gestão do cuidado de idosos dependentes na Atenção Primária à Saúde. Recorreu-se à abordagem qualitativa fundamentada na fusão hermenêutica dialética. Efetivou-se entrevista com 38 profissionais de saúde, nos meses de junho a dezembro de 2019, em oito cidades das cinco regiões brasileiras. Dos resultados, emergiram temáticas sobre os desafios que os profissionais enfrentam na gestão do cuidado ao idoso, as estratégias por eles utilizadas e suas sugestões para elevar a qualidade do cuidado aos idosos que dependem deste. Falhas na gestão, fatores estruturais, barreiras de acesso, escassez de insumos, desarticulação da rede e falta de segurança foram apontados como dificuldades para direcionar as ações de proteção, prevenção e promoção da saúde. Fortalecer o acolhimento, estimular a consulta domiciliar, mobilizar grupos de apoio e realizar educação em saúde figuraram entre as práticas integrativas sugeridas pelos participantes. Os profissionais reconhecem as deficiências nos serviços de saúde e enfrentam situações indesejadas pela ausência de pessoal qualificado nas equipes, bem como em razão da insuficiência de materiais e de transporte.*  
**Palavras-chave** *Assistência à saúde, Profissionais de saúde, Idosos dependentes, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa qualitativa*

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Av. Washington Soares 1321, Edson Queiroz, 60811-905 Fortaleza CE Brasil. [rmasilva@unifor.br](mailto:rmasilva@unifor.br)  
<sup>2</sup>Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza CE Brasil.  
<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina PI Brasil.  
<sup>4</sup>Curso de Enfermagem, Universidade da Madeira, Ilha da Madeira Portugal.

8. Xavier *et al.*, 2019



Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019;22(2):180-191

Ativos Dignos / DignandArnds

1 de 12

## Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos

The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users

Gabriela Tonon de Oliveira Xavier<sup>1</sup>  
Vânio Barbosa do Nascimento<sup>1</sup>  
Nivaldo Carneiro Junior<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar (AD) para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sob a óptica de profissionais e de usuários idosos. **Método:** Investigação qualitativa, aplicando roteiro semiestruturado. Foram incluídos seis profissionais, através de sorteio, sendo um de cada categoria do Serviço de Atenção Domiciliar de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil e 34 usuários maiores de 60 anos, conscientes e orientados, com acompanhamento mínimo de um ano pela AD e portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). **Resultados:** Descrevem o perfil dos sujeitos - seis profissionais que atuam na AD, cinco de nível superior e um de ensino técnico; média de 39 anos; atuando no serviço há aproximadamente dois anos. Nos usuários, predominam: faixa etária de 60 a 69 anos; mulheres; ensino fundamental; casados. Os dados estão categorizados em: Integralidade dos Cuidados em Saúde; AD e o acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar, Capacitação e habilidades em AD. Constatou-se integração entre profissionais, valorizando o contexto biopsicossocial e ações norteadoras do processo do cuidar, promovendo troca de saberes. Foi detectada deficiência na articulação intersetorial. **Conclusão:** Corresponsabilização, capacitação e habilidades dos profissionais relacionam-se com atendimento eficiente. Abordagem humanizada, vínculo e participação de cuidadores e familiares otimizam projeto terapêutico e reabilitação. AD interliga pontos das RAS: desospitalização, rede de fluxo assistencial. Contudo, conscientização dos integrantes das RAS quanto à prática da AD, capacitação profissional e empoderamento de cuidadores devem ser aprimorados.

**Palavras-chave:** Serviços de Assistência Domiciliar. Integralidade em Saúde. Envelhecimento. Longevidade. Atenção à Saúde.

### Abstract

**Objective:** Analyze Home Care (AD) contribution to the consolidation of Health Care Networks (RAS) from the viewpoint of professionals and elderly users. **Method:** Qualitative research, through a semi-structured questionnaire, was carried out. Six professionals were included, by draw, each of them from an occupational category of Home Care Service in São Caetano do Sul, São Paulo, Brazil, and also 34 users aged over 60 years-old, conscious

**Keywords:** Home Care Services. Integrality in Health. Aging. Longevity. Health Care.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina do ABC, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde, Suato André, São Paulo, Brasil.

Correspondência:  
Gabriela Tonon de Oliveira Xavier  
gabtonoliveira@hotmail.com

Recebido: 21/08/2018  
Aprovado: 20/04/2019

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022180191>