

Autogestão da doença crónica: percurso de (co)construção do processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar

Maria Luísa de Carvalho Pereira Pimenta



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar
Ano letivo 2023/2024**

**Autogestão da doença crónica: percurso de (co)construção do processo
de cuidados de enfermagem de saúde familiar
Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional**

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda:

Luísa Pimenta, nº 327

Orientadora:

Professora Doutora Carminda Morais

Enfermeira Tutora:

Enfermeira Mestre Alexandrina Campos

Enfermeira de Referência:

Enfermeira Especialista Sílvia Cardoso

Viana do Castelo, junho de 2024

AGRADECIMENTOS

Todo o percurso tem os seus momentos e todos esses momentos se traduzem em oportunidades de conhecimento, de crescimento e de mudanças. E porque sozinhos vamos mais depressa, mas acompanhados chegamos mais longe, só tenho que agradecer a quem, comigo, caminhou este percurso e a quem, comigo, fez com que chegasse à meta e à concretização de uma etapa muito pretendida da minha vida pessoal e profissional.

À Professora Doutora Carmina Morais pelo rigor e disponibilidade da sua orientação, pela pertinência das suas observações e sugestões e pelo incentivo ao longo deste percurso, indispensáveis à concretização deste trabalho. Obrigada, também, pela oportunidade, pela confiança depositada e por ter acreditado sempre.

À *Joanna Briggs Institute* (JBI) Portugal pela oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento proporcionada. Em particular, ao Professor Doutor António Manuel pelo incentivo e por ter sido um impulsionador deste meu caminho.

À Enfermeira Alexandrina Campos pela partilha de conhecimentos e experiência e que, como tutora, foi sempre um alento e força motora para nunca desvanecer e continuar o meu caminho com sucesso.

À Enfermeira Sílvia Cardoso, pela presença constante nas nossas tardes de trabalho e por todas as conversas de apoio e de incentivo.

A toda a equipa da USF Tiago de Almeida por ter proporcionado a oportunidade de desenvolver este estágio de natureza profissional na sua unidade e toda a disponibilidade, companheirismo, motivação e partilha de saberes que foram passando ao longo dos seis meses que me acolheram.

À equipa de enfermagem do CS Darque que colaboraram no projeto de implementação, por se mostrarem motivados, envolvidos e pela partilha e disponibilidade da riqueza das suas experiências profissionais.

Às Enfermeiras Filomena Oliveira, Olinda Ferraz, Anabela Meixedo, Vânia Ribeiro e Nicole Viana, minhas companheiras na equipa de projeto, por estarem sempre presentes e disponíveis e por tudo quanto partilhamos nestes últimos meses.

A todos os utentes e famílias que concordaram participar comigo na concretização destes projetos, pela disponibilidade, amabilidade e confiança depositada, só assim foi possível.

À Cristina Arieira, minha companheira neste percurso, que me acompanhou, apoiou e motivou em todos os momentos. Só contigo este caminho conseguiu ser o que foi, obrigada por me teres levado contigo nesta aventura. Sonhamos e conseguimos alcançar o nosso objetivo, o final de uma longa jornada.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos e saberes partilhados, pelo tempo que permanecemos juntos e pelos desafios vividos.

Aos meus pais pela alegria contagiante quando partilhava este meu percurso, pelas palavras de alento, conforto e incentivo e por acreditarem sempre em mim. A toda a minha família pelo apoio constante, pelo ânimo, pela compreensão e pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

Aos meus filhos, David e Rita, aos meus filhos de coração André e Sara, por estarem sempre comigo, por me manterem sempre no foco, pelo amor que sempre demonstraram mesmo nos momentos mais frágeis. Por terem estado sempre presentes.

Ao Paulo que, mesmo longe, conseguiu ser o meu suporte emocional, pelo carinho, confiança e amor imprescindíveis neste meu percurso.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo nesta caminhada e que, de uma maneira ou outra, contribuíram para o sucesso e a concretização desta etapa.

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

RESUMO

Enquadramento: O desenvolvimento da prática baseada na melhor evidência, reconhecendo a família como um sistema, promovendo o bem-estar e a capacitação das pessoas e da família face às exigências de transições complexas inerentes ao ciclo vital, como a adaptação a processos de saúde-doença, nomeadamente de doença crónica, constitui a dimensão central, ainda que não exclusiva, do percurso de aprendizagem em apreço.

Objetivos: Encetar o processo de implementação da prática baseada na melhor evidência, com pessoas com diabetes tipo 2 e suas famílias, à luz do modelo da JBI; prestar e gerir cuidados de enfermagem de saúde familiar, de maior complexidade, (re)conceitualizados a partir de vozes (e silêncios) de pessoas e famílias e profissionais de saúde; produzir evidência relativamente às competências adquiridas com vista à qualificação com grau de mestre e com o título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-AESF).

Método: Na sequência dos pressupostos enunciados foram desenvolvidos dois estudos: Estudo 1: “Capacitação para a autogestão da doença, das pessoas com Diabetes tipo 2, em cuidados de saúde primários: implementação de melhores práticas” e Estudo 2: “Famílias com pessoa idosa: (co)construção do processo de cuidados de saúde familiar para a autogestão da doença crónica”. Os dois estudos visam a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar (ESF) prestados às famílias e às pessoas em situação complexa, respetivamente à luz do paradigma quantitativo e do paradigma qualitativo.

Resultados: No Estudo 1, partindo-se de 9 dos 11 critérios pré-definidos, verificou-se um aumento da *compliance* em três desses critérios, mantendo-se a não conformidade nos restantes. No entanto, há evidência da melhoria das práticas ao longo da implementação do projeto. O envolvimento da colega responsável pela parametrização no âmbito dos sistemas de informação e de toda a equipa de enfermagem na construção e implementação do plano de ação constitui o ponto “mais alto” deste processo.

No Estudo 2, partindo da análise com a equipa das perceções das famílias inerentes às intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar na promoção da autogestão no âmbito da doença crónica, repensou-se o processo de cuidados.

A elaboração do “Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa” e as ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, surgem como resposta à evidência produzida bem com às prioridades do contexto de estágio.

Conclusões: A (co)construção do processo de implementação de práticas baseadas na melhor evidência na área da ESF confere-lhe sustentabilidade e, simultaneamente, garantiu o desenvolvimento de competências académicas e profissionais preconizadas.

Palavras-chave: Família, autogestão, doença crónica, enfermagem de saúde familiar, implementação da ciência

ABSTRACT

Background: The development of practice based on the best evidence, recognising the family as a system, promoting the well-being and empowerment of individuals and the family in the face of the demands of complex transitions inherent in the life cycle, such as adapting to health-disease processes, particularly chronic illness, is the central, although not exclusive, dimension of this learning path.

Objectives: To begin the process of implementing practice based on the best evidence, with people with type 2 diabetes and their families, according to the JBI model; to provide and manage more complex family health nursing care, (re)conceptualised based on the voices (and silences) of people and families and health professionals; to produce evidence regarding the competences acquired in order to qualify for the master's degree and the professional title of Specialist Nurse in Community Nursing in the Area of Family Health Nursing.

Method: Following these assumptions, two studies were carried out: Study 1: 'Empowering people with type 2 diabetes to self-manage their illness in primary health care: implementation of best practices' and Study 2: 'Families with elderly people: (co)construction of the family health care process for self-management of chronic illness'. The two studies aim to continuously improve the family health nursing care provided to families and people in complex situations, respectively according to the quantitative paradigm and the qualitative paradigm.

Results: In Study 1, starting from 9 of the 11 pre-defined criteria, there was an increase in compliance in three of these criteria, with non-compliance remaining in the others. However, there was evidence of improved practices throughout the implementation of the project. The involvement of the colleague responsible for parameterisation within the information systems and the entire nursing team in the construction and implementation of the action plan is the 'highest' point of this process.

In Study 2, based on the team's analysis of the families' perceptions of the Family Health Nurse's interventions to promote self-management in the context of chronic illness, the care process was rethought.

The development of the 'Family and Elderly Person Support Manual' and the actions developed in the area of Sexual and Reproductive Health were a response to the evidence produced, as well as to the priorities of the internship context.

Conclusions: The (co)construction of the process of implementing practices based on the best evidence in the area of family health care gives it sustainability and, at the same time, ensured the development of the academic and professional competences advocated.

Key words: Family, self-management, chronic illness, family health nursing, implementation science

ABREVIATURAS

E - Entrevista

ed. - edição

s.d. – sem data

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

AD – Atividade Diagnóstica

ARS, IP – Administração Regional de Saúde, Instituto Público

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro de Saúde

CSD – Centro de Saúde de Darque

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCSP – Departamento dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEEC-AESF - Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ECAESF – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ECCEI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EITP - *Evidence Implementation Training Program*

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

FACES II – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, Version II*

FAME - *Feasibility, appropriateness, meaningfulness, effectiveness*

GRiP - *Getting Research into Practice*

ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários

IE – Intervenções de Enfermagem

ID – Intervenções de Diagnóstico

IDG – Índice de Desempenho Global

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PLS – Plano Local de Saúde

SI - Sistemas de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS do Alto Minho E.P.E. – Unidade Local de Saúde do Alto Minho Entidade Pública Empresarial

UP – Unidades Ponderadas

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USAG - Unidade de Serviços e Apoio Geral

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFTA – Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO	V
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	IX
SUMÁRIO.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS	XV
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. CUIDADOS COM AS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO COMPLEXA.....	6
1.1. FAMÍLIA COM PESSOA IDOSA	8
1.2. CAPACITAR PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA.....	13
1.3. O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR NO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA PESSOA E FAMÍLIA	17
2. TEORIAS E MODELOS DE SUPORTE À PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE FAMILIAR	21
2.1. TEORIA SISTÉMICA FAMILIAR	22
2.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES	25
3. IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA SEGUNDO O MODELO DA JBI	30
CAPÍTULO II. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS	35
1. CARATERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO.....	36
1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO DO ALTO MINHO	39
1.2. PERFIL DE SAÚDE E PLANO LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO	40
2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTOS DE ESTÁGIO	42
2.1. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE DARQUE.....	42
2.1.1. Caracterização e Contextualização da Unidade de Saúde Familiar Arquis Nova.....	43
2.1.2. Caracterização e Contextualização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Darque	46

2.2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR TIAGO DE ALMEIDA	49
CAPÍTULO III. ESTUDOS EMPÍRICOS.....	53
1. ESTUDOS EMPÍRICOS.....	54
1.1. ESTUDO 1: CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA, DAS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORES PRÁTICAS.....	54
1.1.1. Metodologia.....	54
1.1.1.1. Justificação da Problemática	54
1.1.1.2. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo	57
1.1.1.3. Tipo de Estudo	58
1.1.1.4. População Alvo e Amostra do Estudo	58
1.1.1.5. Instrumento de Recolha de Dados.....	59
1.1.1.6. Procedimento de Recolha de Dados	59
1.1.1.7. Procedimentos Formais e Éticos	60
1.1.2. Apresentação e Análise dos Resultados	60
1.1.3. Discussão e Interpretação dos Resultados	81
1.1.4. Considerações Finais	89
1.2. ESTUDO 2: FAMÍLIAS COM PESSOA IDOSA: (CO)CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	90
1.2.1. Metodologia.....	90
1.2.1.1. Justificação da Problemática	90
1.2.1.2. Questão de Investigação, Finalidade e Objetivo do Estudo	92
1.2.1.3. Tipo de Estudo.....	93
1.2.1.4. População Alvo e Amostra do Estudo	93
1.2.1.5. Instrumento de Recolha de Dados	94
1.2.1.6. Procedimento de Recolha de Dados	94
1.2.1.7. Procedimentos Formais e Éticos.....	94
1.2.2. Apresentação e Análise dos Resultados.....	95

1.2.2.1. Caracterização da Pessoa Idosa	95
1.2.2.2. Caracterização do Informante Privilegiado.....	98
1.2.2.3. Caracterização das Famílias Entrevistadas	100
1.2.2.4. Apresentação dos Resultados das Entrevistas Realizadas	102
1.2.3. Discussão e Interpretação dos Resultados.....	114
1.2.4. (Re)Pensar a Prática com a Família a Partir da Evidência Produzida	133
1.2.5. Considerações Finais	134
CAPÍTULO IV. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADAS ...	136
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA.....	137
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS	139
1.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	139
1.1.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	142
1.1.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	149
1.1.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	151
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	154
1.2.1. Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados.....	155
1.2.2. Lidera e Colabora em Processos de Intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	163
1.3. OUTRAS EXPERIÊNCIAS RELEVANTES.....	165
CONCLUSÃO.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
ANEXOS	185
ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética Para a Saúde Da Uls Do Alto Minho: Estudo 1	186
ANEXO II - Escala de Coesão e Adaptação Familiar – FACES II E Escala de Graffar Adaptada	190
ANEXO III - Autorização da Comissão de Ética Para a Saúde Da Uls Do Alto Minho: Estudo 2	193

APÊNDICES	197
APÊNDICE I - Grelha de Auditoria.....	198
APÊNDICE II - Guião de Entrevista Semi-Estruturada.....	203
APÊNDICE III - Consentimento Informado	207
APÊNDICE IV - Tabela de Análise de Conteúdo dos Dados Obtidos das Entrevistas Realizadas	209
APÊNDICE V - Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa	228
APÊNDICE VI - Matriz de Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Família.....	287
APÊNDICE VII - Plano de Ações a Desenvolver Estágio de Natureza Profissional	290
APÊNDICE VIII - Atividade de Planeamento Familiar	293

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1. - Modelo de Médio-Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis.....	27
Figura 2. - Fases da implementação da evidência	31
Figura 3. - Pirâmide etária e caracterização da população da USF Arquis Nova.....	45
Figura 4. - Pirâmide etária e caracterização da população da UCSP de Darque.....	48
Figura 5. - Pirâmide etária e caracterização da população da USFTA	50

GRÁFICOS

Gráfico 1. – Resultados da auditoria de <i>baseline</i>	68
Gráfico 2. – Critério 1: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria de <i>Baseline</i>	69
Gráfico 3. – Critério 3: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria <i>Baseline</i>	70
Gráfico 4. – Resultados da auditoria de <i>follow-up</i>	72
Gráfico 5. - Critério 1: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria de <i>Follow-up</i>	73
Gráfico 6. – Critério 3: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria de <i>Follow-up</i>	74
Gráfico 7. – Critério 1: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria 3	77
Gráfico 8. – Critério 3: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Auditoria 3	78
Gráfico 9. – Comparação dos critérios de auditoria: Auditoria 1 e Auditoria 2	79
Gráfico 10. – Critério 1: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Comparação Auditoria 1 e Auditoria 3	79
Gráfico 11. – Critério 3: Proporção de registros por item e por unidade funcional: Comparação Auditoria 1 e Auditoria 3	80

TABELAS

Tabela 1. - Unidades Funcionais da ULS do Alto Minho, E.P.E.	39
Tabela 2. - Distribuição dos utentes inscritos na USF Arquis Nova por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP)	45
Tabela 3. - Distribuição dos utentes inscritos na UCSP de Darque por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP)	47
Tabela 4. - Distribuição dos utentes inscritos na USFTA por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP).....	49
Tabela 5. - Doenças Crónicas – Problemas, segundo Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) mais prevalentes na USFTA	51
Tabela 6. – Caracterização da equipa de enfermagem da UCSP de Darque.....	61
Tabela 7. – Caracterização da equipa de enfermagem da USF Arquis Nova	62
Tabela 8. – Constituição da Equipa de Projeto e Respetivas Áreas de Responsabilidade	63
Tabela 9. – Critérios a auditar através dos processos clínicos	66
Tabela 10. – Critérios a auditar através de questionários.....	67
Tabela 11. – Agregação da Atividade Diagnóstica: Critério 1.....	75
Tabela 12. – Agregação da Atividade Diagnóstica: Critério 3.....	75
Tabela 13. - Número de pessoas idosas, pessoas idosas dependentes e pessoas idosas não dependentes, inscritas na USFTA.....	95
Tabela 14. - Caracterização da pessoa idosa com doença crónica	97
Tabela 15. - Caracterização do informante privilegiado	99
Tabela 16. - Caracterização da família segundo a Escala de <i>Graffar</i> Adaptada	101
Tabela 17. - Caracterização da família segundo a Escala de FACES II	101
Tabela 18. - Análise de conteúdo das entrevistas realizadas.....	103

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar, complementado/articulado ao aprofundamento e à ampliação das competências, comuns e específicas, descritas nos regulamentos específicos da Ordem dos Enfermeiros (OE) e propostas no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF), vem certificar que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades capaz de mobilizar e atuar nos contextos de vida das pessoas e das famílias, nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Acrescenta que a especialidade concedida ao enfermeiro exige um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, traduzidas num conjunto de competências especializadas, e que, o mesmo, demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão face aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas (Regulamento n.º 135/2018, 2018), culminando na atribuição do título de enfermeiro especialista. Acrescentando às competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar o grau de mestre atribuído pelas Instituições Académicas diferenciadas, espera-se o desenvolvimento de enfermeiros autónomos e com espírito crítico-reflexivo, com foco na família como um todo e na promoção da sua capacitação, que tenham um papel ativo na cultura organizacional das instituições, que tomem decisões ético-legais de acordo com os valores da profissão e participem ativamente na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação.

Na reta final e face ao término da Unidade Curricular (UC) de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserida no I Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, enquadra-se a elaboração do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional. Trata-se de um trabalho crítico e reflexivo que pretende apresentar, com seriedade, o percurso de aquisição e/ou aprofundamento de competências académicas preconizadas por Bolonha para o segundo ciclo e, simultaneamente, as condições para atribuição do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde

Familiar, obtendo as qualificações subjacentes, mediado por provas públicas. O processo formativo foi desenvolvido em duas etapas distintas que, embora complementares e ricas em aprendizagens e produção de conhecimentos, merecem ser abordadas separadamente.

Em alinhamento com as competências previstas no âmbito da formação avançada (neste caso de nível de mestrado), à luz de Bolonha e dos princípios da formação androgógica, e ainda com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, com a realização destas duas etapas formativas onde se inclui o estágio de natureza profissional com relatório final, pretende-se desenvolver, aprofundar e aperfeiçoar competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar que culminem em práticas de enfermagem baseadas na evidência, de cariz colaborativo, que partam das forças para a gestão e minimização das fraquezas. Com base nos pressupostos enunciados, a finalidade de todo o trabalho desenvolvido pretende contribuir para a implementação da prática de cuidados de enfermagem familiar especializados, com particular enfoque na capacitação da equipa de enfermagem, de pessoas e famílias com pessoas idosas no âmbito da autogestão da doença crónica e da diabetes mellitus em particular. Neste contexto, definiram-se como principais objetivos: Caracterizar/Mapear o processo de cuidados tomando como ponto de partida a perceção de famílias acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa; (co)construir o projeto de intervenção especializada em enfermagem de saúde familiar assente na evidência produzida, nas necessidades e potencialidades identificadas em contexto; encetar o processo de cuidados consensualizado.

De acordo com o descrito e pelo reconhecido potencial de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ECAESF que tem vindo a aportar, deu-se continuidade aos desenvolvimentos inerentes ao compromisso decorrente da participação no 3rd Curso da *Joanna Briggs Institute (JBI) - Evidence Implementation Training Program (EITP)*, sob orientação da Professora Doutora Carminda Moraes. Este compromisso passa pela participação no Projeto de Implementação “Capacitação para a autogestão das pessoas com diabetes tipo 2 no contexto de cuidados de saúde primários: um projeto de implementação da melhor evidência” (Estudo 1), relacionado com a promoção da Prática Baseada na Evidência (PBE), seguindo a metodologia da JBI, implementado no Centro de Saúde (CS) de

Darque. Um projeto com início em maio de 2023 e com o fim previsto para outubro de 2023, mas que, após proposta e convite do mentor do 3rd Curso EITP, foi submetido e validado passando a um projeto de estudo associado ao Projeto Estruturante “Cuidados de saúde informados pela evidência para a transformação dos contextos de prestação de cuidados de saúde” de implementação da PBE na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) e que se prolongará até maio de 2025. Face ao exposto, e pela importância de ter assumido a coordenação do referido projeto como investigadora principal, todos os desenvolvimentos inerentes ao mesmo fazem parte integrante do Relatório de Estágio de Natureza Profissional.

Simultaneamente e em contexto do estágio profissional, desenvolveu-se um Projeto de Investigação sobre a problemática: “Famílias com pessoa idosa: (co)construção do processo de cuidados de saúde familiar para a autogestão da doença crónica” (Estudo 2). O estágio decorreu, de outubro de 2023 a março de 2024, baseado num processo de aprendizagem e aprofundamento de saberes sustentados e especializados através da prática clínica, num total de 810 horas, que incluem 390 horas presenciais. Desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida (USFTA), no Centro de Saúde de Viana do Castelo, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULS do Alto Minho, E.P.E.), sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais, a tutoria da Enfermeira Mestre Alexandrina Campos e Enfermeira Especialista Sílvia Cardoso, como enfermeira de referência.

Percebendo que toda a problemática em torno da população, principalmente a idosa, com doença(s) crónica(s) associada(s), incluindo a diabetes tipo 2, interfere nas famílias do Distrito de Viana do Castelo e particularmente nas famílias do CS de Darque e da USFTA e nas equipas de enfermagem das unidades funcionais em causa, depreende-se a urgência na adoção de cuidados de saúde centrados nas vivências e necessidades das famílias e pessoas enquanto unidade de cuidados, na perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência. Daí a pertinência destes estudos, adicionando a este facto, a experiência profissional vivida e experienciada na prática de cuidados diária e as dificuldades inerentes ao processo de cuidados que transpareça a prática do enfermeiro, os escassos recursos e respostas para as pessoas com doença crónica, os idosos e famílias. Percebendo que o enfermeiro de saúde familiar tem um papel preponderante na capacitação para autogestão da doença crónica como algo

fundamental para o bem-estar da pessoa e família, para a prevenção e que será traduzida em ganhos em saúde, surge a importância destes projetos de investigação e das questões de partida formuladas:

Estudo 1: As práticas, dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) e da Unidade de Saúde Familiar (USF) do CS de Darque, no âmbito da promoção da autogestão das pessoas com diabetes tipo 2 estão em conformidade com a melhor evidência?

Estudo 2: Qual a perceção da família acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção efetiva da autogestão da doença crónica da pessoa idosa?

Considerando as problemáticas escolhidas para os estudos e de acordo com as questões de investigação, definem-se como finalidades major, em relação ao Estudo 1: promover e fortalecer uma cultura centrada no cuidado da pessoa e família com diabetes tipo 2, onde a ênfase é colocada, muito concretamente, nas práticas clínicas com foco na capacitação para processos de autogestão da doença; no Estudo 2: contribuir para a implementação de práticas de enfermagem de saúde familiar centradas nas vivências e nas necessidades das famílias e das pessoas idosas enquanto unidade de cuidados, perspetivando e consolidando uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar especializados prestados às famílias de pessoas idosas com doença crónica. A elaboração deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional é sustentada em quatro capítulos estruturantes: o enquadramento teórico, que fundamenta todo o trabalho desenvolvido e a escolha das problemáticas de estudo, passando pelos cuidados com as famílias em situação complexa, pelas teorias e modelos de suporte à prática de cuidados especializados de saúde familiar e pelo modelo da JBI; a caracterização dos contextos, com uma breve caracterização e contextualização da ULS do Alto Minho, assim como da USF Tiago de Almeida e do CS de Darque (USF Arquês Nova e UCSP de Darque); os estudos empíricos, com destaque para toda a metodologia dos estudos apresentados, para a apresentação e análise dos resultados, para a síntese global e implicações dos resultados dos estudos para a prática dos cuidados; as competências profissionais especializadas, englobando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

Pretende-se que este relatório espelhe fielmente todo o empenho, dedicação e trabalho desenvolvido e que, apesar de longo, seja de fácil leitura e perceção.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CUIDADOS COM AS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO COMPLEXA

A profunda reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) vivenciados nos últimos anos, tem como uma das “faces” mais visível a criação das USF’s e o investimento nas UCSP’s e visam responder às necessidades em saúde da população e potenciar a promoção de cuidados equitativos e universais ao longo do ciclo vital. Estas têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a adequação, a efetividade, a eficiência, a globalidade e a qualidade dos referidos cuidados a cada pessoa e família (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023). Os CSP representam, assim, o primeiro nível de serviços de saúde, organizados em equipas multiprofissionais que asseguram a prestação de cuidados, imediatos e a longo prazo, de acordo com as necessidades e prioridades de saúde das famílias e dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros Centro, 2020), adotando a família como a sua unidade de cuidados e valorizando, simultaneamente, a relação entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade.

Nesta perspetiva, é importante perceber a família como o eixo estruturante e a unidade básica da sociedade, pois é na família que se inicia todo o processo complexo e dinâmico de aprendizagem, que passa pelos processos de autocuidado das necessidades básicas humanas até ao papel preponderante no desenvolvimento da socialização dos seus membros. Com a evolução do conceito de família e com as mudanças significativas que se foram instalando na estrutura e nos contextos familiares, hoje a família é vista numa conceção sistémica, como um sistema em constante evolução e que, pela sua individualidade e complexidade, cada família tem uma identidade própria, já Relvas, em 1996 partilhava desta opinião. Figueiredo (2012), corrobora esta conceção quando apresenta a família como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa, caracterizando-a como unidade de cuidados e como um pilar para cada um dos seus membros. É, assim, necessária uma perspetiva sistémica e integrativa da família como aquela que concede suporte e equilíbrio para ultrapassar momentos de crise, de fraquezas e de adaptações em situações de maior vulnerabilidade, face às exigências de transições complexas que possam surgir ao longo do ciclo vital, como a adaptação a processos de saúde-doença (Figueiredo, 2023). Todas estas alterações podem potenciar mudanças consideráveis e transformações da dinâmica familiar, exigindo uma partilha e envolvimento na tomada de decisão capazes de superarem alguma instabilidade instalada

e concorrerem para o não surgimento de inseguranças, medos, dúvidas e incapacidade que possam por em causa o equilíbrio e a readaptação familiar.

Em 2004, Mendes referia que a família, sendo a primeira instância de todo o processo de socialização, tem influência nos conceitos percebidos e interpretados pelos seus membros. Nestes conceitos está incluído o conceito individual de saúde e doença, que possa ser traduzido numa maior ou menor vulnerabilidade e complexidade, visto que é no seio da mesma que se processam as primeiras noções de saúde, doença e cuidados. Associando a responsabilização e o papel preponderante que a família tem na sociedade às alterações demográficas que têm vindo a ocorrer em todo o mundo e, particularmente, em Portugal, ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade (Portugal, 2022), entende-se que o envelhecimento da população constitui um dos principais fenómenos demográficos e sociais, com o aumento significativo no número de pessoas idosas no seio dos agregados familiares. O fenómeno de envelhecimento da população portuguesa é, assim, uma realidade e constitui uma das transformações sociais mais significativas dos últimos anos, com repercussões complexas para a sociedade e para as famílias (Cabral *et al.*, 2013).

Este aumento da longevidade não pode ser dissociado ao aumento da vulnerabilidade, ao declínio da autonomia e ao aumento da dependência da pessoa idosa, associado, a maior parte das vezes, ao aparecimento de doenças crónicas progressivas e morbilidades que perduram. Todas estas alterações, que exigem readaptação, reorganização e alteração de papéis, trazem implicações para o sistema familiar, pois a pessoa idosa, com todas as suas especificidades, e a sua família são inseparáveis neste processo de transição. Levine (2014), destaca o ato de cuidar que a família comporta e o impacto que o mesmo tem na dinâmica familiar. Incluiu nesse cuidar as tensões, os sacrifícios e as expressões de amor e compaixão que surgem com a doença crónica e com a pessoa idosa. Assim, a família tem uma função bem definida de proporcionar apoio e segurança, compreensão, aceitação, interesse e proteção através de cuidados que promovam o bem-estar e conforto de todos os seus membros.

Por conseguinte, a família deve ser o alvo de intervenção prioritária por parte dos sistemas de saúde e das suas equipas, numa perspetiva de apoio, partilha, capacitação e corresponsabilização numa fase do ciclo familiar que possa ser mais complexa, numa relação direta entre os profissionais de saúde, a família, a saúde e a doença.

1.1. FAMÍLIA COM PESSOA IDOSA

A origem da família prolonga-se ao longo dos tempos e conceber um único conceito que a defina tem sido um desafio para a humanidade. Constitui-se de forma natural pela necessidade que o ser humano tem, desde a sua existência, de se unir e criar vínculos uns com os outros, não apenas para perpetuar a espécie, mas com o propósito de não viver sozinho. Assim, a família surge diretamente ligada à história da civilização como um acontecimento natural, nascendo da vontade do ser humano em estabelecer relações afetivas de forma estável (Noronha & Parron, s.d.). As concepções sobre família confundem-se com a própria origem do ser humano, tendo sofrido várias transformações e reformulações significativas até à construção de um conceito universal, dinâmico e complexo, uma vez que "a família é uma entidade social inerente à vida humana" (Pereira, 2019, p. 10).

A família enquanto organização social tem sofrido numerosas alterações. Associada à evolução do seu conceito está a evolução social que conduziu a mudanças significativas na estrutura e nos contextos familiares, no entanto, tal como descrito anteriormente, a família mantém-se como um eixo estruturante de qualquer sociedade desenvolvida ou em vias de desenvolvimento, na qual se inicia todo o processo de aprendizagem.

Relvas (1996), vê a família numa conceção sistémica, como um sistema em constante evolução, afirma, ainda, que devido à sua complexidade nenhuma família se pode igualar a outra. A cultura, o ambiente, as condições sociodemográficas e socioeconómicas, a orientação sexual, a religião, a etnia e raça são fatores de influência sobre a família e que podem alterar o seu desenvolvimento e equilíbrio. As autoras Wright e Leahey, (2012), consideram que a família é constituída por todos aqueles a quem a família considera como família, enquanto Gameiro (1992), partilha que a família é uma rede complexa com uma estrutura, uma riqueza e uma complexidade relacional difíceis de descrever. Nesta perspetiva, Figueiredo (2012), apresenta a família como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa em constante relação com o meio, caracterizando a família como unidade, essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, em permanente interação com o exterior e com funções sociais definidas.

Assim, é importante compreender a família não apenas com base nos indivíduos que a constituem, mas também considerando as relações que existem entre eles, os papéis que

desempenham e as expectativas que possuem, aspetos que a caracterizam como única, com especificidades e com identidade próprias, considerada como o primeiro grupo humano estruturado e como a unidade-base da sociedade, justificando a importância que a sua organização tem na, com e para a sociedade, sendo uma constante preocupação social, política e educacional. Daí ser primordial entender a família como um todo, mais do que a soma das partes que a compõem, uma vez que, a saúde de um indivíduo afeta toda a função familiar e, reciprocamente, a saúde da família também o afeta (Figueiredo, 2012).

Segundo Furtado (2017), a família deve ter a capacidade de atender às necessidades biológicas e às exigências impostas pela sociedade, sendo o seu papel essencial em qualquer fase da vida, mas elementar nos períodos da infância, da adolescência e na velhice, existindo uma grande preocupação tanto no que respeita à descendência como ao elemento mais idoso. Esta capacidade passa por assegurar que as fases do ciclo vital da família se desenvolvam e sejam vividas de forma saudável e com a maior qualidade de vida possível, garantido o equilíbrio social e emocional de todos os seus membros (Figueiredo, 2009).

Face ao aumento da esperança de vida, o número de pessoas idosas no seio familiar obrigatoriamente também aumenta e, hoje em dia, a pessoa idosa representa uma parte importante da população com implicações diretas na estrutura familiar e social (Hespanhol & Santos, 2022), sendo fundamental a preocupação com o seu bem-estar, o seu conforto e a sua segurança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera pessoa idosa aquela que tem 60 ou mais anos de idade (Organização Mundial da Saúde, 2015). Nos países desenvolvidos, incluindo em Portugal e, segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, considera-se que essa etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos. Reconhece-se, no entanto, que as alterações próprias do envelhecimento não estão necessariamente associadas à idade cronológica, vendo o idoso como uma pessoa, com potencialidades, vontades e especificidades, num estadio do seu ciclo de vida onde, cada vez mais, há mais pessoas a viver com plenas capacidades para gerirem a sua pessoa e a sua vida de forma livre e autónoma (Direção Geral da Saúde, 2006).

Nesta perspetiva, todas as famílias incluem pelo menos uma pessoa idosa como seu membro. Daí ser crucial perceber que o envelhecimento e a velhice são dois processos

naturais, vistos como processos de mudanças progressivas que se desenvolvem e manifestam ao longo do ciclo da vida. Facto descrito no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da Direcção Geral da Saúde (DGS), que caracteriza esta etapa como um “(...) processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção-Geral da Saúde, 2006, p.5).

O envelhecimento enquanto um processo dinâmico e progressivo, tem o seu próprio ritmo e é influenciado por vários fatores, desde genéticos às condições de saúde física e mental e condições ambientais e sociais de acordo com o desenvolvimento de cada indivíduo (Kreuz & Franco, 2017). A velhice, por sua vez, é considerada uma das fases do ciclo de vida, tal como a infância e a fase adulta e deve ser compreendida no seu todo englobando todas as suas dimensões. Tal como o envelhecimento, não diz só respeito às alterações físicas presentes no corpo, mas também aos aspetos sociais e culturais, que causam impacto nesta etapa de vida (Kreuz & Franco, 2017). Assim, o maior desafio nestes processos, para a pessoa idosa e família, relaciona-se, não apenas no viver mais e com maior longevidade, mas viver de forma saudável e com qualidade de vida (Mari *et al.*, 2016). Englobando uma série de alterações, adaptações e vivências ao longo de uma vida, o desejável é que ambos os processos sejam vividos, enquanto possível, de forma autónoma, saudável e independente.

Em Portugal, o envelhecimento e a velhice são frequentemente associados a maior dependência, incapacidade, défice cognitivo e desvalorização social e a pessoa idosa tende a perder a sua autonomia, a sua capacidade de tomada de decisão e a ficar, cada vez mais, dependente das decisões da família e da comunidade onde está inserida.

Importante relembrar que a Constituição da República Portuguesa, de 25 de abril de 1976, consagra os direitos da pessoa idosa (Assembleia Constituinte, 1976, p. 17) quando define que:

“1º. As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social;

2º. A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendente a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade”.

Imputando na família o dever de cuidar do seu idoso e não só atribuir essa função ao Estado, mas uma corresponsabilidade de ambos os intervenientes da sociedade e dos membros de cada família na promoção de um envelhecimento saudável, com manutenção da capacidade física e cognitiva, e sem interromper a participação da pessoa idosa na sociedade, valorizando a experiência adquirida ao longo da vida e permitindo o desempenho mais competente e equilibrado do seu papel de cidadão, trabalhador e membro de uma família.

O envelhecimento saudável, associado ao envelhecimento ativo, é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. Adotar estilos de vida saudáveis, desde o início da vida, é o melhor investimento para que o processo de envelhecimento seja o mais natural possível, como contributo à manutenção da saúde e à prevenção das doenças crónicas. Maximizando as capacidades individuais da pessoa idosa proporciona um acréscimo significativo da funcionalidade, independência e autonomia da mesma (*World Health Organization* [WHO], 2015). A promoção de hábitos saudáveis, que incluem a alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação de fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais. Medidas essas capazes de manterem a capacidade funcional da pessoa idosa, para que esta possa dar continuidade ao seu desenvolvimento pessoal e ao seu papel ativo na sociedade (Ministério da Saúde, 2017).

A oportunidade de manter essas capacidades funcionais, permite à pessoa idosa saber prevenir e lidar com determinadas situações do seu dia-a-dia. O autocuidado inclui todas estas atividades do dia-a-dia que a pessoa idosa pode fazer para proteger e/ou cuidar da sua própria saúde e das suas necessidades, com ou sem o apoio de profissionais de saúde, cuidadores, familiares e amigos.

Envelhecer de forma ativa e saudável permite à pessoa idosa e sua família prepararem-se para o envelhecimento ao longo da vida, e, para além de todos os benefícios de saúde que

pode ter, permite também que a pessoa idosa se mantenha autónoma por mais tempo, socialmente ativa e participativa (Direção Geral da Saúde, 2006).

É inevitável perceber que a pessoa idosa, quer pela especificidade inerente à idade, às limitações que possam advir e à probabilidade aumentada de desenvolver doença crónica e comorbilidades associadas à mesma, requer por parte da família, enquanto unidade, uma atenção prioritária na procura do bem-estar e do equilíbrio necessários ao bom funcionamento da dinâmica familiar e na gestão e autogestão da sua doença. Como consequência do aumento da esperança de vida, o aparecimento de maior fragilidade e da doença crónica torna-se uma realidade, é fundamental que, tanto a pessoa idosa como a família percebam a importância da autogestão neste processo na perspetiva de se tornarem capacitados e se responsabilizarem na e pela sua saúde, quer individual quer familiar.

Nesta perspetiva, perante a pessoa idosa, a família assume um papel essencial, quer no acompanhamento das transformações naturais, quer no processo de saúde/doença que surgem ao longo desta fase da vida.

Com as fragilidades que acompanham o processo de envelhecimento, é comum surgirem alterações, necessidades de apoio e adaptação de rotinas, incluindo o reajustar de papéis entre filhos e pais, passando a pessoa idosa a exigir novas responsabilidades e maiores cuidados. Cabe à família entender as transformações de vida da pessoa idosa, conhecer melhor as suas fraquezas e modificar a visão e as atitudes face ao envelhecimento, colaborando para que o elemento idoso mantenha o seu lugar no seio familiar e na sociedade. O respeito pelas fragilidades, necessidades, desejos e expectativas da pessoa idosa, pode ser facilitador para cativar a sua atenção e a colaboração, fomentando o seu protagonismo no núcleo familiar. A perceção de qualidade de vida passa pelas oportunidades que a pessoa idosa tem de se envolver e participar nas atividades do dia-a-dia.

Como síntese, a Família, enquanto unidade (Figueiredo, 2012), tem um papel fundamental ao longo do ciclo de vida, uma vez que a saúde de um elemento afeta toda a função familiar e, reciprocamente, a saúde da família também afeta o elemento. Quando se trata da pessoa idosa, esse papel torna-se ainda mais importante, quer pela fase da vida em que se encontra quer pela maior vulnerabilidade que apresenta, visto que muitas vezes

pode necessitar de cuidados e atenção especiais. Perante o idoso, a família assume um papel crucial e preponderante.

Assim, preparar o processo de envelhecimento deve tornar-se um objetivo conjunto, partilhado, participativo e dinâmico, minimizando as fraquezas e concentrando as todas as forças advindas quer da pessoa idosa enquanto ser único, quer da família enquanto unidade e um todo, quer da sociedade enquanto parceira real neste processo.

1.2. CAPACITAR PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

No último século a globalização e modificação dos padrões de saúde e doença das populações originaram novas necessidades e exigências em cuidados, tais alterações e mudanças fazem emergir a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde e das práticas em saúde. O sucesso no controlo da mortalidade na doença aguda, colocou a ênfase na doença crónica que atualmente lidera em mortalidade e morbilidade na Europa, com tendência para agravar nos próximos anos, com implicações na economia dos países (Busse *et al.*, 2010), dado o peso que representa nos sistemas de saúde e de segurança social.

Associado ao aumento da esperança média de vida, à longevidade e ao aumento significativo da população idosa torna-se evidente o aumento das doenças crónicas, assumindo um lugar privilegiado nos sistemas de saúde. Este aumento visível e perceptível, quer a nível mundial quer a nível de Portugal, encontra-se relacionado com vários fatores com destaque para a transição demográfica, os padrões de consumo e as mudanças nos hábitos e estilos de vida, sendo responsáveis por mortes prematuras, perda da qualidade de vida e por um elevado impacto económico (World Health Organization [WHO], 2018).

A Organização Mundial da Saúde define doença crónica como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta onde se incluem a doença cardiovascular, a diabetes, asma, doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), mas também, doença mental e psiquiátrica, e doenças do sistema osteomuscular que resultam em incapacidades (World Health Organization [WHO], 2018).

Com frequência, a doença crónica desencadeia episódios recorrentes de internamento hospitalar, quer por descompensação da doença quer pelas suas consequências (Bastos, 2015). Assim, acresce a evidência de que baixos níveis de controlo destas doenças

trouxeram preocupações e desafios aos sistemas de saúde (Vilar, 2009), uma vez que aproximadamente metade das pessoas com doença crónica apresenta comorbilidades associadas, muitas vezes não controladas por dificuldades na sua gestão. Sobressai a importância de uma abordagem integrada ao doente crónico, incluindo o doente crónico idoso, mobilizando todos os recursos disponíveis, considerando simultaneamente as especificidades dessas doenças e a forma como cada pessoa é ou não capaz de as integrar nas suas vidas, readaptando-se e reinventando-se, de acordo com os seus recursos internos, as suas redes de apoio e as suas circunstâncias (Vilar, 2009). Todas estas situações têm em comum necessitarem de acompanhamento multiprofissional de longa duração e o fato de terem consequências na vida pessoal e familiar, exigindo a reformulação de comportamentos, nomeadamente no que respeita ao autocuidado (Busse *et al.*, 2010).

O processo de prestação de cuidados sendo um processo contínuo, complexo e dinâmico é caracterizado por constantes mudanças, nas necessidades e sentimentos de quem recebe e de quem presta os cuidados, em função da evolução da doença e da situação de incapacidade ou dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, dos sistemas de crenças e de como a família percebe todos esses fatores. Paul e Fonseca (2001), salientam que a doença crónica abrange, para além de consequências psicossociais complexas, consequências relativas a alteração de tarefas e do projeto de vida das famílias, fazendo com que, ao sofrimento físico e psicológico, se associem dificuldades económicas que possam diminuir a qualidade de vida pessoal e familiar.

A flexibilidade da família é demonstrada através da reorganização dos seus recursos internos e externos na adequação à situação de doença crónica. O grau de sucesso com que a família, com doença crónica, procura um novo equilíbrio depende dessa reorganização e dos objetivos pessoais e familiares que são negociados mediante as mudanças ocorridas. Desta forma, a estabilidade e adaptação do indivíduo à nova realidade implica, igualmente, um acompanhamento dos seus familiares. Assim, a família, quando confrontada com uma doença crónica exige uma atenção especial, uma vez que passa a viver em função da pessoa doente, podendo deixar para segundo plano os seus projetos de vida. Daí que, as representações sociais que a família desenvolve face à presença da doença crónica desempenham um papel importante na compreensão das

relações com o meio envolvente. Essas representações, baseadas nas crenças, valores e atitudes, orientam o comportamento das famílias nas relações com os outros, incentivando a um papel mais participativo e confiante caso a família acredite que possa ter uma intervenção ativa na melhoria da saúde dos seus membros (Sampaio, 1999). A adaptação e a autogestão da doença crónica são processos de aprendizagem contínuos e dinâmicos, em que novos desafios, novas frustrações, momentos de maior desânimo, alternam com fases de menor exigência e menor perturbação (Barros, 1999), exigindo a reorganização de toda a dinâmica interna, com intuito de atender e colmatar, simultaneamente, as necessidades do doente e dos restantes membros da família.

Essas especificidades da doença crónica e a necessidade da sua autogestão no dia a dia do doente crónico, realça a responsabilidade da pessoa e sua família, na perspetiva de desenvolvimento da autonomia para a autogestão e o autocuidado. A autogestão constitui, assim, um conjunto de tarefas que a pessoa deve apreender para viver bem a vida, com uma ou mais condições de saúde crónicas. Bastos (2015) salienta que o desempenho dessas tarefas é influenciado pelas características individuais, manifestadas pelas atitudes e comportamentos.

Os programas de autogestão da doença surgem como uma estratégia para promover a capacitação da pessoa e da família e a sua qualidade de vida e também como um potencial para reduzir custos sociais e económicos, decorrentes da forte prevalência das doenças crónicas. A nível nacional e internacional têm sido desenvolvidos e implementados vários programas com diferentes abordagens e estratégias, alguns deles apoiam-se em modelos de promoção de saúde (Brás, 2020; Castro & Soares, 2020), outros em modelos do *empowerment* e de mudança comportamental (Almeida, Sousa & Loureiro, 2019; Sousa *et al.*, 2017). Os programas que privilegiam os aspetos psicossociais e comportamentais e que estão adaptados aos fatores socioculturais dos intervenientes, têm demonstrado melhores resultados (Sousa *et al.*, 2017). Embora possa não existir melhorias significativas em todas as variáveis que integram os programas, a pessoa e a família estabelecem uma relação mais estreita com a equipa de saúde e adquirem maior capacidade para tomarem opções informadas, que se poderá traduzir em uma gestão do regime terapêutico mais eficaz. Daí, os programas ou intervenções educacionais poderão constituir uma ferramenta importante na capacitação da pessoa com doença crónica e sua família (Sousa *et al.*, 2021).

É importante salientar que “na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde”. (Regulamento n.º 348/2015, 2015, p. 16485)

Deste processo emerge a capacidade que a família, a pessoa idosa e o doente desenvolve para que sejam capazes de refletirem sobre a relação entre os seus objetivos de vida e a forma de os alcançar, confrontando-os com as estratégias de superação de fraquezas e obstáculos na presença de doença, no caso concreto da doença crónica. Assim, capacitar para a autogestão permite à pessoa e à família reunir todas as suas forças e fazer corresponder os seus esforços ao seu desempenho, reforçando competências e capacidades, mas também ações que possam influenciar a tomada de decisões ajustadas e exercer controlo da sua vida pessoal, familiar e comunitária. Esta aprendizagem constante ao longo da vida, reforçada pelo papel tão fundamental de capacitar, aumenta grandemente o sentimento de utilidade e de autonomia da pessoa e da família com repercussões na maior facilidade de ultrapassar as dificuldades baseadas na informação adequada e no conhecimento dos seus direitos e da forma como os exercer.

A partilha, a entreaajuda e a cooperação são fatores fundamentais no processo de capacitar, onde a informação adequada e adaptada a cada pessoa e família é o segredo de uma maior qualidade de vida, dando ênfase à prevenção e também à deteção precoce da doença crónica, promovendo a capacidade da família e da pessoa, incluindo a pessoa idosa, de serem responsáveis pelas decisões que concernem a sua vida. Nesta perspetiva, melhores níveis de informação e de literacia levam a que a pessoa e a família adotem comportamentos de menor risco e façam uma utilização mais racional dos meios e equipamentos disponíveis para a saúde, o que se traduz em menores gastos, em maior qualidade de vida, maior autonomia e em menor dependência (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021)

A pessoa com doença crónica e a sua família requerem, por isso, cuidados de saúde sistemáticos e personalizados, o que obriga a romper com o paradigma de cuidado essencialmente focado na doença e destaca a importância da capacitação no aumento progressivo e fundamental da literacia em e na saúde. Este pressuposto representa um

desafio aos sistemas de saúde, na perspectiva de cuidados custo-eficientes e de elevada qualidade (Sousa *et al.*, 2021), uma vez que a doença crónica tem impacto na morbi/mortalidade das populações, pois exigem uma adaptação permanente por parte de todos os intervenientes e de mudanças tão profundas na prática de vida diária. Como tal, a capacitação para a autogestão da doença crónica tem influência positiva tanto na pessoa e na família, como também na sociedade e em todos os seus parceiros, onde se incluem os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros de saúde familiar.

1.3. O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR NO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA PESSOA E FAMÍLIA

O enfermeiro de saúde familiar, enquanto o profissional especializado e com formação estruturada na área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade (Gottlieb, 2016). De acordo com Figueiredo (2023) e o descrito na Tomada de Posição n.º 01/2023 (Ordem dos Enfermeiros, 2023), quanto ao referencial em enfermagem de Saúde Familiar da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro tem na família a unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade. Tem competências especializadas para aplicar conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando as relações dinâmicas estabelecidas entre os seus membros e as necessidades de todos esses membros que integram a família, tomando como foco o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, atendendo às suas especificidades espirituais, antropológicas, sociais e culturais. Através da investigação e da prática baseada na evidência, o enfermeiro de saúde familiar desenvolve ferramentas válidas e sustentadas que permitem 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.

Esta robustez de conhecimentos, habilidades e competências, permitem-lhe estabelecer uma relação terapêutica que vão de encontro às forças, aos significados, às crenças e aos sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença, pelas famílias, norteadores do juízo

clínico e da tomada de decisão partilhada, capazes de potenciar e valorizar a resiliência da família nas situações mais complexas do seu ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Estas competências desenvolvidas, baseadas num leque de conhecimentos especializados, são fundamentais na capacitação das pessoas e famílias e na gestão dos problemas de saúde e nas transições vivenciados, mais concretamente nos processos de saúde-doença.

No entanto, nas últimas décadas, as transformações na sociedade portuguesa, com alterações sociodemográficas associadas, foram potenciadoras de mudanças significativas na estrutura e na organização familiar que conduziram a novas necessidades de saúde. Tendo na família a unidade sistémica com funções sociais, percebe-se que a mesma exerce uma forte influência sobre o bem-estar, a saúde e a doença dos seus membros, sendo o espaço privilegiado de partilha e de suporte à vida e saúde dos seus elementos (Regulamento n.º 190/2015, 2015), considerando o contexto familiar aquele que permite avaliar as respostas humanas aos processos de transição, incluindo os de saúde e de doença, mais facilmente e eficazmente (Brás *et al.*, 2013).

Promover a saúde familiar, principalmente quando a doença crónica se instala no seio da família, promove, paralelamente, a adoção de comportamentos e decisões que a família implementa para manter ou aumentar a qualidade de vida e o bem-estar físico, emocional e espiritual quer da pessoa doente, quer dos outros membros, quer do próprio sistema familiar (Potter, *as cited in* Figueiredo, 2009), fomentando a coesão familiar e com o propósito de atingir o potencial máximo de saúde.

Trabalhar com e para a família, faz com que o enfermeiro de saúde familiar seja um facilitador da promoção da saúde familiar e do bem-estar da família enquanto unidade, quer nos períodos de saúde quer na instalação, desenvolvimento e recuperação do processo de doença (Hanson, 2005). Segundo Bomar (Bomar & Baker-Word, *as cited in* Hanson, 2005), o enfermeiro de saúde familiar tem presente pressupostos fundamentais que o orientam na sua prática clínica e que são um contributo fundamental para a capacitação da família e para a promoção da sua saúde, com destaque para: “as famílias são essencialmente responsáveis pela sua própria saúde; as famílias têm direito à informação sobre a saúde para poderem tomar decisões e fazer escolhas sobre estilos de vida; as famílias têm o potencial de melhorar a sua saúde, e isto pode ser aumentado por um enfermeiro, que se preocupe e que seja culturalmente competente”.

Assim, a enfermagem de saúde familiar, alicerçada no pensamento sistémico, valorizando a interação e reciprocidade entre os membros da família, tem, no Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, o profissional e saúde de referência, integrado numa equipa multiprofissional, que garante um acompanhamento especializado à família, enquanto unidade de cuidados (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014) e um elo facilitador e impulsionador na (co)construção do processo de cuidados orientado para a autogestão da doença crónica na pessoa e sua família. Atendendo às suas competências especializadas, é legítimo considerar que o enfermeiro de saúde familiar tem ao seu alcance a possibilidade de criar um contexto para a mudança, (co)construindo um conjunto de ferramentas e estratégias para que a família se adapte e reestruture, capacitando-a para que promova a sua resiliência e consiga, por si, implementar mudanças que fomentem a capacidade de se manter unida e de valorizar essa unidade.

Esta transferência de poder, do enfermeiro para a pessoa/família, estabelece uma profunda mudança de paradigma e a alteração dos referenciais teóricos dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro de família, que deve orientar o cuidado proporcionando apoio e suporte à decisão e à mudança comportamental, nos processos adaptativos de viver a vida com a doença (Sousa *et al.*, 2021), optando por uma intervenção ativa, dinâmica e efetiva no processo de capacitação da família e da pessoa que a integra.

Como tal, ao enfermeiro de saúde familiar compete, enquanto profissional especializado, colaborar com a família, com informação ajustada, estratégias adequadas e apoio personalizado para que a família se torne autónoma, se valorize, seja capaz de tomar decisões e reúne as suas forças no sentido de alcançar, manter e recuperar o seu nível mais elevado de saúde. Ou seja, incentive a família a um trabalho conjunto, a corresponsabilizar-se pelas suas opções e a partilhar estratégias significativamente benéficas para saber lidar com o processo de doença e para a promoção da saúde familiar. O enfermeiro de saúde familiar surge como o profissional de saúde privilegiado enquanto facilitador na promoção da saúde e bem-estar familiar, com competências capazes de promover o processo de capacitação para a autogestão da pessoa e da família. Numa era onde o aumento da esperança média de vida está a aumentar e por consequência o número de pessoas idosas na família aumenta também, podendo significar uma maior probabilidade de aparecimento da doença crónica e morbilidades associadas à mesma,

torna-se elementar querer que a família e cada um dos seus membros, mesmo que idosos, seja capaz, não só de viver mais anos, mas vivê-los com a maior qualidade de vida possível, promovendo o envelhecimento saudável e melhorando a vida das pessoas idosas, das suas famílias e comunidades, tal como descreve a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

2. TEORIAS E MODELOS DE SUPORTE À PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE FAMILIAR

A enfermagem de saúde familiar é uma área específica e essencial da enfermagem que requer uma abordagem holística e integrada para promover o bem-estar das famílias e dos membros que as constituem, assente em reflexões e construção de linhas orientadoras para a prática, formação e investigação. Nesta perspetiva, as teorias e modelos de enfermagem desempenham um papel crucial, pois fornecem uma base estruturada e científica que orienta a prática clínica, facilita a tomada de decisão, e promove a qualidade dos cuidados.

Na literatura de enfermagem existem inúmeras definições de teoria, não havendo “nenhuma teoria ou estrutura concetual da ciência social da família, da terapia familiar, ou de enfermagem que descreva totalmente a dinâmica da vida familiar” (Hanson, 2005, p.57). Chinn e Kramer (2011, p. 268) definem a teoria como "uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenómenos", vista como um conjunto de pressupostos e princípios que contribuem para explicar ou orientar a ação (Young, Taylor & Renpenning, 2001). Ao conhecer, mobilizar e integrar diferentes e diversas teorias na sua prática clínica, o enfermeiro de saúde familiar adquire competências critico-reflexivas acerca das suas intervenções junto das suas famílias e de cada um dos seus membros individualmente.

Partindo do descrito, as teorias e os modelos, na enfermagem enquanto profissão, confere sentido ao conhecimento, de modo a sustentar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos, proporcionando, simultaneamente, uma estrutura moral e ética que orienta a ação e favorece um pensar sistemático sobre a enfermagem e a finalidade da sua prática, distinguindo-a de outras profissões e estabelecendo os seus limites profissionais (Alligood & Tomey, 2002; Chin & Kramer, 2011). Confirmando o descrito anteriormente, as teorias de enfermagem constituem o meio principal pelo qual é possível alcançar a progressão do corpo do conhecimento de enfermagem, com aprofundamento do seu próprio saber. Estas permitem a construção da identidade da profissão de modo a favorecer o conhecimento da natureza de enfermagem e a desenvolver as especificidades científicas da área (Braga & Silva, 2011). Nesse contexto, as teorias desenvolvem-se com o propósito de refletir os interesses da comunidade científica e da sociedade.

As teorias de enfermagem oferecem uma estrutura conceptual que ajuda os enfermeiros a entender e a prever fenômenos relacionados à saúde. Na enfermagem de saúde familiar, estas teorias fornecem diretrizes para avaliar e intervir nas necessidades de saúde das famílias de forma abrangente.

Segundo Figueiredo (2012):

“A circularidade pragmática que imbui a epistemologia, o corpo teórico e a abordagem terapêutica, no domínio da enfermagem de família, tem determinado o seu desenvolvimento, consolidando-a como uma área disciplinar no contexto geral da enfermagem. Tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem...” (p. 5).

Com base no descrito, o conhecimento em enfermagem de saúde familiar desenvolveu-se através da expansão de alguns modelos e teorias de enfermagem, orientados para as práticas centradas no sistema familiar como unidade de cuidados. Um dos exemplos é a Teoria Sistémica Familiar, com uma abordagem interdisciplinar que visa compreender o funcionamento das famílias como sistemas complexos, onde cada elemento influencia e é influenciado pelos outros. Outro exemplo significativo é a Teoria das Transições de Meleis, que é útil para entender e apoiar as famílias em momentos de transição, uma vez que a prática da enfermagem de saúde familiar é intrinsecamente ligada à compreensão das transições que ocorrem ao longo da vida das famílias.

Corroborando com os exemplos apresentados, a Tomada de Posição n.º 01/2023, da Ordem dos Enfermeiros, confirma que quer a Teoria Geral dos Sistemas quer a Teoria das Transições, pelas características inerentes a cada uma delas, facilmente se aplicam à família, comunidade ou grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

2.1. TEORIA SISTÉMICA FAMILIAR

A teoria geral de sistemas tem sido aquela que, ao longo dos anos, maior influência tem tido na enfermagem da saúde familiar (Hanson, 2005). A teoria sistémica familiar, adaptada da teoria geral de sistema, é uma abordagem interdisciplinar que visa compreender o funcionamento das famílias como sistemas complexos, onde cada elemento influencia e é influenciado pelos outros. Assente nesta perspetiva, e porque a família é uma constante interação dos seus membros e recebe, simultaneamente, influências externas, pode ser compreendida como um sistema, que, sustentado em

Bertalanffy (1977), precursor da Teoria Geral dos Sistemas, é um sistema complexo, envolvendo interações dinâmicas e onde um conjunto de elementos tem relações entre si e com o meio na procura do equilíbrio. Ver a família como uma unidade e como alvo de cuidados é ver um conjunto de indivíduos ligados por relações, em constante interação com o exterior, desempenhando funções sociais definidas, onde o todo é mais do que a soma das partes (Figueiredo, 2023), ou seja, os sistemas familiares são maiores e diferentes do que a soma das suas partes (Kaakinen *et al.*, 2018).

Na enfermagem de saúde familiar, esta teoria desempenha um papel crucial, proporcionando uma compreensão profunda das dinâmicas familiares e orientando as intervenções de enfermagem de forma a promover a saúde e o bem-estar da família e de todos os membros. Esta teoria, como referencial teórico, tem sido considerada relevante para a prática e cuidados com e na família, uma vez que ela possibilita a ampliação do corpo de conhecimento da área da enfermagem de saúde familiar (Bousso, 2008).

Do ponto de vista do enfermeiro de saúde familiar, a compreensão da teoria sistémica permite uma abordagem mais holística e abrangente no cuidado às famílias, que tal como Relvas (1996), percebe a família nessa conceção sistémica, como um sistema em constante evolução, onde nenhuma família se pode igualar a outra devido à sua especificidade e complexidade. O foco do enfermeiro direciona-se para a família enquanto unidade dos seus cuidados, reconhecendo a importância de considerar o contexto familiar e as interações entre os seus membros. Esta perspetiva sistémica permite identificar padrões de comunicação, papéis familiares, hierarquias e outras dinâmicas que podem influenciar a saúde e o processo de doença da família e de cada membro.

Em simultâneo, a teoria sistémica familiar capacita o enfermeiro de saúde familiar a adotar uma abordagem colaborativa e centrada na família, trabalhando em parceria com a família, reconhecendo os seus recursos, valores e crenças. Esta colaboração facilita a definição de metas de saúde realistas e a implementação de estratégias de cuidado que sejam culturalmente sensíveis e socialmente contextualizadas.

Da perspetiva da família e dos seus membros, a teoria sistémica familiar oferece uma compreensão mais profunda das suas próprias dinâmicas e desafios. Ao invés de atribuir responsabilidades individuais, a abordagem sistémica reconhece que os problemas de

saúde e bem-estar podem ser influenciados por uma série de fatores inter-relacionados, incluindo o ambiente familiar, os padrões de interação e as expectativas mútuas.

O conceito de família, na perspectiva sistémica, integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos, mas reconhecendo a complexidade do sistema familiar, enquanto unidade transformativa, integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização do sistema familiar, entre outras definidoras do sistema familiar enquanto sistema em constante evolução (Figueiredo, 2009).

Nesta perspetiva, ao adotar uma abordagem sistémica, os membros da família são capacitados a desenvolver estratégias de resolução de problemas e a promover mudanças positivas dentro do sistema familiar. Esta autonomia e empoderamento são fundamentais para a promoção da saúde familiar a longo prazo, uma vez que permitem que a família desenvolva resiliência e adaptação face a desafios e adversidades, dando ênfase às suas forças e a adoção de estratégias para combater as suas fraquezas.

Como síntese, a teoria sistémica familiar desempenha um papel fundamental na enfermagem de saúde familiar, tanto do ponto de vista do enfermeiro como da família e seus membros. Esta abordagem interdisciplinar e holística proporciona uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e orienta as intervenções de enfermagem de forma a promover a saúde e o bem-estar de todos os membros da família (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Ao reconhecer a interconexão entre os diferentes elementos do sistema familiar e ao promover uma abordagem colaborativa e centrada na família, a teoria sistémica familiar contribui para a melhoria dos resultados de saúde e para o fortalecimento das famílias como unidades de cuidado e suporte mútuo, contribuindo para a capacitação constante e progressiva, quer na promoção da saúde como para o processo de autogestão da doença quando a mesma se instala no seio familiar.

No entanto, e segundo Hanson (2005), esta teoria tem também algumas limitações, nomeadamente ligada ao facto de esta orientação teórica ser extensa e geral, com dificuldades associadas à sua aplicação na íntegra na prática clínica, o que pressupõe o

desenvolvimento e a aplicação, em simultâneo, de outras linhas orientadoras que a complementam e completam.

2.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Meleis (1991), define a teoria de enfermagem como "... uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem" (p. 17). Esta definição clarifica a importância da aplicabilidade das teorias na prática de enfermagem em geral, e em Enfermagem de Saúde Familiar em particular, tornando-se inevitável conhecer e abordar os conceitos metaparadigmáticos que influenciam o ciclo vital. Segundo Thorne *et al.* (1998), os principais conceitos metaparadigmáticos da abordagem da enfermagem são: pessoa, saúde, meio ambiente e enfermagem. Estes conceitos são os princípios básicos de qualquer teoria, mas variam conforme a linha orientadora de cada uma.

A prática da enfermagem de saúde familiar é intrinsecamente ligada à compreensão das transições que ocorrem ao longo da vida das famílias. A teoria das transições, desenvolvida por Afaf Meleis, oferece um quadro conceitual valioso para compreender esses processos dinâmicos e complexos que afetam a saúde e o bem-estar das famílias e seus membros, tendo a noção de que as transições são processos multidimensionais que envolvem não apenas mudanças físicas, mas também emocionais, sociais e espirituais.

Como tal, a Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, oferece um enquadramento teórico valioso, sendo um dos modelos teóricos com grande relevância para a prática de enfermagem à família, onde uma transição individualmente ou um agregado de transições simboliza um período de desequilíbrio na passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis e em que as mesmas se referem a mudanças progressivas e previsíveis ao longo da vida, bem como a eventos imprevistos e disruptivos que exigem adaptação.

Segundo Chick e Meleis (1986), transição é o processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e de estar de quem vive a transição. No entanto, a definição de transição varia de acordo com o contexto em que o termo é utilizado, sendo que este conceito tem sofrido várias alterações. Nas últimas três décadas, a compreensão deste conceito foi alterada à luz das

ciências sociais e das disciplinas de saúde, tendo a enfermagem contribuído para a mais recente compreensão da transição como sendo um processo relacionado com a vida e a saúde (Kralik *et al.*, 2006). Meleis (2010) refere que este conceito é primordial para a Enfermagem já que os enfermeiros são os profissionais de saúde que interagem mais tempo com os indivíduos que, fazem parte de um contexto sociocultural, numa condição saúde/doença e que vivenciam, de alguma maneira, transições.

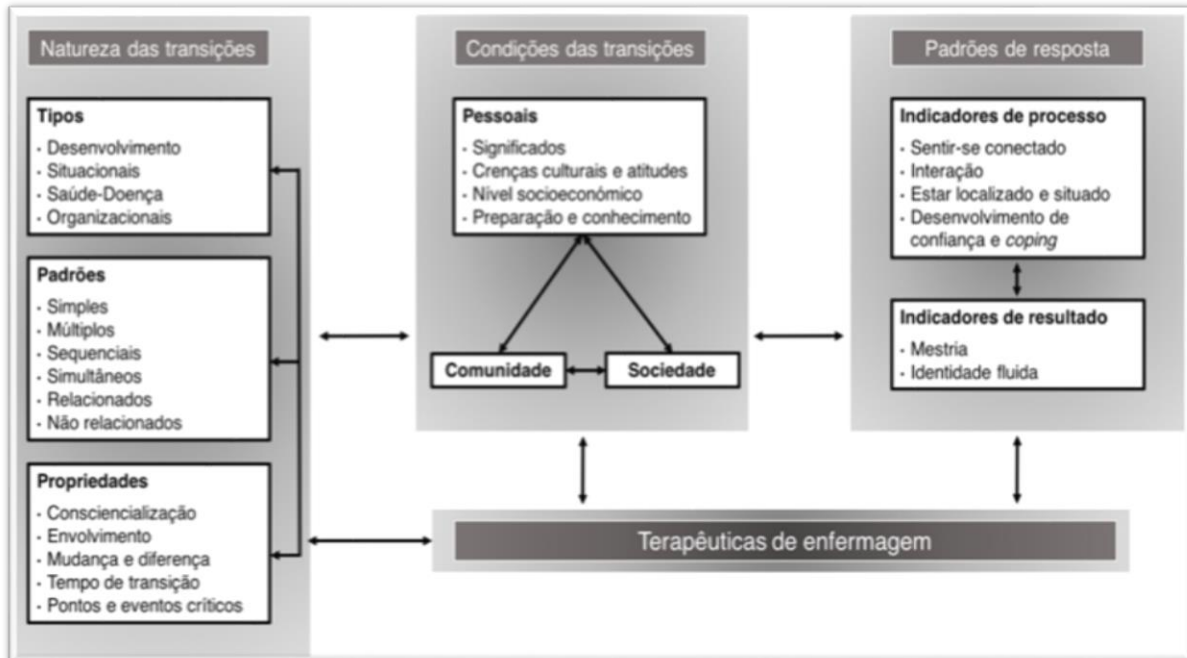
A maioria das transições são desencadeadas por acontecimentos críticos, sendo os enfermeiros os principais agentes facilitadores do indivíduo e família que vivenciam essas transições (Piccoli *et al.*, 2015), favorecendo o crescimento, a maturidade com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. Por esta razão, o enfermeiro de saúde familiar na prestação de cuidados, ao longo do ciclo vital do indivíduo e família, e na execução do processo de enfermagem, procura prevenir os riscos desencadeados por uma transição, antevendo processos de transição individuais e familiares saudáveis. O enfermeiro pode dar um contributo importante, ao acompanhar e apoiar as famílias ao longo do seu percurso, colaborando desta forma para a promoção da saúde destas e das gerações futuras, na perspectiva de que assumam gradualmente as novas responsabilidades e a aquisição de novas competências (Meleis, 2010), fomentando a sua capacitação e aumentando a sua literacia em saúde.

Enquanto ciência, a Enfermagem e, mais especificamente, a enfermagem de saúde familiar, desempenha um papel fundamental, preparando a família e os indivíduos para a vivência das transições, facilitando o processo de desenvolvimento de competências e estratégias de *coping* (Meleis *et al.*, 2000). A interação enfermeiro/indivíduo organiza-se de maneira a que uma intenção conduza a uma ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2012). Neste sentido, para que os enfermeiros possam desenvolver um plano de intervenção adequado às necessidades da família, necessitam compreender o tipo de transição que a família está a vivenciar, destacando a importância da resiliência e da capacidade de adaptação da família face às mudanças, permitindo aos enfermeiros compreender e intervir nos processos dinâmicos de saúde e doença vivenciados pelas famílias e seus membros.

Com base nestas conceções e na interpretação da estrutura da transição, foi desenvolvida uma teoria de médio alcance colocando a transição no foco do seu quadro conceitual (Meleis, 2010). Esta teoria de médio alcance foi estruturada com base em conceitos

centrais: natureza das transições, fatores facilitadores e inibidores da transição e padrões de resposta, como se observa no diagrama representativo da teoria enunciada apresentado na Figura 1.

Figura 1. - Modelo de Médio-Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis



Nota: figura adaptada de Meleis, 2010

Para que se alcance um processo de transição saudável e numa perspectiva para a prática de enfermagem mais humanizada, científica e holística, o enfermeiro de saúde familiar tem de ter consciencialização da natureza das transições, seus facilitadores e inibidores e padrões de resposta e ser um profundo conhecedor do crescimento e desenvolvimento do indivíduo e das famílias ao longo do ciclo vital, tendo consciência das dificuldades e adaptações aos momentos importantes que geram instabilidade.

A abordagem da Teoria das Transições destaca que as mudanças ao longo da vida das famílias podem ser previsíveis ou imprevistas, progressivas ou disruptivas. No contexto da enfermagem de saúde familiar, essas transições podem estar intrinsecamente ligadas aos processos de saúde e doença, particularmente quando se trata da gestão de doenças crônicas. Ao lidar com doenças crônicas, as famílias frequentemente enfrentam múltiplas transições. Desde o diagnóstico inicial até a adaptação ao tratamento e ao estilo de vida necessário para controlar a doença, essas transições podem representar desafios significativos para a família e para o próprio doente.

Neste contexto, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel crucial no apoio durante as transições relacionadas à gestão da doença crónica. Ao adotar uma abordagem centrada na família, o enfermeiro pode ajudar a família a compreender a natureza da doença, os objetivos do tratamento e as estratégias de autogestão necessárias para manter a saúde e prevenir complicações, com conhecimento das necessidades e preocupações de todos os membros da família, promovendo uma abordagem holística e inclusiva.

Além disso, a Teoria das Transições destaca, também, a importância da autogestão da doença crónica, capacitando as famílias e os doentes a assumirem um papel ativo no seu próprio cuidado de saúde. Os enfermeiros podem desempenhar um papel vital ao fornecer educação sobre a doença, habilidades de autorregulação e apoio emocional para fortalecer a capacidade da família de lidar eficazmente com os desafios da doença crónica.

Na perspetiva da família e dos seus membros, a aplicação da Teoria das Transições pode oferecer um sentido de orientação e empoderamento durante os momentos de mudança e adaptação associados à doença crónica. Ao compreender que as transições fazem parte do processo de viver com uma doença crónica, as famílias podem desenvolver estratégias eficazes para enfrentar os desafios e melhorar a qualidade de vida do doente e de todos os envolvidos.

Desta forma, a Teoria das Transições de Meleis desempenha um papel crucial na enfermagem de saúde familiar, especialmente no contexto da gestão da doença crónica. Meleis (2010) refere que cada transição é um ponto de viragem que exige ao enfermeiro, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior fragilidade da família e da pessoa. Ao reconhecer e intervir nas transições associadas à saúde e doença, o enfermeiro de saúde familiar pode proporcionar cuidados de qualidade que promovam a adaptação saudável e a autogestão eficaz da doença crónica, melhorando assim o bem-estar global das famílias que cuidam.

Em conclusão e tal como descrito, as teorias e modelos de enfermagem são pilares fundamentais na prática da enfermagem de saúde familiar enquanto capazes de fornecerem uma estrutura essencial que orienta o enfermeiro na avaliação, intervenção e promoção da saúde das famílias (Figueiredo, 2012). Quando adotadas em parceria e numa perspetiva globalizante, a sua aplicação na prática de cuidados diários oferece:

- Uma orientação sistemática, fornecendo uma abordagem sistemática para a avaliação e intervenção, garantindo que todos os aspetos relevantes da saúde familiar sejam considerados;
- Uma melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo práticas baseadas em evidências, o que resulta em cuidados mais eficazes e eficientes;
- A capacitação das famílias, incentivando a participação ativa das famílias no processo de cuidados, promovendo a autonomia e o empoderamento das mesmas;
- A inovação e o conhecimento, facilitando a introdução de novas práticas e conhecimentos na enfermagem e permitindo a evolução contínua da profissão e a adaptação às necessidades emergentes da sociedade.

Apesar dos benefícios apresentados, a aplicação de teorias e modelos na enfermagem de saúde familiar também apresenta desafios, onde se podem destacar a necessidade e um esforço contínuo para adaptar e contextualizar as teorias e modelos à realidade específica de cada família e comunidade. Paralelamente, a formação contínua e especializada dos profissionais de enfermagem é crucial para garantir a competência e a confiança na utilização dessas ferramentas teóricas.

No entanto, é importante perceber que a aplicação consistente, estruturada e adaptada desses modelos e teorias não só melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também contribui para a inovação e a evolução contínua da profissão de enfermagem. Compreender, também, que a prática baseada na evidência é crucial para a eficácia da intervenção do enfermeiro, sendo necessário possuir uma base científica na qual se sustenta a prática, ou seja, o suporte teórico que os modelos e as teorias de enfermagem oferecem e apoiam os enfermeiros na definição dos seus papéis. Neste contexto, os modelos e as teorias de enfermagem pretendem definir um construto sistemático da missão, natureza e objetivos da enfermagem e, em particular, da enfermagem especializada, com cuidados em saúde baseados em evidências.

3. IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA SEGUNDO O MODELO DA JBI

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à família e à pessoa, requer competências, conhecimentos, habilidades e atitudes que, em tudo, necessitam de robustez e estrutura que conduzam às melhores práticas. Inerente ao descrito, as melhores práticas em enfermagem traduzem-se em ações orientadas na qualidade das evidências científicas produzidas (Puchel *et al.*, 2021), onde os cuidados de saúde baseados nessas evidências são cada vez mais aceites e necessários, estando a ciência da síntese de evidências em constante evolução e expansão.

Compreender a prática de cuidados de saúde baseada em evidências, que inclua diferentes fontes de evidências assentes em investigação e coloque o processo da prática baseada em evidências num contexto mais amplo, fundamentado na prática e direcionado para a melhoria da saúde global, converge para a necessidade dos profissionais de saúde prestarem cuidados de forma apoiada pelas evidências ou pelos conhecimentos mais atualizados disponíveis (Pearson *et al.*, 2005).

Como contributo à produção constante de conhecimentos e a sua aplicabilidade na prática clínica diária, o *Joanna Briggs Institute*, enquanto instituição idónea, tem desenvolvido metodologias geradoras de sínteses confiáveis de evidência disponível com o objetivo de potenciar a tomada de decisão informada nos contextos de prestação de cuidados (Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020). A metodologia JBI tem ganho crescente reconhecimento e aplicação na área da enfermagem, destacando-se como uma abordagem fundamental na implementação de cuidados em saúde baseados em evidências. Este método sistemático e abrangente foi desenvolvido com o propósito de guiar os profissionais de enfermagem na prática clínica baseada nas melhores evidências disponíveis, com o intuito de promover a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados de saúde, procurando melhorar os resultados em saúde em todo o mundo (Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020). O Modelo do Cuidado de Saúde Baseado em Evidências é adotado pela JBI como referencial teórico e definido como a tomada de decisão que considera a melhor evidência disponível, o contexto em que os cuidados são prestados, a individualidade da pessoa/utente/família, o julgamento e a experiência do profissional de

saúde. Na tomada de decisão clínica, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, devem considerar se a abordagem é viável, apropriada, significativa e efetiva, ou seja, as quatro considerações que compõe a abordagem FAME (*feasibility, appropriateness, meaningfulness, effectiveness*) da JBI, utilizando a melhor evidência disponível no contexto onde os cuidados são prestados (Puchel *et al.*, 2021).

O modelo descreve, também, quatro componentes principais como pilares do processo de saúde baseado em evidências: geração de evidências em saúde, onde se incluem pesquisas primárias, descobertas e perícia profissional; síntese de evidências, com revisão sistemática, sumários de evidência e diretrizes; transferência de evidências (conhecimento), abrangendo educação e formação, integração de sistemas e disseminação ativa e implementação de evidências, atendendo à análise do contexto, à facilitação da mudança e à avaliação da mudança e dos resultados.

Assim, a metodologia de implementação de evidências da JBI “consiste em oferecer abordagem teórica e prática voltada à evidência clínica, formação em liderança clínica, utilização de evidências, implementação de evidências na política e na prática, auditoria clínica e uso das ferramentas (...) para facilitar e garantir registros de mudanças” (Puchel *et al.*, 2021, p. 3), para obter uma saúde global melhorada e conceptualizada e ser a razão e o motor dos cuidados de saúde baseados em evidências. Na Figura 2 ilustra-se esta metodologia de implementação de evidências baseada em 3 eixos estruturantes: pré-planeamento, avaliação de base (*baseline*) e planeamento da implementação e avaliação do impacto e sustentabilidade. Cada um destes eixos engloba uma série de fases nas quais este processo é dividido, num total de 7 fases, como se visualiza na figura ilustrativa:

Figura 2. - Fases da implementação da evidência



Pré-planeamento:

- Fase 1: Identificar as áreas da prática/problema com os *stakeholders*
- Fase 2: Envolver agentes de mudança/equipa de projeto

Avaliação de base e planeamento da implementação:

- Fase 3: Avaliação do contexto e disponibilidade para a mudança
- Fase 4: Revisão da prática em relação a critérios baseados em evidência
- Fase 5: Implementação da mudança usando GRiP

Avaliação do impacto e sustentabilidade

- Fase 6: Reavaliação da prática
- Fase 7: Intervenções de sustentabilidade

Nota: figura adaptada do JBI Manual for Evidente Implementation, 2020

Tal como descrito, esta metodologia compreende várias etapas, desde a identificação das melhores evidências até à sua implementação na prática clínica. É realizada uma procura rigorosa e sistemática na literatura científica, com o objetivo de identificar estudos relevantes que abordem questões clínicas específicas. Procede-se a uma avaliação crítica desses estudos, considerando a sua validade, relevância e aplicabilidade às situações clínicas em questão. Esta análise cuidadosa permite a síntese das evidências disponíveis e a elaboração de recomendações claras e baseadas em evidências para a prática clínica. Essa evidência avaliada e sintetizada é transmitida para os locais de prestação de cuidados e para os profissionais de saúde, que a utilizam e analisam o seu impacto nos resultados de saúde, nos sistemas de saúde e na sua prática profissional (JBI, 2021).

Importante, também, perceber que os cuidados de saúde baseado em evidência não retiram o raciocínio e a capacidade de reflexão ao profissional de saúde. O profissional de saúde, pelo contrário, necessita de competências aperfeiçoadas e de raciocínio clínico para decidir qual a evidência e as recomendações ajustadas e adaptadas ao cuidado individualizado à pessoa / utente / família (Pearson *et al.*, 2005).

Na JBI, é tida uma especial atenção à implementação de resultados de revisões sistemáticas, diretrizes de prática clínica fiáveis e outros recursos baseados em evidências na política e na prática. Quando usados termos como implementação, os resultados e orientações destes recursos baseados na evidência, ciência e implementação de provas, traduz-se particularmente em estratégias e métodos para os resultados e as orientações destes recursos baseados em provas para a política, a prática e a ação (JBI, 2021).

Definindo a ciência da implementação “o estudo científico de métodos para promover a adoção sistemática de resultados da investigação e de outras práticas baseadas na evidência na prática de rotina e, por conseguinte, para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços e cuidados de saúde” (Eccles & Mittman, 2006, p. 1), entende-se que este domínio de investigação surgiu da necessidade de abordar as dificuldades atuais associadas à transposição da investigação para a investigação na prática (Nilsen, 2015).

No âmbito da enfermagem de saúde familiar, onde os enfermeiros desempenham um papel crucial na prestação de cuidados holísticos e abrangentes, a metodologia JBI revela-se especialmente relevante. Esta área da enfermagem envolve não apenas a gestão de

problemas de saúde agudos e crônicos, mas também a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados de longo prazo para pessoas e famílias. Nesse contexto, a aplicação de evidências científicas sólidas é essencial para orientar as decisões clínicas e garantir a eficácia das intervenções.

Assim, a implementação de cuidados em saúde baseados em evidências na enfermagem de saúde familiar exige não apenas o conhecimento e compreensão das evidências científicas, mas também a capacidade de adaptar essas evidências à realidade clínica e às necessidades individuais das pessoas e suas famílias. Os enfermeiros devem ser capazes de integrar as melhores evidências disponíveis com o seu julgamento clínico e a experiência do utente e família, de modo a fornecer cuidados personalizados e eficazes, percebendo que a ciência da implementação procura compreender as barreiras, os obstáculos e os facilitadores e capacitar os profissionais de saúde a utilizarem abordagens baseadas em provas com o objetivo final de melhorar a qualidade e o serviço dos cuidados de saúde (Tabak *et al.*, 2012).

Além disso, a metodologia JBI enfatiza a importância da capacitação da pessoa e, em simultâneo, da família na gestão da sua própria saúde. Os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel vital ao educar e capacitar as famílias para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar. Ao fornecer informações baseadas em evidências e promover a participação ativa das famílias no processo de cuidados, os enfermeiros contribuem para o fortalecimento da saúde familiar, para a promoção da autogestão e para a prevenção de doenças.

Outro aspeto relevante é a transferibilidade de conhecimentos entre as equipas de saúde, nomeadamente as equipas de enfermagem de saúde familiar. A metodologia JBI facilita esta transferência ao estabelecer diretrizes claras e padronizadas para a prática baseada em evidências. Ao promover uma linguagem comum e uma abordagem consistente na análise e aplicação das evidências científicas, a metodologia JBI permite que as equipas de enfermagem compartilhem e adotem melhores práticas de forma eficaz e colaborativa. Ao seguir os princípios e diretrizes da metodologia JBI, os enfermeiros de saúde familiar podem garantir que os cuidados prestados são baseados nas melhores evidências disponíveis, promovendo assim melhores resultados de saúde para as pessoas e suas famílias. Além disso, ao adotarem uma abordagem baseada em evidências e centrada na

família, os profissionais de enfermagem contribuem para o avanço da enfermagem enquanto ciência, através da geração de novos conhecimentos e da melhoria contínua das práticas clínicas.

Como resumo, a metodologia JBI desempenha um papel crucial na implementação de cuidados em saúde baseados em evidências na enfermagem de saúde familiar. Esta abordagem sistemática e rigorosa capacita os enfermeiros com as competências necessárias para oferecer cuidados de alta qualidade, centrados na pessoa e família e sustentados pela melhor evidência disponível. Ao promover uma prática clínica informada, baseada em evidências e centrada na família, a metodologia JBI contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e para o fortalecimento da saúde familiar, ao mesmo tempo que facilita a transferibilidade de conhecimentos entre as equipes de saúde e contribui para o avanço da profissão de enfermagem como um todo.

Em alinhamento com o enunciado, pelo reconhecido potencial de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, surge como oportunidade impar a participação no 3rd Curso da *Joanna Briggs Institute - Evidence Implementation Training Program*, no início do segundo semestre do 1º Ano do Curso de Mestrado, por convite e sob orientação da Professora Doutora Carminda Moraes. Este curso, sustentado na metodologia da JBI e tendo como objetivo preparar profissionais de saúde para promover a implementação de evidências e desenvolver conhecimentos e habilidades de gestão de mudanças e liderança clínica na prática de cuidados, proporcionou o desenvolvimento de um projeto de implementação inerente ao compromisso decorrente da participação no 3rd Curso, com o propósito de manter-se a continuidade desse projeto ao longo deste caminho formativo e profissional.

CAPÍTULO II. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS

1. CARATERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial, cuja sede se localiza na Estrada de Santa Luzia, no concelho de Viana do Castelo, é uma entidade pública de natureza empresarial, integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 183/2008, 2008).

Assegura a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população da região do Alto Minho, localizada no norte do país, com uma área de influência que corresponde ao distrito de Viana do Castelo, concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. A ULS do Alto Minho é composta por várias unidades destacando-se: Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima, Hospital Santa Luzia – Viana do Castelo e o Agrupamento de Centros de Saúde Alto Minho (ACES), atual Departamento dos Cuidados de Saúde Primários (DCSP), que engloba 12 Centros de Saúde distribuídos por áreas geográficas distintas e estratégicas do Distrito de Viana do Castelo.

A ULS do Alto Minho tem por missão proporcionar cuidados de saúde de qualidade, centrados no utente, assegurando a acessibilidade e a equidade na prestação desses cuidados. Assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência.

A visão da ULS do Alto Minho prende-se com ser uma referência na saúde, inovando e promovendo a formação contínua dos seus profissionais, de forma a garantir a satisfação dos utentes e a melhoria contínua dos serviços prestados. Vista como uma organização

otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito de Viana do Castelo, elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

Durante a execução de suas atividades, a ULS do Alto Minho e seus colaboradores são orientados pelos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.
- Tendo como objetivos bem definidos:
- Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do SNS.

Tal como referido, os Centros de Saúde são unidades funcionais integradas nesta ULS, desempenhando um papel fundamental, pois garantem que a população tenha acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, promovendo a saúde e prevenindo doenças, além de integrar e coordenar os diferentes níveis de cuidados de saúde de forma eficiente.

O Programa do XVII Governo Constitucional, nos anos de 2005 a 2009, reconheceu esta importância atribuída aos cuidados de saúde primários definindo-os como o pilar central do sistema de saúde, com os centros de saúde a constituírem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, com funções importantes de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Deste contexto, resultou o Decreto-Lei nº 28/2008 (2008) que inclui a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde, como serviços descentralizados da respetiva

Administração Regional de Saúde I.P. (ARS, I.P.) sendo “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (p. 1182), tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Define, também, que os centros de saúde assumem um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados primários, individualizados, personalizados e especializados nas quais estão integradas as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), incluindo também as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

Reconhece-se, assim, a importância que os Centros de Saúde têm no seio da população e no trabalho desenvolvido junto das pessoas e famílias, onde se destacam pelos seguintes motivos:

- Acesso primário à saúde: como primeira linha de atendimento para a população, facilitando o acesso da pessoa e família aos cuidados de saúde essenciais, incluindo cuidados especializados;
- Prevenção e promoção da saúde: focam na prevenção de doenças e na promoção da saúde, contribuindo para a redução da incidência de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis na população;
- Gestão de doenças crônicas: essenciais na gestão de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, entre outras, com acompanhamento contínuo e personalizado;
- Descentralização dos serviços de saúde: disponibilizando serviços de saúde em várias localidades, reduzindo a sobrecarga dos hospitais e garantindo que as pessoas e famílias possam receber cuidados próximos às suas residências;
- Integração com outros serviços de saúde: atuam de forma integrada com outros níveis de cuidados, como hospitais e unidades especializadas, facilitando a referência dos

utentes e garantindo uma continuidade nos cuidados, tornando-os mais eficientes e coordenados;

- Atendimento personalizado e comunitário: estarem inseridos nas comunidades, podem oferecer um atendimento mais personalizado, de acordo com as características e necessidades específicas da população local;

- Redução de internamentos hospitalares: ao prevenir e controlar doenças de forma eficaz, contribuem para a redução do número de internamentos hospitalares, otimizando os recursos disponíveis.

- Educação e capacitação: desempenham um papel educativo, capacitando as pessoas e famílias na (auto)gestão da sua própria saúde, promovendo a autonomia, o empoderamento e a literacia em saúde da população.

1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO DO ALTO MINHO

No Alto Minho, a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população é garantida pelo seu Agrupamento de Centros de Saúde, pertencente à ULS do Alto Minho, E.P.E., constituído por 12 centros de saúde, num total de 37 Unidades funcionais, distribuídas segundo a Tabela 1.:

Tabela 1. - Unidades Funcionais da ULS do Alto Minho, E.P.E.

Unidades Funcionais	Número Atual
Unidades de Saúde Familiares Modelo B	7
Unidades de Saúde Familiares Modelo A	9
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	8
Unidades de Cuidados na Comunidade	12
Unidade de Saúde Pública	1

A área de influência da ULS do Alto Minho, cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. O território abrangido tem uma superfície de 2.219 Km² e uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais jovens, com menos de 15

anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, segundo os resultados provisórios dos Censos 2021, recentemente divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística. A região do Alto Minho apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando cerca de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Simultaneamente, apresenta um índice de envelhecimento, referente ao número de idosos por cada 100 jovens, de 252, sendo que o número de indivíduos em idade ativa por idoso fica-se pelos 2,2, num universo de 90.855 famílias (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Assim, do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo é um dos distritos mais 3 envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021, valor superior ao da Região Norte (184%) e ao de Portugal (182,7%), segundo dados dos Censos 2021 (Portugal, 2022).

1.2. PERFIL DE SAÚDE E PLANO LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

O Plano Local de Saúde (PLS) é um instrumento estratégico de planeamento em saúde que visa identificar, priorizar e responder às necessidades de saúde específicas de uma determinada população local e definir o perfil de saúde dessa mesma população. Em Portugal, este plano é elaborado com base na análise epidemiológica e nas características demográficas, sociais e económicas da região, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da comunidade de forma equitativa e eficiente.

No processo de construção e implementação dos PLS, a sua monitorização e avaliação, são da responsabilidade das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde da Região Norte coordenam, desde 2011. Neste momento, todos os ACES/ULS da região Norte possuem um PLS com um diagnóstico da situação de saúde atualizado, permitindo identificar as principais necessidades de saúde da população, a definição de objetivos de saúde e recomendações para uma intervenção intersectorial. A implementação dos PLS tem decorrido de uma forma individualizada, quer pelos serviços de saúde, quer pelos parceiros externos e internos ao setor da saúde, tendo como meta a melhoria do estado de saúde e bem-estar das populações e a redução das desigualdades em saúde. O PLS prevê a implementação local de estratégias de saúde aos vários e diferentes níveis de prevenção, incluindo a prevenção quinquenária. Após a deteção prévia dos problemas de saúde com maior relevância na população do Alto Minho, o programa procedeu a uma revisão da priorização desses problemas de saúde,

utilizando como principais critérios de hierarquização a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade e o prognóstico (evolução prevista dos problemas de saúde até 2020). Dessa priorização resultou a seguinte seleção de problemas de saúde prioritários: Doenças cérebro-cardiovasculares; Tumores malignos; Doença crónica do fígado e cirrose; Diabetes mellitus; Perturbações depressivas e suicídio; Doença pulmonar obstrutiva crónica.

A priorização participada destes problemas de saúde da população do Alto Minho, baseada na análise pormenorizada dos indicadores que medem os problemas de saúde, permitiu identificar as necessidades de saúde que deles decorrem. Neste contexto, o processo de construção do PLS do Alto Minho, teve por base toda a informação disponível sobre mortalidade, morbilidade e determinantes de saúde, onde, dos problemas de saúde enumerados, emergem necessidades de saúde decorrentes dos mesmos, considerando como necessidade de saúde a diferença entre o estado de saúde atual da população e o estado de saúde desejado e considerado como ideal (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Todos estes desenvolvimentos têm como principais objetivos:

- Melhoria da Saúde Pública: promover a saúde e prevenir doenças através de intervenções baseadas em evidências;
- Equidade em Saúde: garantir que todos os grupos populacionais, especialmente os mais vulneráveis, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- Eficiência dos Serviços de Saúde: otimizar a utilização dos recursos disponíveis e melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.
- Participação Comunitária: envolver a comunidade no processo de planeamento e implementação das ações de saúde, promovendo a responsabilidade coletiva e o empoderamento dos cidadãos.

Assim, o PLS, nomeadamente do Alto Minho, é uma ferramenta crucial, quer para determinar e definir o perfil de saúde da população que abrange quer para a gestão e melhoria contínua dos cuidados de saúde a nível local, permitindo uma abordagem adaptada às necessidades específicas de cada comunidade, e promovendo uma saúde pública mais justa, eficaz e sustentável.

2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O contexto da prática clínica é um local privilegiado para a implementação de ações e atividades enquadradas que contribuem para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, sustentadas num quadro teórico estruturado e numa aprendizagem autónoma concretizada sob supervisão que preconizam, simultaneamente, o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A realização do Estágio de Natureza Profissional, inserido num determinado contexto, com as suas especificidades e características próprias, apresenta-se como uma oportunidade ímpar de partilha de diferentes saberes, de uma continua reflexão crítica da prática clínica e do desenvolvimento de competências especializadas de forma colaborativa e integrada. Segundo Leonello, Vieira e Duarte (2018), só através da caracterização efetiva dos contextos da prática clínica é que a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas é possível, como o conjunto articulado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver, saber ser, saber transformar e transformar-se). Assim, é fundamental e necessário identificar esses saberes a partir das ações da prática profissional para que se possa atingir o nível de desempenho adequado às circunstâncias, reconhecido na presença de um conjunto de relações que suportam um exercício competente da profissão, manifestado na ação e na situação (Alarcão, citado em Pires, 2002). Daí a valorização da realização dos estágios, nomeadamente os de natureza profissional, responsáveis por proporcionarem experiências, vivências, conhecimento e competências com impacto positivo para todos os intervenientes (Nightingale *et al.*, 2020).

2.1. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE DARQUE

O Centro de Saúde de Darque (CSD), instituição de saúde pertencente ao ACES e à ULS do Alto Minho, situa-se na freguesia de Darque, no concelho de Viana do Castelo, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados de saúde primários à população local, garantindo o acesso a serviços médicos e de enfermagem de qualidade. É composto por diversas unidades funcionais, onde se incluem a USF Arquis Nova que engloba a sede e o Pólo de Castelo do Neiva, a UCSP de Darque que inclui a sede e as

Extensões de Saúde de Chafé, Geraz do Lima, Vila Franca e Vila Nova de Anha, a UCC de Darque que integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e a Unidade de Serviços e Apoio Geral (USAG), cada uma delas equipada para responder eficientemente às necessidades dos utentes.

O Centro de Saúde de Darque, nomeadamente, as unidades funcionais que o compõe, presta cuidados de saúde personalizados e especializados a utentes de várias freguesias da margem sul do rio Lima e localidades vizinhas, dando, também, resposta a utentes de todos os concelhos da área de influência do ACES Alto Minho inscritos nas unidades funcionais e dependendo das políticas de abrangência e da necessidade dos utentes. Compreende uma área geográfica caracterizada por uma combinação de zonas urbanas e rurais, abrangendo uma população diversificada em termos socioeconómicos e demográficos, num total de 26517 utentes divididos pelas unidades funcionais existentes. É uma instituição composta por uma equipa multiprofissional, dividida por categorias profissionais diferentes, mas complementares: enfermeiros, médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica, com valências como apoio social e nutrição. Está aberto ao público de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, proporcionando um horário alargado para atender às necessidades da população. Este horário flexível permite que os utentes possam agendar consultas e atos em horários convenientes e de acordo com as disponibilidades existentes.

2.1.1. Caracterização e Contextualização da Unidade de Saúde Familiar Arquis Nova

A USF Arquis Nova, tal como descrito, é uma unidade funcional integrante do Centro de Saúde de Darque, onde decorre o desenvolvimento do estudo empírico 1 apresentado posteriormente. Iniciou funções como uma USF modelo A em janeiro de 2011, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais. Recentemente, em janeiro de 2024, mediante o Decreto-Lei de novembro de 2023 (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023), pretendia-se que iniciasse funções como uma USF modelo B, alteração que não se verificou e que, atualmente, se encontra num processo de mudança estrutural e organizacional. A USF Arquis Nova presta cuidados de saúde, individuais e familiares, a utentes da área geográfica e das freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Darque, dando resposta aos utentes inscritos na referida unidade e a outros que se caracterizam como migrantes, esporádicos ou sem

médico de família atribuído. É uma unidade funcional constituída por uma equipa multiprofissional de dezanove elementos, divididos por três categorias profissionais: sete médicos, sete enfermeiros e cinco secretários clínicos, prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adaptados às características e necessidades da população, próxima das famílias e dos utentes, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos seus profissionais de saúde.

A USF Arquis Nova orienta, assim, toda a sua atividade e os cuidados que presta sustentados num conjunto de valores, descritos no Regulamento Interno da USF Arquis Nova, dos quais se destacam:

- Conciliação: assegurando a prestação de cuidados de saúde personalizados e especializados, com eficiência e qualidade;
- Cooperação: exigindo de toda a equipa multiprofissional que a constitui a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade, da qualidade e da continuidade dos cuidados prestados;
- Solidariedade: assumindo que cada elemento da equipa garanta o cumprimento das obrigações e intervenções dos demais elementos de cada grupo profissional;
- Autonomia: assentando na sua auto-organização funcional e técnica, com vista ao cumprimento do plano de ação;
- Articulação: estabelecendo ligação entre a atividade desenvolvida pela USF e as outras unidades funcionais do Centro de Saúde de Darque;
- Avaliação: sendo objetiva e permanente, visando a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- Gestão participativa: a adotar pela equipa multiprofissional para melhorar o seu desempenho e aumentar a satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico (Decreto-Lei 298/2007, 2007).

Segundo os dados relativos a outubro de 2023, a USF Arquis Nova apresenta um Índice de Desempenho Global (IDG) de 56,40%. Este valor é relativo à avaliação qualitativa e quantitativa da unidade funcional de acordo com os indicadores contratualizados

anualmente com o ACES, pretendendo que a análise periódica e sustentada deste índice se traduza no desenvolvimento e melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados contribuindo para ganhos em saúde. De acordo com os mesmos dados, a USF Arquis Nova tem 10073 utentes inscritos, correspondendo a 13400,50 unidades ponderadas, destacando-se 5398 (53,59%) do sexo feminino e 4675 (46,41%) do sexo masculino. De acordo com o DL 298/2007, os utentes estão distribuídos segundo os grupos etários apresentados na Tabela 2, incluindo também as unidades ponderadas a que correspondem.

Tabela 2. - Distribuição dos utentes inscritos na USF Arquis Nova por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP)

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	254	266	520	780,00
07 – 64 Anos	3374	3732	7106	7106,00
65 – 74 Anos	548	658	1206	2412,00
≥ 75 Anos	499	742	1241	3102,50

Para uma caracterização mais detalhada da população inscrita na USF Arquis Nova apresenta-se a Figura 2., disponível na plataforma informática do SNS – Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), onde está incluída informação específica e mais completa. Esta caracterização contribuiu para orientar a tomada de decisão relativamente ao projeto de implementação a desenvolver, nomeadamente à metodologia a adotar face às especificidades dos utentes que foram integrados no mesmo.

Figura 3. - Pirâmide etária e caracterização da população da USF Arquis Nova



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Perante os dados apresentados na pirâmide etária da Figura 3, percebe-se que na USF Arquis Nova, os 10073 utentes inscritos estão atribuídos ao médico e enfermeiro de família (100%), distribuídos por 7 equipas de saúde familiar organizados em duas estruturas físicas, a sede da unidade funcional e o pólo de Castelo do Neiva. Da população inscrita, o número de crianças com menos de um ano é de apenas 67 (0,66%) e os idosos com idade superior a 65 anos são 2447 (24,29%) e desses, com idade superior a 95 anos são 25 (0,25%). O índice de dependência total da população inscrita na USF situa-se nos 58,98%, dos quais 38,62% corresponde à dependência da população idosa. Analisando estes dados, pode-se concluir que a USF Arquis Nova presta cuidados a uma população bastante envelhecida, de acordo com os dados já apresentados em que caracteriza, do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021 (Portugal, 2022).

Tal envelhecimento populacional contribui para o aumento da prevalência da doença crónica e das comorbilidades a ela associadas, percebendo que, por exemplo, pelos dados atualizados do Mimufe-norte (plataforma informática), o número de utentes com diabetes, inscritos e vigiados nesta unidade funcional, é de 1075, incluídos num total de 4077 famílias.

2.1.2. Caracterização e Contextualização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Darque

A UCSP de Darque é uma unidade funcional integrante do Centro de Saúde de Darque, onde decorre o desenvolvimento do estudo empírico 1 apresentado posteriormente. Iniciou funções em março de 2007, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais. A UCSP de Darque presta cuidados de saúde, individuais e familiares, a utentes da área geográfica e das freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Darque, dando resposta aos utentes inscritos na referida unidade e a outros que se caracterizam como migrantes, esporádicos ou sem médico de família atribuído. É uma unidade funcional constituída por uma equipa multiprofissional de 35 elementos, divididos por três categorias profissionais: doze médicos, doze enfermeiros e onze secretários clínicos, prestadora de cuidados de saúde primários adaptados às características e necessidades da população, próxima das famílias e dos utentes.

A UCSP de Darque orienta a sua atividade e os cuidados que presta com base na missão traduzida pelo Ministério da Saúde onde define e conduz a política nacional de saúde, garantindo a aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados. Salientando, também, que o Estado assegura o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de saúde (SNS), que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do ministério da Saúde, tal como descrito na Carta de Compromisso da unidade funcional.

Segundo os dados relativos a outubro de 2023, a UCSP de Darque apresenta um IDG de 78,80%. De acordo com os mesmos dados, a UCSP de Darque tem 16444 utentes inscritos, correspondendo a 21905,50 unidades ponderadas, destacando-se 8406 (51,12%) do sexo feminino e 8038 (48,88%) do sexo masculino. De acordo com o Decreto-Lei 298/2007 (2007), os utentes estão distribuídos segundo os grupos etários apresentados na Tabela 3, apresentando também as unidades ponderadas a que correspondem.

Tabela 3. - Distribuição dos utentes inscritos na UCSP de Darque por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP)

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	450	454	904	1356,00
07 – 64 Anos	5774	5715	11489	11489,00
65 – 74 Anos	1024	1110	2134	4268,00
≥ 75 Anos	790	1127	1917	4792,50

Para uma caracterização mais detalhada da população inscrita na UCSP de Darque apresenta-se a Figura 4., disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP, onde está incluída informação específica e mais completa. Esta caraterização contribuiu para orientar a tomada de decisão relativamente ao projeto de implementação a desenvolver, nomeadamente à metodologia a adotar e às especificidades dos utentes que foram integrados no mesmo.

Figura 4. - Pirâmide etária e caracterização da população da UCSP de Darque



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Perante os dados apresentados na pirâmide etária da Figura 4, percebe-se que na UCSP de Darque, dos 16444 utentes inscritos, existe um grupo relevante, de 526 utentes, que se encontram sem médico e enfermeiro de família (3,20%), estando 15918 utentes atribuídos ao médico e enfermeiro de família (96,80%), distribuídos por 12 equipas de saúde familiar organizados em duas estruturas físicas, a sede da unidade funcional e as 4 extensões de saúde existentes: Chafé, Geraz do Lima, Vila Franca e Vila Nova de Anha. Da população inscrita, o número de crianças com menos de um ano é de 113 (0,69%) e os idosos com idade superior a 65 anos são 4051 (24,64%) e desses, com idade superior a 95 anos são 35 (0,21%). O índice de dependência total da população inscrita na UCSP situa-se nos 58,50%, dos quais 39,05% corresponde à dependência da população idosa. Analisando estes dados, pode-se concluir que a UCSP de Darque, tal como as unidades funcionais caracterizadas anteriormente, presta cuidados a uma população bastante envelhecida, de acordo com os dados que caracterizam, do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021 (Portugal, 2022). Este índice de dependência da população idosa associado ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento populacional condiciona o aparecimento da doença crónica e das comorbilidades a ela associadas, percebendo que, por exemplo, pelos dados atualizados do Mimufe-norte (plataforma informática), o número de utentes com diabetes, inscritos e vigiados nesta unidade funcional, é de 1616, incluídos num total de 7414 famílias.

2.2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR TIAGO DE ALMEIDA

A Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida (USFTA), unidade funcional onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, incluindo o desenvolvimento do estudo empírico 2 apresentado posteriormente, pertencente à área de influência da ULS do Alto Minho e é parte integrante do ACES Alto Minho, inserida na ARS Norte. É uma unidade funcional do Centro de Saúde de Viana do Castelo, tendo iniciado funções como uma USF modelo B em novembro de 2013, com autonomia organizativa e funcional. A USFTA presta cuidados de saúde a utentes de todas as freguesias de Viana do Castelo, dando, também, resposta a utentes de todos os concelhos da área de influência do ACES Alto Minho inscritos na referida unidade. É uma unidade funcional constituída por uma equipa multiprofissional de dezasseis elementos, divididos por três categorias profissionais: seis médicos, seis enfermeiros e quatro secretários clínicos.

Segundo os dados relativos a outubro de 2023, a USFTA apresenta um IDG de 45,7%. Este valor é relativo à avaliação qualitativa e quantitativa da unidade funcional de acordo com os indicadores contratualizados anualmente com o ACES, pretendendo que a análise periódica e sustentada deste índice se traduza no desenvolvimento e melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados contribuindo para ganhos em saúde. De acordo com os mesmos dados, a USFTA tem 9787 utentes inscritos, destacando-se 2291 utentes idosos, com mais de 65 anos, tal como apresentado na Tabela 4.

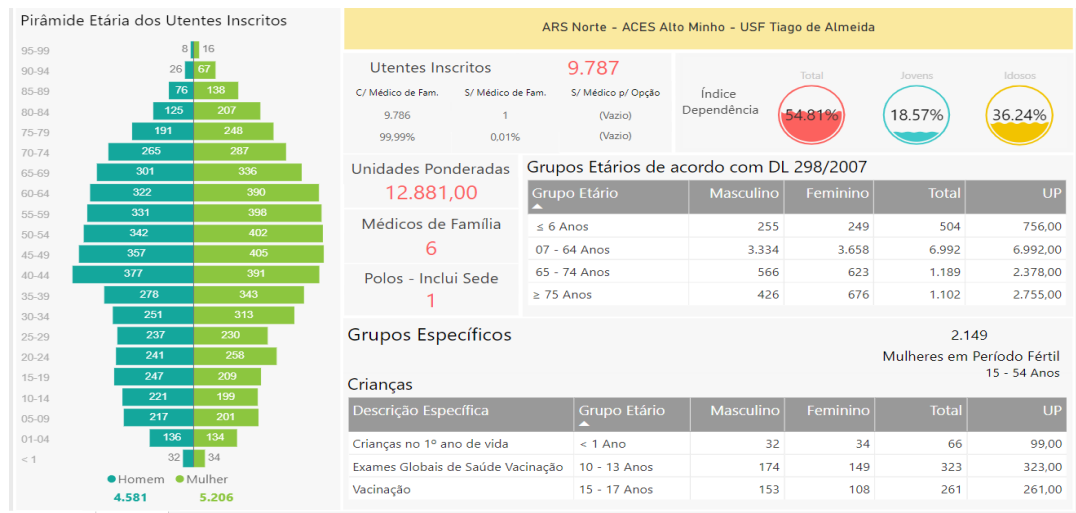
Tabela 4. - Distribuição dos utentes inscritos na USFTA por grupos etários, sexo e unidades ponderadas (UP)

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	255	249	504	756,00
07 – 64 Anos	3334	3658	6992	6992,00
65 – 74 Anos	566	623	1189	2378,00
≥ 75 Anos	426	676	1102	2755,50
			2291	

Para uma caracterização mais detalhada da população inscrita na USFTA apresenta-se a Figura 1., disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP, onde está incluída

informação específica e mais completa. Esta caracterização contribuiu para orientar a tomada de decisão relativamente ao estudo de investigação a desenvolver, nomeadamente à metodologia a adotar e às especificidades das famílias e das pessoas que foram integrados no mesmo.

Figura 5. - Pirâmide etária e caracterização da população da USFTA



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Perante os dados apresentados na pirâmide etária da Figura 5, percebe-se que na USFTA, dos 9787 utentes inscritos, apenas 1 se encontra sem médico e enfermeiro de família (0,01%), estando 9786 utentes atribuídos ao médico e enfermeiro de família (99,99%), distribuídos por 6 equipas de saúde familiar organizados numa única estrutura física, a sede da unidade funcional. Da população feminina inscrita, 2.149 mulheres estão em idade fértil (15-54 anos), 21,96% do total da população inscrita na USFTA. O número de crianças com menos de um ano é de apenas 66 e os idosos com idade superior a 65 anos são 2291 e desses, com idade superior a 95 anos são 24. Analisando estes dados, pode-se concluir que a USFTA presta cuidados a uma população bastante envelhecida, de acordo com os dados já apresentados em que caracteriza, do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021 (Portugal, 2022). Este índice de envelhecimento, acompanhado do aumento da esperança média de vida, contribuem para que se verifique um aumento de doenças crónicas associadas à idade avançada da população, aumentando simultaneamente as necessidades em cuidados de saúde. Segundo o descrito no PLS do Alto Minho – Extensão 2020 (Serviço Nacional de Saúde, 2023), os ACES/ULS da região

Norte possuem um PLS com um diagnóstico da situação de saúde atualizado, do qual resultou a seleção de problemas de saúde/doenças crónicas prioritárias: Doenças cérebro-cardiovasculares; Tumores malignos; Doença crónica do fígado e cirrose; Diabetes; Perturbações depressivas e suicídio e Doença pulmonar obstrutiva crónica. A USFTA não é exceção quando, após uma análise dos problemas de saúde mais comuns e diagnosticados aos utentes da unidade, compreende-se que coincidem maioritariamente com os descritos no PLS, segundo os dados apresentados na Tabela 5.:

Tabela 5. - Doenças Crónicas – Problemas, segundo Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) mais prevalentes na USFTA

Doença Crónica – Problemas ICPC						
ICPC Classificação Internacional de Cuidados Primários		Total Utentes		Utentes Idosos		
			TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
Endócrino, metabólico e nutricional	Excesso de peso / Obesidade	4388	5169	709	887	2068
	Diabetes	781		208	264	
Aparelho circulatório	Hipertensão	2220		634	762	1396
Psicológico	Perturbações depressivas	1350	2951	88	329	1006
	Distúrbio ansioso / Estado ansiedade	800		63	143	
	Perturbação sono	721		149	157	
	Demência	80		18	59	
Sistema músculo-esquelético	Osteoartrose	1075	1358	218	580	1028
	Osteoporose	283		15	215	
Aparelho respiratório	Rinite alérgica	511	1194	34	51	352
	Asma	425		37	54	
	DPOC	199		94	39	
	Bronquite crónica	59		26	17	
Neoplasias malignas	Mama	116	532	0	59	345
	Próstata	96		87	—	

	Pele	90		25	35	
	Cólon / Reto	78		32	26	
	Outros	152		49	32	

Fonte: ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários. Dados recolhidos no Mimuf em outubro de 2023

Concluir que a realização do Estágio de Natureza Profissional decorreu na USF Tiago de Almeida, no período compreendido entre outubro de 2023 a março de 2024, tendo como enfermeira tutora a Enfermeira Alexandrina Campos, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária, como enfermeira de referência a Enfermeira Sílvia Cardoso, Especialista em Enfermagem Comunitária e sob orientação da Professora Doutora Carminda Moraes.

CAPÍTULO III. ESTUDOS EMPÍRICOS

1. ESTUDOS EMPÍRICOS

O estudo empírico, visto como um método científico baseado em evidências concretas e em dados observáveis e mensuráveis, baseia-se na observação direta ou na experiência prática envolvendo a recolha de dados reais, através de metodologias capazes de validarem hipóteses ou responder a questões de investigação (Prodanov & Freitas, 2013). Percebe-se que, através da observação direta e da análise de dados subjacente, consegue-se qualificar ou quantificar determinados fenómenos, que possam contribuir para o aumento e robustez do conhecimento no âmbito de determinada área de atuação, nomeadamente da área da Enfermagem de Saúde Familiar. Os estudos empíricos são, assim, essenciais e capazes de fornecerem evidências concretas e verificáveis que podem ser utilizadas para fundamentar teorias, políticas ou práticas.

1.1. ESTUDO 1: CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA, DAS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORES PRÁTICAS

1.1.1. METODOLOGIA

A metodologia, enquanto um elemento principal do estudo empírico, direcionado para a planificação da investigação, consiste segundo Fortin (2009), “em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação...” (p. 53). Ou seja, procura-se delinear o percurso metodológico detalhado que orienta o estudo empírico podendo tornar-se na fase mais complexa na elaboração de um projeto de investigação, requerendo uma descrição clara e precisa de como a investigação é encaminhada e a justificação para a escolha dos procedimentos que a compõe.

1.1.1.1. Justificação da Problemática

A Diabetes Mellitus (DM), como algumas doenças crónicas não transmissíveis, é assintomática, conformando um risco acrescido de complicações a longo prazo. Neste contexto, a gestão da doença é um constante desafio. Contudo, gestão eficaz da doença não é passível de ser conseguida apenas com a supervisão dos profissionais de saúde (Alves *et al.*, 2018). O controlo da doença passa não só pela aquisição e aprofundamento de conhecimentos específicos na área da DM, mas também na capacidade das pessoas

estabelecerem os seus próprios objetivos e metas. A pessoa portadora de diabetes assume, assim, um papel central na autogestão do processo saúde-doença, no sentido de evitar e/ou atrasar as complicações agudas e crónicas, particularmente no que respeita à autorregulação da dieta, à necessidade da monitorização dos níveis de glicemia, à prática de exercício físico, ao cumprimento da terapêutica medicamentosa, ao cuidado diário e vigilância dos pés, entre outros, suscetíveis de serem percebidos como fatores causadores de stress e condicionantes de várias dimensões da vida quotidiana pública e privada. Aos profissionais de saúde compete a facilitação para que este autocuidado seja cada vez mais eficaz.

Face aos indicadores epidemiológicos atuais, urge que as práticas clínicas sejam (re)orientadas com base em lógicas colaborativas, de modo a capacitar as pessoas com DM para a tomada de decisão e controlo dos hábitos de vida e comportamentos de saúde mais adequados à sua situação (Funnel & Anderson, 2004). Neste contexto, as práticas clínicas devem assumir um cariz interativo e multidirecional, tomando como base os valores, os princípios, a cultura, as subjetividades a par com as dimensões antropobiológica e fisiopatológicas inerentes ao processo de cuidado humano, neste caso, às pessoas com DM e as suas famílias. Mais do que adaptar as pessoas à sua doença, importa tomar as pessoas como parceiras de cuidados, potenciar os seus recursos endógenos e exógenos, de modo a fazer face à gestão desta doença de cariz crónico e complexo (Funnel & Anderson, 2004; Anderson, & Funnell, 2010), acompanhado de uma (re)organização de serviços e práticas clínicas.

Nesta medida, a gestão eficaz da diabetes não pode ser assegurada apenas com a supervisão dos profissionais de saúde (International Diabetes Federation, 2021; Alves *et al.*, 2018). Depende, em grande medida, da eficácia dos processos de autogestão e, neste sentido, implica a já referenciada reorientação das práticas clínicas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros (International Diabetes Federation, 2021; Jing *et al.*, 2018), com a autogestão como enfoque central.

A autogestão transcende amplamente a aquisição e aprofundamento de conhecimentos específicos na área da diabetes, passando pela consciência crítica da necessidade de mudança e pela capacidade das pessoas definirem as suas próprias metas e objetivos (Ferreira *et al.*, 2023).

Com base nestes pressupostos, assente no modelo *Evidence Implementation* da JBI, visa-se desenvolver um projeto piloto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da promoção da autogestão de pessoas com doença crónica, particularmente de pessoas com diabetes tipo 2. Para o efeito, parte-se da análise das práticas clínicas comparativamente com melhor evidência científica produzida e identificam-se os desvios e as conformidades, para posteriormente, com a equipa (co)construir, implementar e avaliar o plano de melhoria. Importa referir que a abordagem metodológica proposta é uma prática recente, pelo que os desenvolvimentos subjacentes a este projeto e sua implementação resultam da articulação com a JBI, Portugal.

A melhor evidência disponível no âmbito da autogestão (Magtoto, 2023) aponta para um conjunto de medidas que consubstanciaram a delimitação dos (onze) critérios de auditoria definidos pela JBI que, em resultados da sua aplicabilidade em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, se restringiram a nove, implicando o envolvimento de utentes, famílias e enfermeiros, a saber:

- Identificação das pessoas com capacidade de autogestão;
- Necessidades de suporte, estilos de vida, fatores sociais e psicológicos;
- A autogestão é consensualizada e orientada para o incentivo à monitorização de sinais e sintomas, gestão terapêutica, contratualização de metas e objetivos;
- Referenciação para recursos externos de apoio e capacitação;
- Coordenação de serviços de apoio e acompanhamento dos utentes;
- Negociação e apoio à definição de metas e objetivos verificados e autopercebidos;
- Monitorização da implementação do plano de autogestão com identificação/gestão das barreiras à consecução dos objetivos dos utentes com diabetes tipo 2;
- Formação específica dos enfermeiros no âmbito da autogestão.

Reconhecendo o potencial transformador de lógicas desta natureza, procura-se, deste modo, que os percursos formativos, designadamente ao nível de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, se (re)configurem e adequem, a partir dos contextos de prática clínica e se traduzam na diferenciação dos

mesmos, pela qualidade e pela maximização do potencial humano dos profissionais de saúde.

1.1.1.2. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

A questão de investigação e os objetivos do estudo são definidos face ao contexto escolhido e descrito, face à metodologia adotada e face à justificação da problemática que se pretende investigar.

Considerando a problemática escolhida e de acordo com a metodologia adotada, focada para o problema da prática clínica, para a avaliação constante de todo o processo, para o contexto e os líderes da prática onde se desenvolve o projeto, formula-se a seguinte questão de investigação: “As práticas, dos enfermeiros da UCSP e da USF do CS Darque, no âmbito da promoção da autogestão das pessoas com diabetes tipo 2 estão em conformidade com a melhor evidência?”

Em alinhamento com a questão de partida e entendendo que a definição dos objetivos é fundamental para o desenvolvimento e o percurso de todo o projeto de implementação, definiu-se como objetivo geral:

- Promover a Prática Baseada na Evidência, relacionada com a promoção da autogestão da diabetes tipo 2 em utentes inscritos nas duas unidades funcionais, USF e UCSP, do Centro de Saúde de Darque.

E como objetivos específicos:

- Avaliar a disponibilidade do contexto para a implementação da mudança e do projeto de intervenção;
- Determinar e analisar a conformidade atual dos cuidados com os critérios baseados em evidências, relativamente à promoção da autogestão da diabetes tipo 2;
- Identificar barreiras à implementação da melhor evidência e facilitadores para a mudança;
- Promover a consciencialização e o conhecimento, da equipa, sobre as melhores práticas a desenvolver nas unidades funcionais, USF e UCSP, do Centro de Saúde de Darque, de acordo com as normas descritas;

- Incrementar a conformidade da prática com a melhor evidência disponível relativa à promoção da autogestão da diabetes tipo 2;
- Reavaliar a conformidade das práticas com a melhor evidência após a implementação das estratégias de facilitação da mudança;
- Desenvolver um plano de sustentabilidade da mudança.

1.1.1.3. Tipo de Estudo

Este estudo, no âmbito da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar prestados à pessoa com Diabetes tipo 2 e família, reveste-se de um carácter de investigação-ação (Vilelas, 2020), como um método participativo, reflexivo e analítico, na perspetiva da (co)construção de todo o processo de implementação e da sustentabilidade do mesmo. Do ponto de vista de paradigma, assenta no paradigma quantitativo.

1.1.1.4. População Alvo e Amostra do Estudo

O contexto do projeto de implementação a realizar é o CS Darque, incluindo duas das suas unidades funcionais: USF Arquis Nova e UCSP de Darque. A população em estudo pressupõe os enfermeiros da equipa de enfermagem do CS Darque, que integram as duas unidades funcionais mencionadas e os utentes com Diabetes tipo 2 inscritos nas mesmas. A amostra, como parte integrante desta população selecionada, define-se após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Definiram-se como critérios de inclusão:

- Utentes com diabetes tipo 2, inscritos nas duas unidades funcionais mencionadas e com contacto ativo no último ano;
- Enfermeiros da USF Arquis Nova e da UCSP de Darque.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos:

- Utentes com diabetes tipo 2 com cuidador informal;
- Enfermeiros da USF Arquis Nova e da UCSP de Darque que integram a equipa de investigação.

1.1.1.5. Instrumento de Recolha de Dados

Os instrumentos de recolha de dados são essenciais para garantir a qualidade e a credibilidade dos dados obtidos. A escolha adequada do instrumento e a sua correta aplicação permitem aos investigadores e profissionais obterem informações precisas e relevantes, que são fundamentais para a tomada de decisões informadas, formulação de políticas e desenvolvimento de novos conhecimentos. Um instrumento de recolha de dados é uma ferramenta indispensável, ajudando a obter e sistematizar dados de forma estruturada, eficaz e eficiente.

Para este estudo, o instrumento de recolha de dados a aplicar e que melhor se adequa a esta investigação, respeitando o anonimato dos participantes, é uma grelha de auditoria construída, segundo os nove critérios pré-definidos e incluídos na metodologia da JBI e que inclui:

- Registos Documentais: com análise documental dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos utentes com diabetes tipo 2 seguidos em consultas de vigilância, selecionados aleatoriamente (critérios 1, 3, 4, 6, 7 e 9);
- Questionários: aos enfermeiros incluídos no estudo (critério 2) e aos utentes com diabetes tipos 2 seguidos em consultas de vigilância (critérios 5 e 8).

A operacionalização detalhada dos critérios incluídos na grelha de auditoria encontra-se em anexo (Apêndice I).

1.1.1.6. Procedimento de Recolha de Dados

Atendendo aos objetivos delineados e ao paradigma assumido, este estudo de investigação implica um trabalho por fases de acordo com a metodologia adotada pela JBI:

- 1ª fase: Auditoria de *baseline*, com apresentação e análise dos resultados com a equipa de enfermagem do CS Darque (USF Arquis Nova e da UCSP de Darque);
- 2ª fase: (Co)construção e implementação do plano de melhoria;
- 3ª fase: Auditorias de *follow-up*, com apresentação e análise dos resultados com a equipa de enfermagem do CS Darque (USF Arquis Nova e da UCSP de Darque).

O número de auditorias realizadas é determinado pela conformidade obtida dos critérios auditados e incluídos na grelha de auditoria, nos termos propostos pela JBI (2021). A saber:

- Auditoria de 3 em 3 meses, para critérios com conformidade inferior a 50%;
- Auditoria de 6 em 6 meses, para critérios com conformidade entre 50% e 80%;
- Auditoria de 12 em 12 meses, para critérios com conformidade entre 80% e 100%.

1.1.1.7. Procedimentos Formais e Éticos

Os enfermeiros investigadores têm responsabilidade profissional acrescida de “conduzir a investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os seres humanos” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 57). Tendo em conta o descrito por estes autores e seguindo as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), foram considerados, ao longo da realização deste estudo, os princípios éticos e deontológicos, garantindo o anonimato, a privacidade e confidencialidade dos dados a recolher, de acordo com os princípios da autonomia, da não maleficência e da beneficência e da justiça.

Foi submetida a autorização para a realização deste estudo à Comissão de Ética para a Saúde da ULS do Alto Minho, tendo sido cedida a mesma em maio de 2023 como consta no Anexo I. Garante-se que todos os dados obtidos só serão de acesso e análise apenas aos investigadores envolvidos no estudo, sem qualquer registo que permita a identificação da amostra. O material recolhido fica na estrita posse da investigadora principal e será destruído imediatamente após defesa de provas públicas. Pretende-se que a confidencialidade dos dados seja rigorosamente respeitada tal como salvaguardar que o acesso aos resultados obtidos seja somente utilizado para fins de investigação.

1.1.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este estudo e todos os dados obtidos sustentam-se no modelo da JBI, *Evidence Implementation*, de acordo com as fases do processo de implementação da evidência anteriormente apresentado na Figura 2 (Porrit *et al.*, 2020). Este modelo tem a particularidade de recorrer a auditorias que incidam sobre as práticas e ao feedback dos resultados dessas auditorias para promover mudanças nos cuidados de saúde/práticas baseadas na melhor evidência disponível. Os dados dos resultados obtidos são

introduzidos e codificados em base informática recorrendo ao *Excel* e ao *RStudio*, para o tratamento dos mesmos.

De salientar a opção em desenvolver o trabalho nas duas Unidades Funcionais do CS de Darque, a UCSP de Darque e a USF Arquis Nova, que gozam de autonomia organizativa e funcional que traduzem dinâmicas próprias e distintas. Esta opção, muito refletida, teve por base o reconhecido esforço das equipas de enfermagem em se aproximarem, minimizando as dissonâncias como uma das consequências mais difíceis de gerir da reforma dos CSP, aquando a criação da USF e tendo sempre como foco o benefício para as pessoas com diabetes tipo 2 inscritas no CS de Darque e suas famílias e, ainda que de forma indireta, para o desenvolvimento das equipas de enfermagem.

Caracterizando os enfermeiros envolvidos neste estudo, por cada unidade funcional, percebe-se que na UCSP de Darque participaram 10 enfermeiros, sendo a maioria dos elementos da equipa do sexo feminino, 9 (90%) e 1 (10%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, metade dos elementos, 5 (50%), têm as suas idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, 4 (40%) deles estão situados entre os 50 e os 60 anos e apenas 1 (10%) com idade inferior a 40 anos de idade, com uma média de idades de 47,7 anos (desvio padrão de 5,56). Relativamente às habilitações literárias, 9 (90%) possuem licenciatura em enfermagem e 1 (10%) possui especialidade, como espelhado na Tabela 6.

Tabela 6. – Caracterização da equipa de enfermagem da UCSP de Darque

UCSP de Darque							
Variáveis	Categorias	Frequência		Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
		Absoluta N=10	Relativa (%)				
Sexo	Feminino	9	90	-----	-----	-----	-----
	Masculino	1	10				
	Outro	0	0				
Idade	<40	1	10	39	55	47,7	5,56
	[40,50[	5	50				
	[50,60[	4	40				
	≥60	0	0				
Habilitações Literárias	Licenciatura	9	90	-----	-----	-----	-----
	Especialidade	1	10				
	Mestrado	0	0				

Em relação à equipa de enfermagem da USF Arquis Nova, foram 5 os elementos incluídos no estudo. Todos eles são do sexo feminino (100,00%), estando 3 (60%) deles na faixa etária dos 40 aos 50 anos e 2 (40%) acima dos 60 anos de idade, sendo a média de idades de 51,8 anos (desvio padrão de 10,4). Em relação às habilitações literárias, a maioria da equipa, 4 (80%), tem o grau de licenciatura em enfermagem e 1(20%) tem o grau de mestrado, tal como apresentado na Tabela 7.

Tabela 7. – Caracterização da equipa de enfermagem da USF Arquis Nova

USF Arquis Nova							
Variáveis	Categorias	Frequência		Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
		Absoluta N=5	Relativa (%)				
Sexo	Feminino	5	100	-----	-----	-----	-----
	Masculino	0	0				
	Outro	0	0				
Idade	<40	0	0	42	64	51,8	10,4
	[40,50[	3	60				
	[50,60[	0	0				
	≥60	2	40				
Habilitações Literárias	Licenciatura	4	80	-----	-----	-----	-----
	Especialidade	0	0				
	Mestrado	1	20				

A apresentação e análise dos resultados será exposto mediante as diferentes fases do modelo da JBI para a implementação da evidência, por uma questão de facilitar a leitura e a sequência de todo o processo desenvolvido.

Pré-Planeamento

Fase 1: Identificação da área de prática para mudança

Esta fase foi baseada e construída tendo como linhas orientadoras a justificação da problemática do Estudo 1 apresentada no Capítulo III deste relatório, onde se inclui a questão de partida, cuja formulação assenta naturalmente nos pressupostos concetuais propostos pela JBI, no âmbito da *Evidence Implementation*.

Fase 2: Envolver agentes de mudança / equipa de projeto

A definição do tópico de interesse “capacitação para a autogestão da doença crónica”, direcionada, neste estudo, especificamente para as pessoas com diabetes tipo 2, resultou

do envolvimento da Enfermeira em Funções de Chefia e das Enfermeiras que integram os Conselhos Técnicos de ambas as unidades funcionais (UCSP e USF), de acordo com as prioridades estratégicas de cada unidade em particular.

O projeto foi apresentado e discutido, em reunião, com a Enfermeira Diretora da ULS do Alto Minho, que aprovou e incentivou a realização do mesmo, impulsionando o envolvimento da Enfermeira responsável pela parametrização dos Sistemas de Informação da instituição.

Surge, então, a constituição da Equipa de Projeto, uma equipa constituída por elementos de enfermagem do CS de Darque e da Unidade de Saúde Pública, integrando a coordenadora do projeto, que tinham em comum a motivação e o sentimento que a tomada de decisão clínica em enfermagem é uma área a investir, apesar das duas unidades, UCSP e USF, apresentarem cumprimento notório dos indicadores contratualizados. A constituição da equipa pressupõe a atribuição de responsabilidades consensualizadas como se reflete na Tabela 8. A “construção” desta equipa foi fundamental para os desenvolvimentos inerentes ao projeto, envolvendo e integrando os seus membros como (co)autores do mesmo, definidos como investigadores na informação enviada para parecer da Comissão de Ética para saúde da ULS do alto Minho.

Tabela 8. – Constituição da Equipa de Projeto e Respetivas Áreas de Responsabilidade

Equipa	Entidade de Origem	Domínios de Responsabilidade
Carmina Morais (Coordenação)	ESS – IPVC	Pesquisa Evidência Facilitadora
Luísa Pimenta (Co- coordenação)	USF Arquis Nova – ULS do Alto Minho Enfermeira ESS – IPVC (Mestrado EC-ESF)	Tratamento de Dados Redação Relatório Comunicação / Divulgação
Enfermeira em Funções de Chefia	UCC de Darque – ULS do Alto Minho Enfermeira em funções de chefia	Gestão do conhecimento e dos contextos Comunicação / Divulgação

Enfermeiras dos Conselhos Técnicos	UCSP de Darque – ULS do Alto Minho Enfermeira do Conselho Técnico USF Arquis Nova – ULS do Alto Minho Enfermeira do Conselho Técnico	Facilitadora Auditora Comunicação / Divulgação
Enfermeira da UCC	UCC de Darque – ULS do Alto Minho Especialista	Perita Externa Auditora Comunicação / Divulgação
Enfermeira responsável pela parametrização dos Sistemas de Informação	USP – ULS do Alto Minho Enfermeira	Desenvolvimento dos Sistemas de Informação / Parametrização Auditora Formação Comunicação / Divulgação
(Co)construção do plano de ação, implementação e avaliação		

Avaliação de base e planeamento da implementação

Fase 3: Avaliação do contexto e disponibilidade para a mudança

Nesta fase em particular, foi efetuado um diagnóstico da situação recorrendo a estratégias de cariz participativo que incluíram: análise documental, focus grupo com a equipa de projeto e reuniões com as equipas de enfermagem, das duas unidades funcionais envolvidas, para apresentação e debate da proposta do projeto de implementação. A adoção destes procedimentos permitiu garantir a certeza do acolhimento, recetividade, motivação e disposição para iniciar um processo rigoroso e sustentado de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com as pessoas com diabetes tipo 2 e suas famílias. Importante referir que, nesta fase, conseguiu-se perceber um estadio e uma dinâmica distintos entre as duas unidades funcionais, mediante a génese e os objetivos delineados por cada uma delas em particular. Enquanto que na UCSP já se denotava uma preocupação/desenvolvimentos com a tomada de decisão em enfermagem, nomeadamente no trabalho desenvolvido direcionado para cada programa de saúde existente, na USF os desenvolvimentos eram fortemente orientados para os indicadores contratualizados e definidos pela equipa multiprofissional.

Fase 4: Revisão da prática em relação a critérios baseados em evidência

Com esta revisão da prática, pressupôs-se a delimitação dos critérios a aplicar e a sua operacionalização em alinhamento com os pressupostos metodológicos do JBI e com a melhor evidência disponível no âmbito da autogestão preconizada no sumário de evidência (Magtoto, 2023). Dos onze critérios de auditoria definidos pela JBI foram selecionados nove, uma vez que dois deles não se ajustavam à realidade dos utentes, famílias, profissionais e nem com as práticas clínicas implementadas nas unidades envolvidas. Estes nove critérios implicam o envolvimento de todos os intervenientes, nomeadamente no que respeita a: identificação das pessoas com capacidade de autogestão; necessidades de suporte, estilos de vida, fatores sociais e psicológico; a autogestão é consensualizada e orientada para o incentivo à monitorização de sinais e sintomas, gestão terapêutica, contratualização de metas e objetivos; referenciação para recursos externos de apoio e capacitação; coordenação de serviços de apoio e acompanhamento dos utentes; negociação e apoio à definição de metas e objetivos verificados e autopercebidos; monitorização da implementação do plano de autogestão com identificação/gestão das barreiras à consecução dos objetivos dos utentes com diabetes tipo 2 e formação específica dos enfermeiros no âmbito da autogestão.

Admitindo que a observação direta seria a estratégia metodológica que provavelmente garantiria o acesso a informação mais próxima da realidade das práticas clínicas, tendo em conta as especificidades das unidades funcionais e por considerar maior adequação e respeito pela relação terapêutica estabelecida entre enfermeiros e utentes ao dos tempos, optou-se pela análise dos processos clínicos. Esta estratégia foi considerada para seis dos critérios. Ressalva-se que foi acordado manter o mesmo número de observações em cada um dos critérios em causa, por unidade funcional envolvida.

Os critérios a auditar e sua operacionalização, que inclui a amostra e a determinação da conformidade, constam nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9. – Critérios a auditar através dos processos clínicos

Critério a Auditar	Amostra	Determinação da Conformidade
1. Os utentes com diabetes tipo 2 são avaliados em relação à sua capacidade de autogestão.	Auditoria a 45 a 60 Processo de pessoas com Diabetes tipo 2: • 30 a 40 UCSP • 15 a 20 USF (3 a 4 processos auditados da lista de cada enfermeiro)	Sim – com todos os registos, exceto os não obrigatórios
3. A capacidade dos utentes, necessidades de suporte, fatores de estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados na atividade diagnóstica (AD) de autogestão.		Sim – com todos os registos, exceto os não obrigatórios e os opcionais
4. Utesntes com Diabetes tipo 2 que são capazes de se autogerir recebem educação sobre a sua condição de saúde, como monitorizar seus sinais e sintomas e como gerir o regime medicamentoso.		Sim – Sim, se, pelo menos, no critério 1 exista uma IE por DE ativado e no critério 3 exista uma IE do tipo "Instruir" e uma IE do tipo "Treinar"
6. Os enfermeiros organizam referências comunitárias adequadas para os utentes.		Sim - se, pelo menos, uma IE por DE ativado
7. Os enfermeiros coordenam os serviços requeridos pelos utentes.		Sim - se, pelo menos, uma IE por DE ativado
9. Utesntes com Diabetes tipo 2 que são capazes de se autogerir são acompanhados e monitorizados para rever o seu progresso.		Sim - se existir um RE com data de registo posterior ao DE relacionado

Legenda: RE - Registo de Enfermagem; IE - Intervenção de Enfermagem, DE - Diagnóstico de Enfermagem

Para os três restantes critérios, optou-se pela realização de questionários, direcionadas aos enfermeiros e aos utentes com diabetes tipo 2 acompanhados em consulta de enfermagem.

Tabela 10. – Critérios a auditar através de questionários

Critério a Auditar	Amostra	Estratégia
2. Os enfermeiros, têm formação para facilitar a autogestão e a mudança de comportamento.	Aplicação de questionário a 15 enfermeiros: • 10 UCSP • 5 USF	Questionários aos Enfermeiros
5. Os utentes com diabetes tipo 2 que são capazes de autogerir envolvem-se com os enfermeiros para definir e chegar a um acordo sobre as metas de saúde. 8. Os utentes com diabetes tipo 2 recebem suporte adequado para atingir os seus objetivos e ajuda na solução de problemas.	Aplicação de questionário a 52 utentes com diabetes tipo 2: • 32 UCSP • 20 USF (3/4 utentes da lista de cada enfermeiro)	Questionários a Uteses com Diabetes Tipo 2

Tendo em conta estes nove critérios considerados, foi construída a grelha de auditoria, que consta no Apêndice I, facilitadora da realização das auditorias pressupostas no processo de implementação deste projeto.

A primeira auditoria realizada, auditoria de *baseline*, após a autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS do Alto Minho, a 18 de maio de 2024, teve por base a análise de 57 processos clínicos (37 dos quais relativos à documentação de cuidados prestados aos utilizadores da UCSP e 19 da USF), 15 questionários aplicados aos enfermeiros (10 da UCSP e 5 da USF) e 52 questionários aplicados a utentes com diabetes tipo 2 por entrevistas, (32 da UCSP e 20 da USF).

Os critérios (C) a auditar, dos quais se apresentam os resultados no Gráfico 1, são:

C1. Os utentes com diabetes tipo 2 são avaliados em relação à sua capacidade de autogestão.

C2. Os enfermeiros, têm formação para facilitar a autogestão e a mudança de comportamento.

C3. A capacidade dos utentes, necessidades de suporte, fatores de estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados na atividade diagnóstica de autogestão.

C4. Utentes com Diabetes tipo 2 que são capazes de se autogerir recebem educação sobre a sua condição de saúde, como monitorizar seus sinais e sintomas e como gerir o regime medicamentoso.

C5. Os utentes com diabetes tipo 2 que são capazes de autogerir envolvem-se com os enfermeiros para definir e chegar a um acordo sobre as metas de saúde.

C6. Os enfermeiros organizam referências comunitárias adequadas para os utentes.

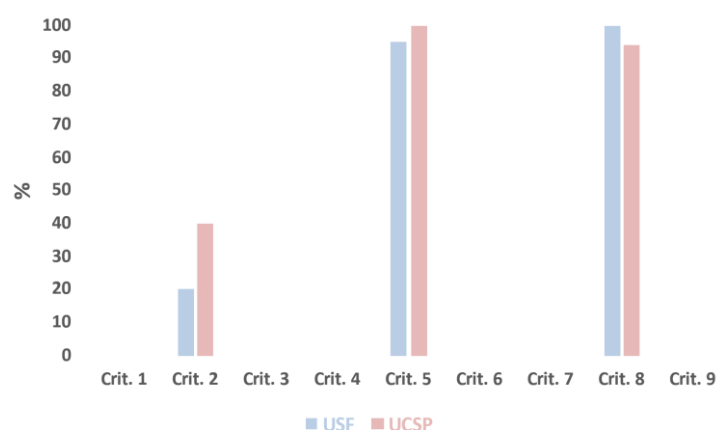
C7. Os enfermeiros coordenam os serviços requeridos pelos utentes.

C8. Os utentes com diabetes tipo 2 recebem suporte adequado para atingir os seus objetivos e ajuda na solução de problemas.

C9. Utentes com Diabetes tipo 2 que são capazes de se autogerir são acompanhados e monitorizados para rever o seu progresso.

Da aplicação da auditoria *baseline* percebe-se que apenas os critérios 5 e 8 se encontravam com um grau de *compliance* satisfatório, entre os 90% e os 100%, com variações mínimas entre as duas unidades funcionais. Em termos de formação específica no âmbito da autogestão, 40% dos enfermeiros da UCSP e 20% dos enfermeiros da USF responderam afirmativamente. Importa referir que, no sentido de evitar viéses, o critério relativo à formação dos enfermeiros foi o último a auditar. Todos os restantes critérios não obtiveram conformidade, como se pode confirmar no Gráfico 1.

Gráfico 1. – Resultados da auditoria de *baseline*

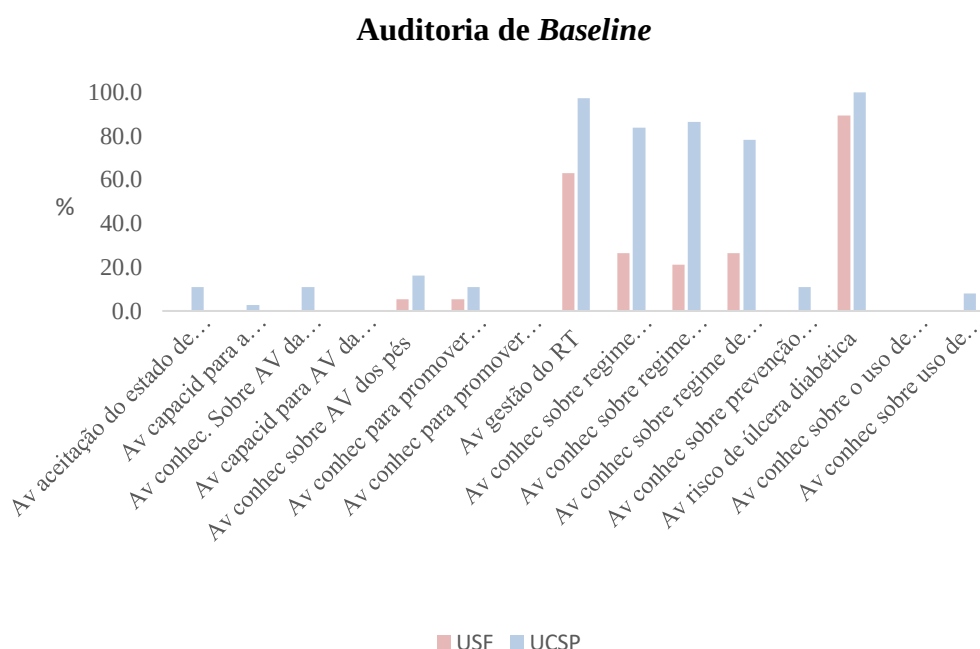


No entanto, percebendo pela análise dos resultados da auditoria realizada, verificou-se a existência de registos de enfermagem, mesmo que escassos, relativos aos itens incluídos

nos critérios 1 e 3 e tomou-se a decisão de estes resultados serem também apresentados à equipa de enfermagem, mediante a construção do Gráficos 2 e 3.

Nesta primeira auditoria, os itens, incluídos no critério 1, que apresentam maior expressão coincidem com aqueles que estão contratualizados, como o exemplo: Avaliar gestão do regime terapêutico e Avaliar risco de úlcera diabética, situando-se entre os 80% e os 100% na UCSP e os 60% e 90% na USF. Outros itens que foram valorizados, como: Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso, Avaliar conhecimento sobre regime dietético e Avaliar conhecimento sobre regime de exercício, demonstram uma percentagem de registos significativa, com maior proporção na UCSP do que na USF, pelos factos anteriormente descritos. Todos os outros itens apresentam uma expressão muito residual ou nula, entre os 0% e os 20%, com maior valorização pelos enfermeiros da UCSP, nomeadamente no que respeita a Avaliar aceitação do estado de saúde, Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar, Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés, Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão e Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco, como se observa no Gráfico 2.

Gráfico 2. – Critério 1: Proporção de registos por item e por unidade funcional

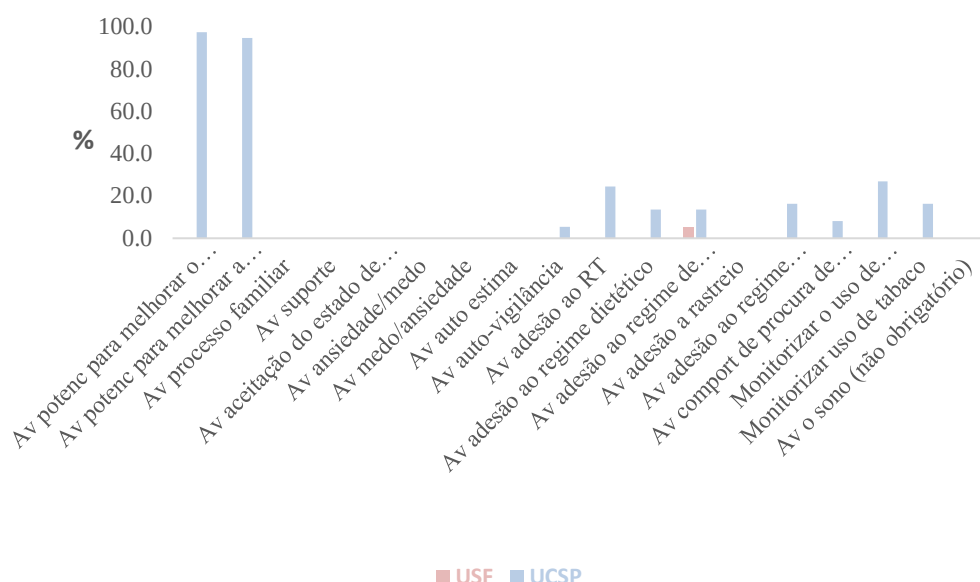


Legenda: Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos; Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar; Avaliar capacidade para a auto-vigilância da glicemia capilar (não obrigatório); Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés; Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão; Avaliar conhecimento para promover

comportamento de procura de saúde; Avaliar gestão do regime terapêutico; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Avaliar conhecimento sobre regime dietético; Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética; Avaliar risco de úlcera diabética; Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool e Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco.

Quanto ao critério 3, a proporção de registos por itens incluídos e por unidade funcional é escassa, verificando-se um maior investimento dos enfermeiros da UCSP, maioritariamente nos dois primeiros itens: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento e Avaliar o potencial para melhorar a capacidade, com uma expressão significativa entre os 90% e os 100%. Oito dos dezasseis itens não apresentam qualquer registo. Pelos enfermeiros da USF, o único item com registo, ainda que residual, diz respeito ao Avaliar adesão ao regime de exercício. Dados apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3. – Critério 3: Proporção de registos por item e por unidade funcional
Auditoria Baseline



Legenda: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade; Avaliar processo familiar; Avaliar suporte; Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo); Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade); Avaliar auto-estima; Avaliar auto-vigilância; Avaliar adesão ao regime terapêutico; Avaliar adesão ao regime dietético; Avaliar adesão ao regime de exercício; Avaliar adesão a rastreio; Avaliar adesão ao regime medicamentoso; Avaliar comportamento de procura de saúde; Monitorizar uso de álcool; Monitorizar uso de tabaco e Avaliar o sono.

Fase 5: Implementação da mudança usando *Getting Research into Practice* (GRiP)

A fase 5 decorreu no período temporal de 16 de junho a 30 de setembro de 2023 e integrou as seguintes ações:

- Reunião da equipa de projeto para: análise dos resultados da auditoria de *baseline*, avaliar necessidades de alteração da parametrização do sistema de informação e refletir necessidades de formação em serviço (2 de junho de 2023);
- Reunião de feedback à equipa de enfermagem do CS de Darque, com devolução e análise dos resultados da auditoria de *baseline* e (co)construção do plano de melhoria (9 de junho de 2023);
- Adequação da parametrização do sistema de informação Sclínico, referente ao processo de enfermagem relacionado com o programa da diabetes;
- Sessões formativas, de reflexão e debate em grupo:
 - Autogestão da Diabetes tipo 2 (14 de julho de 2023)
 - Entrevista Motivacional (21 de julho de 2023)
 - Registos Clínicos de Enfermagem na Consulta de Enfermagem com o Utente com Diabetes Tipo 2 (28 de julho de 2023)

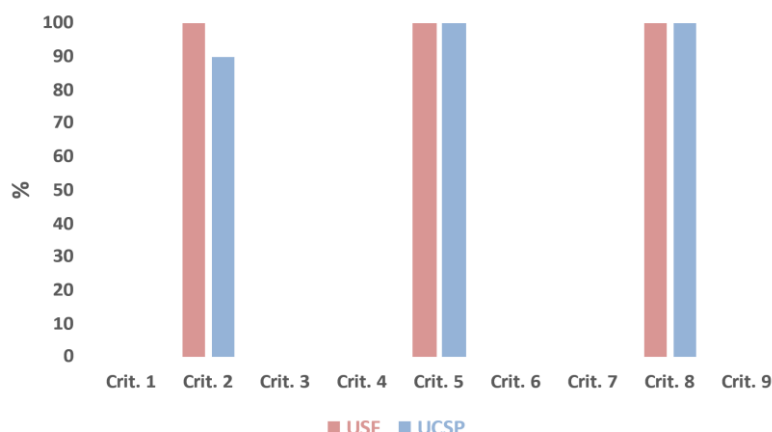
Avaliação do impacto e sustentabilidade

Fase 6: Reavaliação da prática

No início do mês de outubro de 2023, dos dias 2 a 13, realizou-se a segunda auditoria, a auditoria de *follow-up*, de acordo com as mesmas circunstâncias de análise da auditoria de *baseline*, quer em relação ao número de processos auditados, ao número de questionários realizados aos enfermeiros e utentes, quer quanto aos critérios auditados.

Verificou-se um aumento e/ou manutenção relativos aos critérios 2, 5 e 8 que passaram a ter uma *compliance* de 100%. Os restantes critérios mantiveram-se não conformes, com 0% de *compliance*, tal como demonstrado no Gráfico 4.

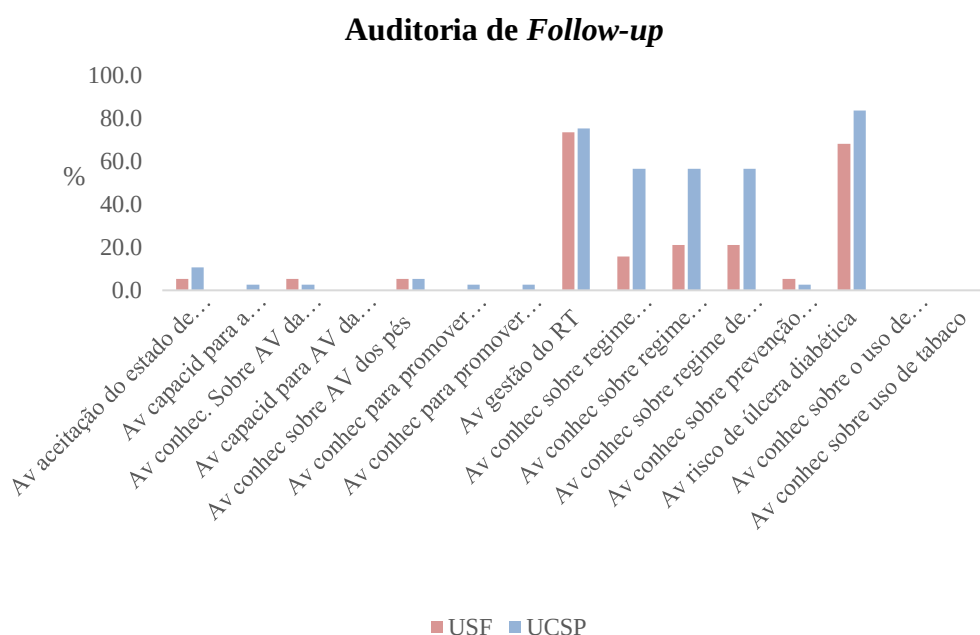
Gráfico 4. – Resultados da auditoria de *follow-up*



Mais uma vez, pela análise dos resultados da auditoria de *follow-up*, verificou-se um aumento dos itens de avaliação dos critérios, incluídos na grelha de auditoria, sobretudo nos referentes aos critérios 1 e 3. Perante esta análise, achou-se oportuno e perspicaz voltar a quantificar esses itens e traduzi-los novamente em gráfico para ter percepção do investimento e empenho da equipa de enfermagem após as ações incluídas no processo de implementação. Os Gráficos 5 e 6 são ilustrativos dessa análise.

Observa-se, quanto ao critério 1, um aumento significativo do item Avaliar gestão do regime terapêutico, por parte dos enfermeiros da USF, passando dos 60% para o patamar entre os 70% e os 80%, assemelhando-se à proporção de registos da UCSP. Observa-se, também, a manutenção dos restantes itens contratualizados e um investimento da equipa da USF, embora que traduzido num valor residual (abaixo dos 20%) em alguns dos itens que na primeira auditoria não tinham qualquer expressão: Avaliar aceitação do estado de saúde, Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar, Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés e Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética.

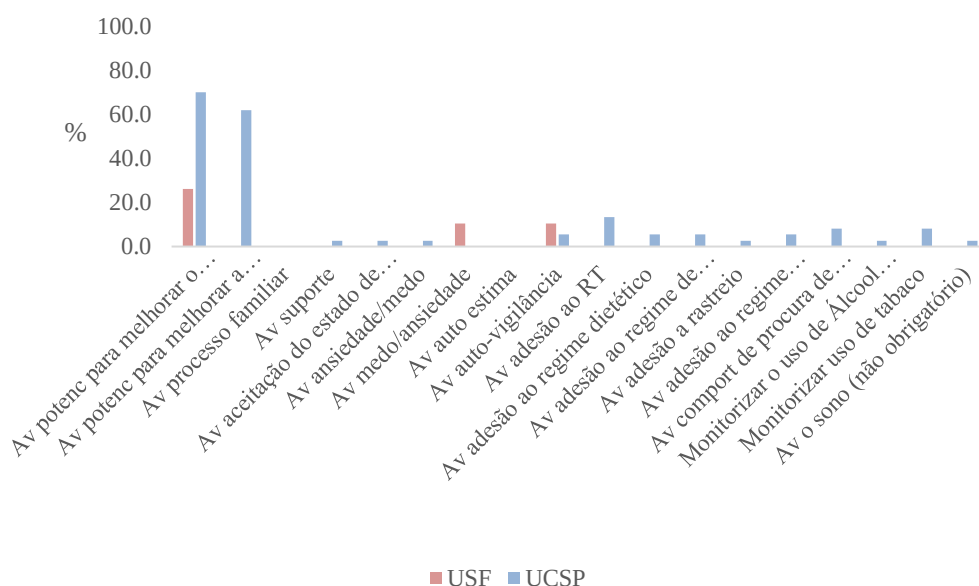
Gráfico 5. - Critério 1: Proporção de registos por item e por unidade funcional



Legenda: Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos; Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar; Avaliar capacidade para a auto-vigilância da glicemia capilar (não obrigatório); Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés; Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão; Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde; Avaliar gestão do regime terapêutico; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Avaliar conhecimento sobre regime dietético; Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética; Avaliar risco de úlcera diabética; Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool e Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco.

Em relação ao critério 3, na auditoria de follow-up e após a análise do gráfico, verifica-se que apenas um dos itens não tem qualquer registo (Avaliar processo familiar), todos os outros apresentam registos em valores abaixo dos 20%, mantendo a maior proporção na UCSP. No entanto, a USF já apresenta algum registo nomeadamente no Avaliar medo e Avaliar auto-vigilância. Os dois primeiros itens continuam a ser os mais valorizados, apesar de se ter observado um decréscimo em relação à auditoria de *baseline*, para valores entre 60% e 80%.

Gráfico 6. – Critério 3: Proporção de registos por item e por unidade funcional
Auditoria de *Follow-up*



Legenda: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade; Avaliar processo familiar; Avaliar suporte; Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo); Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade); Avaliar auto-estima; Avaliar auto-vigilância; Avaliar adesão ao regime terapêutico; Avaliar adesão ao regime dietético; Avaliar adesão ao regime de exercício; Avaliar adesão a rastreio; Avaliar adesão ao regime medicamentoso; Avaliar comportamento de procura de saúde; Monitorizar uso de álcool; Monitorizar uso de tabaco e Avaliar o sono.

Fase 7: Intervenções de sustentabilidade

A última fase de todo o processo de implementação pressupõe considerar estratégias de sustentabilidade das mudanças nas práticas de cuidados, daí considerar-se a continuidade do projeto até que os objetivos sejam plenamente atingidos e ter que se prolongar o mesmo no tempo.

Após a reunião da equipa de projeto a 7 de fevereiro de 2024 e a segunda reunião de feedback à equipa de enfermagem a 9 de fevereiro de 2024, com a apresentação dos resultados da auditoria de follow-up e com uma reflexão conjunta sobre os dados obtidos desta auditoria, foram propostas estratégias de melhoria. Essas estratégias passaram por adequar o sistema de informação SClínico, para que o processo de enfermagem seja mais facilitador e ajustado à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2 e suas famílias. Esta adequação passou por repensar nos itens incluídos na grelha de auditoria e agrupar a atividade diagnóstica, tendo em conta o tempo de consulta de enfermagem ao

utente com diabetes tipo 2 e família (cerca de 20 minutos) e a periodicidade de consultas anuais (2 consultas de enfermagem, uma em cada semestre). A proposta de melhoria do sistema de informação teve por base a importância de perceber e envolver a pessoa e a família quer na consulta quer quanto ao conhecimento que têm sobre esta doença crónica e a sua autogestão, contribuindo significativamente na sua qualidade de vida (Ferreira *et al.*, 2024). Assim, iniciou-se por repensar nos itens incluídos nos critérios 1 e 3, que após discussão e reflexão, surge a proposta de agregação e simplificação da atividade diagnóstica incluída nos mesmos, facilitando os registos de enfermagem e, simultaneamente, a promoção da autogestão, tal como se apresenta nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11. – Agregação da Atividade Diagnóstica: Critério 1

Critério 1	AD agrupadora	AD agrupada
Os utentes com diabetes tipo 2 são avaliados em relação à sua capacidade de autogestão	Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde
		Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
		Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
		Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar (não obrigatório)
	Avaliar gestão do regime terapêutico	Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso
		Avaliar conhecimento sobre regime dietético
		Avaliar conhecimento sobre regime de exercício
		Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos
		Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool
		Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco
	Avaliar risco de úlcera diabética	Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética

Legenda: AD – Atividade Diagnóstica

Tabela 12. – Agregação da Atividade Diagnóstica: Critério 3

Critério 3	AD agrupadora	AD agrupada
A capacidade dos utentes, necessidades de suporte, fatores de estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados na atividade diagnóstica (AD) de autogestão	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	
	Avaliar potencial para melhorar a capacidade	
	Avaliar adesão ao regime terapêutico	Avaliar adesão ao regime dietético
		Avaliar adesão ao regime de exercício
		Avaliar adesão ao regime medicamentoso

		Monitorizar uso de álcool
		Monitorizar uso de tabaco
	Avaliar processo familiar	Avaliar suporte
	Avaliar aceitação do estado de saúde	Avaliar auto - vigilância
		Avaliar adesão a rastreio
		Avaliar comportamento de procura de saúde
		Avaliar auto estima
		Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade)
		Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo)
	Avaliar o sono	

Legenda: AD – Atividade Diagnóstica

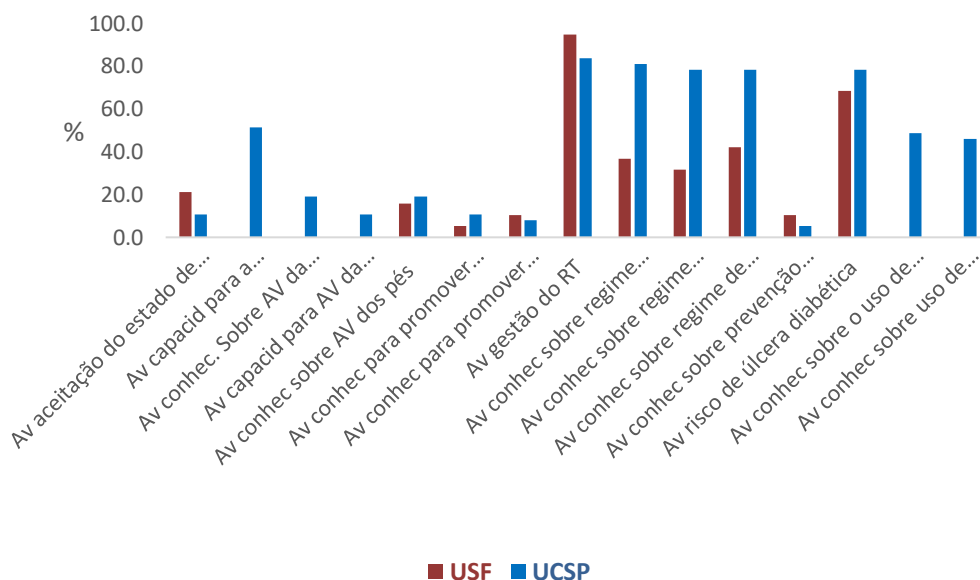
Na fase posterior a estas melhorias do sistema de informação e depois de serem implementadas na prática diária, realizou-se a terceira auditoria, de 18 a 29 de abril de 2024, para reauditar a *compliance* e perceber o impacto das alterações efetuadas. A relembrar que foram mantidas as mesmas circunstâncias de análise das auditorias anteriores quanto aos processos clínicos auditados, com exceção dos critérios 2, 5 e 8 que, por terem obtido uma *compliance* de 100% só voltam a ser auditados dentro de 12 meses, tal como definido pela JBI (2021).

Desta auditoria continuou a verificar-se a não conformidade dos critérios 1 e 3, mantendo uma *compliance* de 0%. Importante lembrar que os restantes critérios (4, 6, 7 e 9) não foram auditados em nenhuma das auditorias realizadas uma vez que só o seriam caso os critérios 1 e 3 estivessem em conformidade.

No entanto, tal como já se tinha verificado na auditoria de follow-up, da análise dos resultados desta última auditoria, manteve-se um aumento dos itens de avaliação dos critérios 1 e 3, com uma expressão mais significativa ainda, como se demonstra nos Gráficos 7 e 8.

Nesta terceira auditoria, os itens contratualizados, incluídos no critério 1, continuam a ser aqueles que apresentam maior proporção de registos nas duas unidades funcionais, destacando o aumento significativo do Avaliar a gestão do regime terapêutico na equipa da USF para uma percentagem entre os 80% e 100%. Nos restantes itens, verifica-se que todos eles foram alvo de registo, aumentando a sua proporção, mantendo maior evidência por parte dos enfermeiros da UCSP.

Gráfico 7. – Critério 1: Proporção de registos por item e por unidade funcional
Auditoria 3

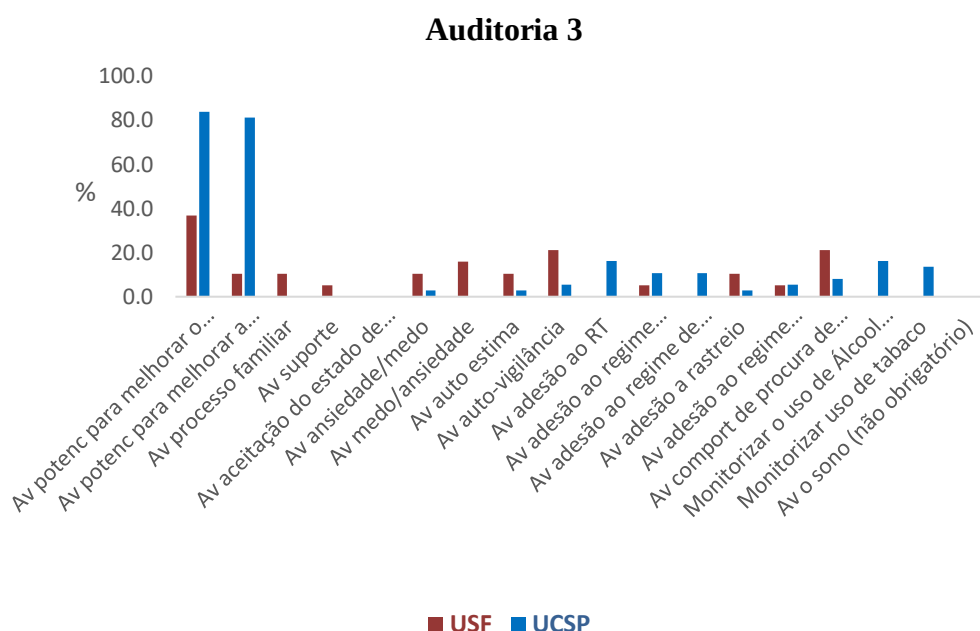


Legenda: Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos; Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar; Avaliar capacidade para a auto-vigilância da glicemia capilar (não obrigatório); Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés; Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão; Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde; Avaliar gestão do regime terapêutico; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Avaliar conhecimento sobre regime dietético; Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética; Avaliar risco de úlcera diabética; Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool e Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco.

Em relação ao critério 3, a manifestação do investimento da equipa consegue ser notória, uma vez que o aumento da proporção de registos por item e por unidade funcional é significativa, apresentando-se maior número de itens acima dos 20%: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento, Avaliar o potencial para melhorar a capacidade, Avaliar auto-vigilância e Avaliar comportamento de procura de saúde. Todos os itens são contemplados nos registos efetuados, com exceção do Avaliar aceitação do estado de saúde, mas que, por estar incluído no critério1, não foi auditado neste critério.

Denota-se, novamente, o grande investimento, interesse e empenho da equipa de enfermagem em melhorar continuamente as práticas sustentadas na melhor evidência disponível.

Gráfico 8. – Critério 3: Proporção de registos por item e por unidade funcional



Legenda: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade; Avaliar processo familiar; Avaliar suporte; Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo); Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade); Avaliar auto-estima; Avaliar auto-vigilância; Avaliar adesão ao regime terapêutico; Avaliar adesão ao regime dietético; Avaliar adesão ao regime de exercício; Avaliar adesão a rastreio; Avaliar adesão ao regime medicamentoso; Avaliar comportamento de procura de saúde; Monitorizar uso de álcool; Monitorizar uso de tabaco e Avaliar o sono.

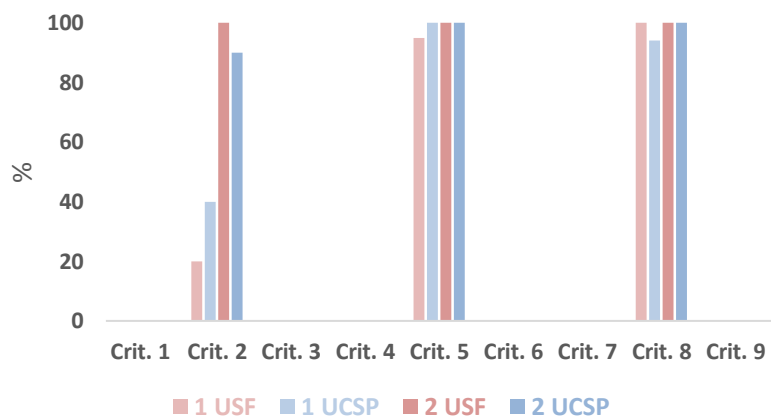
Incluídas nesta fase (Fase 7), está a terceira reunião de feedback realizada a 17 de maio de 2024, com toda a equipa de enfermagem do CS de Darque, para a devolução destes últimos resultados apresentados, com discussão e reflexão dos mesmos, assim como obter sugestões de melhoria contínua e de sustentabilidade deste projeto de implementação.

Optou-se por dar conhecimento e colocar para análise e discussão todos os dados obtidos ao longo dos meses decorridos de implementação do projeto. Para tal, apresentaram-se gráficos comparativos das 3 auditorias realizadas, com o intuito de ser observada a evolução decorrente de todo o empenho e construção da mudança afeta a toda a equipa. Os Gráficos 9 e 10 e 11 englobam e sintetizam essa evolução conseguida.

Neste gráfico comparativo, observa-se uma evolução significativa nomeadamente do critério 2, que após investimento e mediante o plano de formação desenhado e desenvolvido, atingiu-se uma *compliance* perto dos 100%. Quanto aos critérios 5 e 6, em

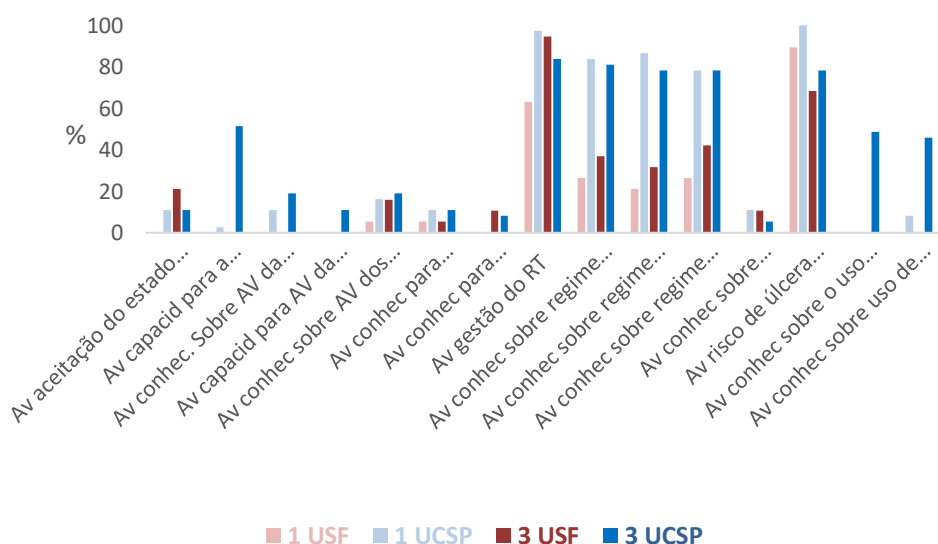
comparação com a auditoria de baseline, mantém basicamente a mesma *compliance* elevada nas duas unidades funcionais.

Gráfico 9. – Comparação dos critérios de auditoria: Auditoria 1 e Auditoria 2



Os Gráficos 10 e 11, reúnem comparativamente toda a informação referente à primeira e à terceira auditoria, percebendo, também, o investimento notório e contínuo que as equipas das duas unidades funcionais têm feito, apesar da não conformidade dos critérios apresentados. Todos os itens de registo foram tidos em conta na última auditoria realizada.

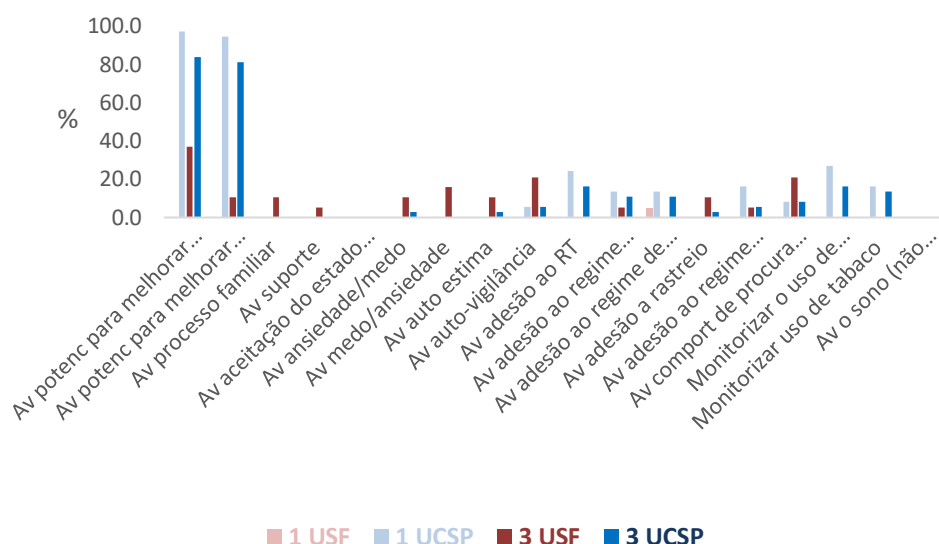
Gráfico 10. – Critério 1: Proporção de registos por item e por unidade funcional
Comparação Auditoria 1 e Auditoria 3



Legenda: Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos; Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar; Avaliar capacidade para a auto-vigilância da glicemia capilar (não obrigatório); Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés; Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão; Avaliar conhecimento para promover

comportamento de procura de saúde; Avaliar gestão do regime terapêutico; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Avaliar conhecimento sobre regime dietético; Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética; Avaliar risco de úlcera diabética; Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool e Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco.

Gráfico 11. – Critério 3: Proporção de registos por item e por unidade funcional
Comparação Auditoria 1 e Auditoria 3



Legenda: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade; Avaliar processo familiar; Avaliar suporte; Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo); Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade); Avaliar auto-estima; Avaliar auto-vigilância; Avaliar adesão ao regime terapêutico; Avaliar adesão ao regime dietético; Avaliar adesão ao regime de exercício; Avaliar adesão a rastreio; Avaliar adesão ao regime medicamentoso; Avaliar comportamento de procura de saúde; Monitorizar uso de álcool; Monitorizar uso de tabaco e Avaliar o sono.

Da reunião da equipa de projeto, no dia 20 de maio de 2024, como resultado da reflexão conjunta, partiu-se, como sugestão, para a análise dos restantes critérios (4, 6, 7 e 9) apesar dos critérios 1 e 3 ainda não apresentarem conformidade. Esta proposta surge numa perspetiva de perceber se existe ou não alinhamento entre os diagnósticos (critérios 1 e 3) e as intervenções de enfermagem (critérios 4, 6, 7 e 9) nos processos de enfermagem dos utentes com diabetes tipo 2 auditados.

Este trabalho foi realizado e será apresentado na discussão e interpretação dos resultados. A próxima auditoria está prevista ser realizada no início do mês de outubro de 2024.

1.1.3. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O Estudo 1, tal como descrito anteriormente, seguiu o modelo da JBI, *Implementation Evidence*, assente fundamentalmente na realização de auditorias e no *feedback* dos resultados obtidos como base da melhoria continua das práticas clínicas. Porque, refletir sobre as melhores práticas de enfermagem, permite repensar nos cuidados prestados e considerar quanto essas boas práticas devem estar presentes no trabalho diário especializado do enfermeiro. Repensar, também, que devem estar alicerçadas em evidência científica atualizada, alinhando as experiências vivenciadas pelos enfermeiros com o contexto da prática dos cuidados e as necessidades/prioridades das pessoas e famílias foco desses cuidados (Puschel *et al.*, 2021). Com a implementação das práticas baseadas na melhor evidência, descrita na metodologia da JBI, perspetiva-se facilitar o processo de mudança, fundamentado na avaliação contínua e nos resultados como contributo para ganhos em saúde efetivos (Cardoso *et al.*, 2021).

Neste contexto e mediante os sumários de evidências disponíveis, o foco de interesse deste estudo centrou-se no âmbito da promoção da autogestão com as pessoas com doença crónica, por ser o mais aproximado à prática de cuidados de enfermagem desenvolvida nos CSP. Em concreto, a opção recaiu sobre a capacitação para a autogestão de pessoas com diabetes tipo 2, em resultado de um processo de maximização de sinergias decorrentes do investimento feito no âmbito da promoção da literacia de pessoas e famílias com diabetes tipo 2 e da prioridade contratualizada pelas unidades funcionais envolvidas. Opção sustentada no facto de que a gestão da diabetes tipo 2 continua a ser um grande desafio, quer para os profissionais de saúde quer para a pessoa doente e sua família. A necessidade de melhorar o conhecimento sobre a doença e de capacitar as pessoas e famílias para alcançarem melhores resultados de saúde reforçam a importância de investimento nesta área específica. A capacitação e o conhecimento são essenciais para um controlo eficaz desta doença crónica, permitindo à pessoa e família desempenharem um papel ativo e colaborativo e, assim, tomarem decisões informadas (Ferreira *et al.*, 2023). Simultaneamente, a prioridade intrínseca às unidades funcionais, mesmo não se prendendo diretamente na autogestão, mas antes na situação de saúde do controlo da patologia, permitiu, ainda assim, iniciar uma parceria consolidada envolvendo a transferibilidade de conhecimento e as vivências das práticas com aceitação da problemática apresentada.

A apresentação da proposta do projeto foi muito bem acolhida pela equipa de enfermagem do CS de Darque, entendida como mais uma estratégia de fortalecimento de uma cultura profissional que se pretendia mais harmoniosa, de partilha e de proximidade, com iniciação à investigação. Ambas as unidades funcionais perceberam que era o momento oportuno. Uma oportunidade de habilitar toda a equipa, de desenvolver conhecimentos, de promover mudanças e tomadas de decisão com base em evidência científica (Puschel *et al.*, 2021). A UCSP já tinha iniciado um processo de interpelação/reflexão sobre a tomada de decisão clínica em enfermagem e a documentação do processo de cuidados. A USF confrontava-se com a preocupação presente que transcende os indicadores de contratualização e que se coloca na perspetiva da tomada de decisão clínica em enfermagem, mas ainda numa fase inicial de mudança. A procura pela mudança e a “vontade de mudar” eram evidentes nas equipas, ainda que com estadios diferentes. Portanto, este foi o momento oportuno para a transferibilidade de conhecimento, proporcionando aos enfermeiros a melhor evidência científica capaz de responder às questões que surgem da prática, a procurar estratégias facilitadoras e desenvolver outras para superarem barreiras, sempre na perspetiva de encetar a mudança (Puschel, 2022).

A “construção” da equipa de projeto, integrando enfermeiras de todas as unidades funcionais existentes no CS de Darque, incluindo a enfermeira em funções de chefia e as enfermeiras que integram os conselhos técnicos de cada unidade, bem como, a enfermeira parametrizadora da USP da ULS do Alto Minho, constituiu-se um fator facilitador fundamental para a implementação do projeto. Segundo Neves e Marques (2022), as estratégias utilizadas são essenciais para promover a vontade de mudança e o envolvimento de toda uma equipa de acordo com os conhecimentos que possuem sobre a gestão dessa mudança. Nesta linha, todo o processo de implementação da prática foi negociado e consensualizado entre a equipa de projeto e com a equipa de enfermagem alargada do CS de Darque, designadamente a construção da grelha e definição das estratégias de auditoria. Para a elaboração da grelha, teve-se em conta a definição de critérios de auditoria bem fundamentados, claros e baseados em evidências. Pese embora houvesse a perceção, por parte da coordenação do projeto, que a referida grelha poderia ser exaustiva e extensa, as equipas decidiram pela sua manutenção, uma vez que os critérios e os itens incluídos espelhavam as recomendações das melhores práticas perante a pessoa com diabetes tipo 2 e suas famílias. Tal como demonstrado por Lizarondo *et al.*

(2022), esta abordagem em equipa, numa perspetiva colaborativa, realça os fatores facilitadores como um processo multifacetado capaz de abordar aspetos de educação e capacitação, colaboração e planeamento de ações visando a resolução de problemas e avaliação das práticas no seio da equipa profissional.

O recurso à análise de processos clínicos, questionários aos enfermeiros e a pessoas com diabetes tipo 2 seguidas em consulta de enfermagem, foram consensuais enquanto estratégias de auditoria, mediante as características de organização e funcionamento de ambas as unidades funcionais. A proximidade da observação direta, com um auditor presente no período da consulta de enfermagem, foi uma estratégia pensada, mas colocada fora de hipótese pelas razões já mencionadas. O número de consultas realizadas anualmente (num total de duas consultas de vigilância, uma em cada semestre do ano) e a duração das mesmas (20 a 30 minutos), foram também razões válidas para se optarem pelas estratégias adotadas.

Na condução das auditorias realizadas, foram aplicados 9 dos 11 critérios preconizados pelo JBI, pretendendo que as mesmas identificassem o grau de conformidade da prática atual em relação às recomendações inerentes. Os 2 critérios relacionados com o plano de autogestão e sua documentação, embora remetam para práticas de cuidados de referência no âmbito da melhor evidência, não se consideraram passíveis de aplicação imediata, pelos contextos envolvidos. No entanto, serão um compromisso futuro por parte da equipa de investigação, uma vez que a equipa entende que são critérios que valorizam e se coadunam com a melhor prática de cuidados. No estudo desenvolvido por Neves & Marques (2022), embora direcionado para um serviço hospitalar, todos os critérios foram aplicados e percebe-se a importância e o valor de todos eles no processo de implementação de práticas clínicas baseadas na melhor evidência.

De acordo com o plano de implementação da prática baseada na evidência preconizado para este projeto e após as três auditorias realizadas, com a finalidade de avaliar a conformidade da prática após a implementação das estratégias e intervenções de mudança, os resultados tiveram tradução basicamente em 3 critérios, nas duas unidades funcionais. No critério 2: Os enfermeiros, têm formação para facilitar a autogestão e a mudança de comportamento; no critério 5: Os utentes com diabetes tipo 2 que são capazes de autogerir, envolvem-se com os enfermeiros para definir e chegar a um acordo sobre as metas de saúde e no critério 8: Os utentes com diabetes tipo 2 recebem suporte

adequado para atingir os seus objetivos e ajuda na solução de problemas, verifica-se uma *compliance* entre 95 e 100%, com uma evolução notória da auditoria de *baseline* para a auditoria de *follow-up*, o que permite espaçar a reauditoria destes critérios para 12 meses, como é demonstrado no Gráfico 9 do ponto anterior.

A realidade vivida nos CSP é muito distinta daquela observada nos cuidados hospitalares, nomeadamente, nos serviços de internamento onde o doente permanece diariamente, durante 24 horas, em contacto direto com o enfermeiro. A prestação de cuidados contínua promove uma interação e relação constantes o que proporciona maior facilidade em atingir a conformidade dos critérios aplicados nas auditorias que se realizam, como demonstrado no projeto de implementação desenvolvido por Neves e Marques (2022). Nos CSP, o enfermeiro de saúde familiar, depara-se com algumas barreiras e dificuldades inerentes aos tempos de consulta de enfermagem disponíveis para a pessoa com diabetes tipo 2 e famílias, cerca 20 a 30 minutos, que se demonstram escassos mediante o teor e significado que estas consultas têm. Os momentos formais de consulta de enfermagem são outro dos fatores dificultadores para a eficácia da referida consulta, traduzidos em 2 consultas de enfermagem, divididas 1 em cada semestre do ano, que pouco contribui para que a conformidade dos critérios seja atingida em pleno.

Assim, a manutenção da não conformidade dos restantes 6 critérios foi uma realidade observada nas 3 auditorias realizadas. No entanto, com a implementação de estratégias de acordo com os debates e as análises feitas sistematicamente, quer com a equipa de projeto quer com a equipa de enfermagem do CS de Darque, baseadas maioritariamente na readaptação e melhorias do sistema de informação (SClínico), continua a verificar-se um aumento substancial dos itens incluídos nos referidos critérios auditados, nomeadamente nos critérios 1 e 3. Pode-se observar essa evolução positiva nos Gráficos 10 e 11 apresentados na discussão, onde se comparam os resultados da auditoria de *baseline* e da terceira auditoria, por serem significativos e traduzirem o trabalho desenvolvido ao longo dos últimos meses. Consegue-se perceber que, para além dos itens que estão incluídos na contratualização anual de cada unidade funcional, outros itens foram alvo de atenção por parte dos enfermeiros aquando a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2 e sua família, o que se traduz num maior envolvimento e numa aproximação cada vez mais expressiva às melhores práticas e à tomada de decisão clínica. Sendo esta evolução como algo pretendido no contexto do modelo de implementação de

evidência da JBI, que define um conjunto de atividades intencionais e facilitadoras, capazes de promoverem o envolvimento das partes interessadas com evidências de investigação para informar a tomada de decisões e gerar uma melhoria sustentada na qualidade da prestação de cuidados de saúde (Jordan *et al.*, 2019).

As auditorias de acompanhamento, com a finalidade de avaliar a conformidade da prática após a implementação das estratégias e intervenções de mudança, assim como a avaliação dos resultados pela equipa de projeto e a constante partilha dos mesmos com a equipa de enfermagem foram cruciais na elaboração do plano de ação para sustentar as mudanças implementadas, com base na análise dos resultados. A (co)construção do plano de ação para este projeto de implementação foi uma estratégia que demonstrou ser facilitadora pelos momentos de reflexão, discussão, tomada de consciência e partilha que proporcionou. As reuniões de apresentação dos resultados das auditorias foram oportunidades únicas que promoveram o pensamento crítico face às mudanças a implementar e ao porquê de a conformidade dos critérios de auditoria não serem atingidos com facilidade. Perceber o quanto é importante Avaliar a ansiedade ou Avaliar a auto-estima, por exemplo, despertou o interesse da equipa em aprofundar e adotar estratégias que contemplem estes aspetos mais fragilizados e pouco abordados com a pessoa e família na consulta de enfermagem, pelo valor que têm na capacitação para a autogestão da doença crónica.

Simultaneamente à implementação deste projeto nos contextos apresentados, foram-se observando algumas mudanças e adaptações do mesmo que incluíram a alteração da coordenação do projeto e a anexação do mesmo ao projeto estruturante da UICISA:E “Cuidados de saúde informados pela evidência para a transformação dos contextos de prestação de cuidados de saúde” como estudo associado, tendo sido submetido e validado em maio de 2024, alargando o seu plano de ação e de implementação até maio de 2025.

Os objetivos mantiveram-se na mesma linha de orientação sempre com o foco de identificar o nível de melhoria da conformidade dos critérios, de avaliar o impacto das intervenções na prática, de refletir sobre a necessidade de manter e/ou introduzir novas intervenções e de estabelecer estratégias para assegurar a sustentabilidade da mudança a médio e longo prazo. Tendo sempre presente que os componentes da implementação da evidência incluem, sistematicamente, a análise do contexto, a facilitação da mudança na

prática e a avaliação do processo e dos resultados obtidos (Jordan *et al.*, 2019). Para tal, contribuíram os seguintes aspetos:

- a comunicação clara dos resultados das auditorias a todos os enfermeiros envolvidos, garantindo compreensão das áreas de não conformidade e necessidade de mudança;
- a identificação conjunta das barreiras à prática clínica desejada, através de grupos focais ou reuniões colaborativas, permitindo um entendimento compartilhado das causas de não conformidade;
- a conceção de um plano de intervenção participativo, baseado nas barreiras identificadas e nos facilitadores, diminuindo os momentos de alguma desmotivação e visando a melhoria contínua com impacto na prática clínica;
- a aplicação das intervenções e estratégias definidas de maneira colaborativa, com o envolvimento ativo de todos os enfermeiros, para aumentar a conformidade com as melhores práticas e melhorar a qualidade do cuidado.

A operacionalização dos critérios de auditoria (*bundle*), sendo um aspeto que não está relacionado diretamente com a implementação da mudança com base na melhor evidência, foi alvo de reanálise aquando do último *feedback* da auditoria. Uma vez que a não conformidade dos critérios 1 e 3 significou que todos os outros critérios incluídos na grelha não foram auditados, compreendeu-se a importância de perceber se haveria, ou não, necessidade de reformular os critérios de conformidade e voltar a repetir a última auditoria, dando passos atrás mesmo após o investimento e entender se as alterações dos critérios de conformidade são aceites como válidos. Neste novo contexto, optou-se por trabalhar e analisar os dados recolhidos relativos aos critérios 4, 6, 7 e 9 da grelha de auditoria com o objetivo de observar e perceber a existência ou não do alinhamento entre a Atividade Diagnóstica (AD) e as IE. Esses dados foram recolhidos durante o mês de junho de 2024 e permitiu chegar a algumas conclusões imprescindíveis para a sustentabilidade futura deste projeto. Nomeadamente, que existem IE que são comuns a outras áreas de intervenção e não exclusivas à AD da consulta à pessoa com diabetes, pelo que não foi possível, através do histórico de registos (de forma anonimizada), perceber se estão ou não relacionadas com a área do estudo.

No entanto, foi possível:

- identificar algumas lacunas na parametrização, nomeadamente a permissão, do sistema informático, de registos de IE do tipo Ensinar, por exemplo, sem associação a um diagnóstico de enfermagem. Pretende-se que estas lacunas possam ser corrigidas, futuramente e com a continuidade do projeto, para minimizar os possíveis desvios nos registos efetuados no processo clínico;
- estabelecer, da análise destes critérios, a existência de Diagnósticos de Enfermagem ativos prolongados em demasia no tempo (cerca de 3 a 4 anos) sem evolução, seja ela positiva ou negativa. Daí ter surgido a necessidade de uma proposta de intervenção, junto da equipa de enfermagem do CS de Darque, para uma reflexão conjunta e interpretação destes factos apresentados. Prevê-se uma reunião com a equipa de enfermagem para setembro de 2024, mediante o término do período de férias a decorrer e a data da próxima auditoria prevista para início de outubro de 2024.

Continuando os desenvolvimentos inerentes ao projeto e, mediante os resultados obtidos e apresentados decidiu-se trabalhar pormenorizadamente o sistema de informação SClinico para que seja uma elo facilitador e potenciador de melhores práticas. Surgiu a necessidade de analisar a coluna da descrição das Intervenções de Diagnóstico (ID), do sistema de informação, associadas ao Programa Nacional da Diabetes. Mediante auscultação junto da equipa de enfermagem e a contagem do número de vezes que cada intervenção foi realizada no último ano, conseguiu-se reduzir 8 dessas ID, passando de 44 para 36 mediante os critérios de inclusão e exclusão que se determinaram, tornando a coluna mais facilitadora e ligeiramente menos densa. Teve-se em conta, como critérios de inclusão, as Intervenções de Enfermagem (IE) que reuniram pelo menos metade dos "pareceres" como intervenções necessárias e/ou as IE consideradas como boas práticas e as IE relativas aos utentes com diabetes vigiados em consulta na unidade. Como critérios de exclusão: as IE que reuniram 2/3 dos pareceres como não necessárias, histórico de não utilização da consulta de enfermagem e/ou pessoas com diabetes tipo 2 não vigiadas nas unidades, mas sim pela especialidade (exemplo: crianças).

De momento, com os resultados obtidos, existem desafios que se colocam, passando pela necessidade de mais tempo para a consolidação da harmonização das práticas com maior

enfoque na capacitação da autogestão, pela potencial consensualização de indicadores da autogestão, para além dos contratualizados e pela continuidade de adequação dos sistemas de informação. Todos estes desafios são fundamentais para a consolidação da mudança e para a sustentabilidade do projeto a longo prazo, estando garantido que a *compliance* entre os 80% e os 100% dos critérios de auditoria não tendo sido atingida, não significa o insucesso deste projeto de implementação. Significa sim, a necessidade de manter o acompanhamento, de discutir e adotar estratégias eficazes e adequadas aos contextos e de continuar a promover a apropriação da mudança, porque nos CSP em particular, é mais frequente a questão de “saber como” em vez de “saber o que fazer” (Lockwood & Ivers, 2023).

No entanto, o maior dos desafios atuais é o facto da reorganização estrutural e organizacional pela qual o CS de Darque está a passar, com a extinção da USF Arquis Nova e, aquelas que eram duas equipas distintas, passaram a ser uma única equipa pertencente a apenas uma unidade funcional, a UCSP de Darque. Para além disso, perspetiva-se a criação de uma nova USF com início de funções para outubro de 2024, com nova divisão dos elementos da equipa de enfermagem. Toda esta reorganização prevê aumentar os momentos e espaços de reflexão comuns da equipa de projeto e da equipa de enfermagem do CS de Darque, podendo esta fase de mobilidade dentro deste processo ser um subsídio para a mudança e trazer contributos importantes para sustentabilidade a longo prazo do mesmo.

Importante refletir, também, que, apesar de se avizinharem mudanças significativas, o foco deve ser sempre mantido, numa abordagem colaborativa, onde o profissional de saúde e o enfermeiro em particular é responsável por fornecer conhecimentos e contribuir na promoção da literacia em saúde. Esta capacitação faz com que a pessoa com diabetes possa refletir sobre a doença e possa tomar decisões informadas quanto à autogestão da mesma que se ajuste a cada pessoa e a cada família, a nível clínico, social, emocional (Ferreira *et al.*, 2023).

1.1.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação da melhoria das práticas com base na melhor evidência, no âmbito deste projeto, contribui para promover mudanças significativas e a melhoria de práticas de cuidados direcionadas para a autogestão da doença crónica, com enfoque para a pessoa com diabetes tipo 2 e suas famílias.

O desejo de prestar cuidados de qualidade à pessoa e família, a vontade permanente de refletir, discutir e partilhar, a construção da equipa de projeto, incluindo o elemento responsável pela parametrização dos sistemas de informação da ULS do Alto Minho, e a apresentação, discussão e aprovação do projeto com a Enfermeira Diretora da ULS do Alto Minho foram fatores facilitadores deste processo.

Todo o processo desenvolvido tem-se apoiado numa lógica efetiva de (co)construção com as equipas envolvidas, na adoção de estratégias que se apoiaram especificamente na formação contínua, na discussão e na reflexão sobre as práticas clínicas, nomeadamente dos enfermeiros de saúde familiar. Na lógica construtiva de alinhar a prática em evidências, este projeto transcendeu as expectativas iniciais com a apropriação do conhecimento e o aumento/aperfeiçoamento de competências inerentes às boas práticas.

Resultado do apresentado foi a evolução progressiva observada nas três auditorias realizadas nas unidades funcionais envolvidas, mesmo que em estadios diferentes. No contexto específico de organização e funcionamento das duas unidades funcionais, o aumento da *compliance* em 3 critérios de auditoria, num curto espaço de tempo, é considerado fortemente positivo. Embora todos os restantes 6 critérios não tenham obtido a conformidade pretendida e tenham sido alvo de grande investimento, quer pela equipa de projeto quer pela equipa de enfermagem do CS de Darque, observou-se uma evolução significativa nos registos referentes aos itens incluídos especificamente nos critérios 1 e 3, o que compromete para continuidade dos desenvolvimentos. Nesse compromisso integra-se a próxima reunião com a equipa de enfermagem prevista para final de setembro de 2024, a avaliação contínua do desempenho, a auditoria de acompanhamento a realizar no início de outubro de 2024 e a adequação constante, sempre na linha da (co)construção, do plano de sustentabilidade a implementar até maio de 2025. Parte integrante da sustentabilidade do projeto está a existência de um plano de autogestão e sua documentação, uma vez que constitui prática de relevo igualmente recomendada pela

melhor evidência, não passível de ser aplicada até ao momento, mas revestindo-se de um compromisso futuro.

O projeto em curso, para além de contribuir para a consecução dos objetivos contratualizados pelas duas unidades funcionais, reúne um potencial inestimável para a centralidade efetiva, quer das pessoas com doenças crónicas (enquanto atoras e autoras dos seus projetos de saúde), quer dos enfermeiros no âmbito da tomada de decisão clínica em enfermagem (ainda que integrados em equipas multidisciplinares a trabalhar com objetivos comuns), numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

O momento de reorganização e de reestruturação que a equipa multiprofissional do CS de Darque, mais especificamente no que respeita à equipa de enfermagem, carece de grande atenção, promovendo o sentimento de compromisso da equipa e tendo sempre presente o foco deste projeto de implementação. Por outro lado, esta fase de mobilidade dentro do processo pode servir de apoio para impulsionar a mudança, além de poder oferecer contributos valiosos para garantir a sua sustentabilidade do mesmo a longo prazo.

1.2. ESTUDO 2: FAMÍLIAS COM PESSOA IDOSA: (CO)CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

1.2.1. METODOLOGIA

A metodologia, compreendida como o caminho a ser percorrido na realização de um processo de investigação ou de uma pesquisa científica, divide-se em várias etapas que fazem com que este percurso científico tenha um ponto de partida e um ponto de chegada (Sampaio, 2022), tal como apresentado.

1.2.1.1. Justificação da Problemática

As unidades de saúde familiares, vistas como a face mais visível da profunda reforma dos CSP nos últimos anos, visam responder às necessidades em saúde da população e potenciar a promoção de cuidados equitativos e universais ao longo do ciclo vital, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados a cada pessoa e família inscritas.

Destaca-se, assim, a família como um eixo estruturante, pois é na família que se inicia todo o processo de aprendizagem, que passa pelos processos de autocuidado das necessidades básicas humanas até às aprendizagens de socialização. Com a evolução do conceito de família e com as mudanças significativas que se foram instalando na estrutura e nos contextos familiares, hoje a família é vista, segundo Relvas (1996), numa conceção sistémica, como um sistema em constante evolução e que, pela sua individualidade e complexidade, cada família tem uma identidade própria. Figueiredo (2012 e 2023), corrobora esta conceção quando apresenta a família como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa, caracterizando-a como unidade de cuidados. Nesta perspetiva, a pessoa idosa, quer pela especificidade inerente à idade, às limitações que possam advir e à probabilidade aumentada de doença crónica e comorbilidades associadas à mesma, requer por parte da família, enquanto unidade, uma atenção prioritária na procura do bem-estar e do equilíbrio necessários ao bom funcionamento da dinâmica familiar e na autogestão da sua doença. Sabendo que a esperança de vida está a aumentar e, com ela, o aparecimento da doença crónica torna-se quase inevitável e fundamental que, tanto a pessoa idosa como a família percebam a importância da autogestão neste processo na perspetiva de se tornarem capacitados e se corresponsabilizarem na e pela sua saúde, quer individual quer familiar. A enfermagem de saúde familiar, alicerçada também neste pensamento sistémico, dando especial atenção à interação e reciprocidade entre os membros da família, tem, no Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, o profissional de referência que garante um acompanhamento especializado à família, enquanto unidade de cuidados (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014) e um elo facilitador e impulsionador na (co)construção do processo de cuidados orientado para a autogestão da doença crónica na pessoa idosa e sua família.

A USF Tiago de Almeida, enquanto unidade funcional onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, tal como descrito anteriormente, é parte integrante do ACES do Alto Minho, é uma USF modelo B, com autonomia organizativa e funcional. Tem 9787 utentes inscritos, com 2291 utentes idosos, com mais de 65 anos, com doenças crónicas associadas a este envelhecimento da população, aumentando as necessidades de cuidados de saúde. Percebendo que toda esta problemática em torno da população idosa com doença(s) crónica(s) associada(s) interfere nas famílias do Distrito de Viana do

Castelo e particularmente nas famílias da USFTA e na equipa de enfermagem desta unidade funcional, depreende-se a urgência na adoção de cuidados de saúde centrados nas vivências e necessidades das famílias e pessoas idosas enquanto unidade de cuidados, na perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência. Adicionando a este facto, a experiência profissional vivida e experienciada na prática de cuidados diária e os escassos recursos e respostas para os idosos e famílias e sabendo que o enfermeiro de saúde familiar tem um papel preponderante na capacitação para autogestão da doença crónica como algo fundamental para o bem-estar da pessoa e família, para a prevenção e que será traduzida em ganhos em saúde, surge a importância deste projeto de investigação.

1.2.1.2. Questão de Investigação, Finalidade e Objetivo do Estudo

A questão de investigação, a finalidade e o objetivo do estudo advêm, em simultâneo, da contextualização e da justificação da problemática escolhida em consonância com o enquadramento teórico apresentado (Fortin, 2009).

De acordo com este pressuposto e considerando a problemática escolhida para o estudo, coloca-se a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção da família acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção efetiva da autogestão da doença crónica da pessoa idosa?”

Em concordância com a questão de investigação formulada, define-se como finalidade maior contribuir para implementação de práticas de enfermagem de saúde familiar centradas nas vivências e nas necessidades das famílias e pessoas idosas enquanto unidade de cuidados. Perspetiva-se e consolida-se, assim, a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar prestados com famílias de pessoas idosas com doença crónica.

Sabendo que os objetivos do estudo passam a ter um papel norteador para o percurso deste estudo e fundamentam o motivo pelo qual este se realiza e considerando, concomitantemente, a questão de partida formulada e a finalidade do mesmo, foram definidos como objetivos gerais:

- Caracterizar as famílias das pessoas idosas com doença crónica inscritas USF Tiago de Almeida;

- Analisar a percepção de famílias acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa;
- Produzir evidência de suporte à proposta de um plano de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem de saúde familiar a prestar às famílias das pessoas idosas com doença crónica, com particular enfoque no âmbito da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

1.2.1.3. Tipo de Estudo

Este estudo visa a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar prestados às famílias das pessoas idosas com doença crónica. Assim reveste-se de um carácter de investigação-ação (Vilelas, 2020), como um método participativo, reflexivo e analítico, na perspectiva dos diferentes intervenientes (co)construírem todo o processo e contribuam para a solução do problema ou situação, numa perspectiva exploratória.

Do ponto de vista de paradigma, assenta no paradigma qualitativo.

1.2.1.4. População Alvo e Amostra do Estudo

O contexto do estudo a realizar é a USFTA e a população em estudo as famílias de pessoas idosas com doença crónica inscritas na referida unidade funcional. No sentido de responder ao segundo objetivo de investigação, serão selecionados informantes privilegiados no âmbito da problemática em estudo, tendo em conta os critérios de inclusão descritos. A amostra, como parte desta população selecionada, será definida após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, sendo uma amostra não probabilística por conveniência.

Definiram-se como critérios de inclusão:

- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, com doença crónica, inscritas na USF Tiago de Almeida;
- Informantes privilegiados, selecionados entre famílias de pessoas idosas com diagnóstico de doença crónica em fase inicial, de 6 meses a 1 ano, e em fase de doença instalada, de 2 a 5 anos.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos:

- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, sem doença crónica, inscritas na USF Tiago de Almeida;
- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, em situação de dependência, inscritas na USF Tiago de Almeida.

1.2.1.5. Instrumento de Recolha de Dados

Cabe ao investigador a responsabilidade de definir o ou os instrumentos de recolha de dados que melhor se adequam à questão de partida da investigação a realizar e aos seus objetivos previamente definidos, mediante as características da população alvo selecionada (Fortin, 2009). Para este estudo, os instrumentos de recolha de dados a aplicar e que melhor se adequam a esta investigação, respeitando o anonimato dos participantes, são:

- A Escala de *Graffar* Adaptada e a Escala de *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, Version II* (FACES II) (Anexo II), como suporte à análise documental, para a caracterização das famílias em estudo;
- Um guião de entrevista semi-estruturada (Apêndice II), orientado para o(s) informante(s) privilegiado(s) das famílias em estudo.

1.2.1.6. Procedimento de Recolha de Dados

Atendendo aos objetivos delineados e ao paradigma misto adotado, este estudo de investigação implica um trabalho faseado:

- Na primeira fase do estudo procede-se à caracterização das famílias em estudo com recurso à análise documental;
- Na segunda fase do estudo procede-se à realização de entrevista semi-estruturada a informantes privilegiados no âmbito das famílias de pessoas idosas com doença crónica. O número de entrevistas realizadas foi determinado pela saturação da informação.

1.2.1.7. Procedimentos Formais e Éticos

Este ponto, comum aos dois estudos apresentados, remete-se para o ponto 1.1.1.7. do Estudo 1, página 60.

Referir que foi submetida a autorização para a realização deste estudo à Comissão de Ética para a Saúde da ULS do Alto Minho, tendo sido cedida a mesma em dezembro de 2023 como consta no Anexo III.

1.2.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A caracterização da pessoa idosa e das famílias partiu dos dados obtidos através da análise documental, apoiada na estatística nas situações de natureza quantitativa, sendo estes introduzidos e codificados em base informática recorrendo ao *Excel* e ao *RStudio*, para o seu tratamento. Numa segunda fase do estudo, o tratamento da informação obtida, através das entrevistas realizadas, obedece aos procedimentos da análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

As entrevistas foram realizadas no período temporal de 05 a 16 de janeiro de 2024, num gabinete de enfermagem das instalações da USFTA, a um total de 17 famílias, 12 das quais com a presença do informante privilegiado, enquanto elemento da família com maior proximidade à pessoa idosa com doença crónica e significativo na tomada de decisão, e as restantes 5 com a presença de dois ou mais elementos da família da pessoa idosa com doença crónica, onde se inclui o informante privilegiado.

1.2.2.1. Caracterização da Pessoa Idosa

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, este estudo teve como propósito caracterizar, numa primeira fase, a população idosa, com idade igual ou superior aos 65 anos, não dependente inscrita na USFTA. Tendo em conta o total de 2291 pessoas idosas, percebe-se que 2173 são não dependentes, correspondendo a 94,85%, sendo o sexo masculino o predominante 58,40%, como representado na Tabela 13:

Tabela 13. - Número de pessoas idosas, pessoas idosas dependentes e pessoas idosas não dependentes, inscritas na USFTA

Pessoa Idosa		Pessoa Idosa Dependente		Pessoa Idosa Não Dependente		Percentagem (%)	
Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masc.	Fem.
1299	992	30	88	1269	904	55,39	39,46
2291		118		2173		94,85	

Fonte: Dados recolhidos no Mimuf em outubro de 2023.

Após a realização das entrevistas semiestruturadas, com enfoque para a pessoa idosa com doença(s) crónica(s) acompanhada em consultas de vigilância de enfermagem da USFTA, o sexo masculino prevalece como o predominante com 70,59% em relação ao feminino com 29,41%, sendo que as idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade integram 9 (52,94%) pessoas idosas com doença crónica, ou seja, a maioria do total, com uma média de idades situada nos 77,06 anos (desvio padrão de 9,50).

Relativamente às habilitações literárias, é totalmente perceptível que o primeiro ciclo é o predominante com 76,47%, salientado que nenhuma das pessoas idosas caracterizadas é analfabeta e 2 (11,76%) possuem ensino superior.

Um dos objetivos da caracterização clínica passava pela determinação das doenças crónicas predominantes na amostra relativa à população idosa. Percebe-se que a doença crónica está presente na pessoa idosa considerando que cada uma dessas pessoas pode englobar mais que uma doença crónica ao longo do seu processo de envelhecimento. As doenças cardiovasculares são aquelas que mais predominam, apresentando-se a Hipertensão Arterial como a mais prevalente com 16 (94,12%) pessoas idosas incluídas neste grupo; segue-se a Diabetes Mellitus com 8 (47,06%) pessoas idosas incluídas. Dados relevantes são também aqueles associados às Doenças Osteoarticulares, 6 (35,29%), às Doenças Respiratórias, 5 (29,41%) e à Obesidade e Excesso de Peso, 5 (29,41%), com valores expressivos e importantes de serem analisados. Quanto ao ano de diagnóstico da primeira doença crónica com a qual a pessoa idosa se deparou, conclui-se que, das 17 pessoas idosas incluídas no estudo, 11 (64,71%) tiveram o seu diagnóstico determinado e ativo entre os anos de 2010 e 2019, ou seja, apresentam (con)vivência com a(s) sua(s) doença(s) crónica(s) entre 5 a 14 anos até à data da entrevista. Apenas 1 (5,88%) teve o seu diagnóstico após o ano de 2020, ou seja, há 4 anos. Importante, também, referir que das 17 pessoas idosas, apenas 1 (5,88%) tem uma doença crónica como diagnóstico em comparação com 16 (94,12%) que apresentam mais que uma doença crónica associada e diagnosticada. Dados, na sua maioria, congruentes entre o registo no processo clínico da pessoa idosa e a informação fornecida aquando a entrevista.

E porque a consulta de enfermagem, nomeadamente, a consulta de enfermagem de saúde familiar orientada para a promoção da saúde, vigilância e acompanhamento da doença crónica à pessoa idosa é um fator preponderante para o processo da autogestão e da capacitação para essa autogestão, salienta-se que a maioria das pessoas idosas tiveram

duas consultas por ano, com um número expressivo de 12 correspondendo a 70,59%, 5 referem terem tido mais que duas consultas de enfermagem durante o ano (29,41%), sendo que nenhuma referiu apenas uma ou nenhuma consulta num anos (0%). Todos estes dados estão apresentados e detalhados na Tabela 14.

Tabela 14. - Caracterização da pessoa idosa com doença crónica

Variáveis	Categorias	Frequência		Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
		Absoluta N=17	Relativa (%)				
Sexo	Feminino	5	29,41	-----	-----	-----	-----
	Masculino	12	70,59				
	Outro	0	0				
Idade	[65;75[	9	52,94	65	97	77,06	9,50
	[75;85[	3	17,65				
	≥85	5	29,41				
Habilitações Literárias	Analfabeta	0	0	-----	-----	-----	-----
	Primeiro Ciclo (4ºano)	13	76,47				
	Segundo Ciclo (6ºano)	1	5,88				
	Terceiro Ciclo (9ºano)	1	5,88				
	Ensino Secundário (12ºano)	0	0				
	Ensino Superior	2	11,76				
Patologia / Doença Crónica	HTA	16	94,12	-----	-----	-----	-----
	DM	8	47,06				
	D. Osteoarticular	6	35,29				
	D. Respiratória	5	29,41				
	Obesidade e Excesso de Peso	5	29,41				
	Depressão	3	17,65				
	D. Oncológico	2	11,76				
	D. Cardíaca	1	5,88				
	Outra	1	5,88				
Anos de Diagnóstico	<2010	5	29,41	-----	-----	-----	-----
	[2010;2020[	11	64,71				

	≥2020	1	5,88				
Consultas de Enfermagem	1 vez por ano	0	0	-----	-----	-----	-----
	2 vezes por ano	12	70,59				
	Mais de 2 vezes por ano	5	29,41				

1.2.2.2. Caracterização do Informante Privilegiado

O informante privilegiado enquanto o elemento da família com maior significância para a pessoa idosa com doença crónica pelo acompanhamento constante e pela sua presença diária na vida quotidiana da mesma, poderá assumir um papel preponderante. Reflete-se através deste elemento central, a importância que toda a família possa ter na autogestão da doença crónica da pessoa idosa. Pela impossibilidade, ainda expressiva, da presença integral de todos os elementos da família, optou-se por realizar a entrevista a um informante privilegiado, de cada família em causa, que acedeu em colaborar neste estudo mediante formalização do consentimento informado apresentado no Apêndice III.

Das entrevistas realizadas predomina o sexo feminino entre os informantes privilegiados, com 15 (88,24%) elementos entre os 17 entrevistados. Entre o total dos informantes privilegiados, 9 (52,94%) encontram-se com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos e 8 (47,06%) deles com 65 ou mais anos de idade, com uma média de idades situada nos 63,47 anos (desvio padrão de 9,28). Ou seja, pessoas com idade avançada com responsabilidades acrescidas pelos familiares mais idosos com doença crónica associada ao processo de envelhecimento e que, alguns deles, apresentam também doença(s) crónica(s) diagnosticada(s) e comorbilidades associadas, com limitações presentes, interferindo e dificultando o ato de cuidar e apoiar a pessoa idosa a seu cargo. De salientar que não houve qualquer informante privilegiado com menos de 40 anos de idade.

No que respeita às habilitações literárias, 7 (41,18%) informantes privilegiados têm o ensino secundário completo, 5 (29,41%) frequentaram apenas o primeiro ciclo e 2 (11,76%) o ensino superior, sendo que nenhum é analfabeto (0%). Quanto à situação profissional, verifica-se que a maioria dos informantes privilegiados, 9 (52,94%) dos 17, já se encontram reformados, 6 (35,29%) do total estão empregados a tempo total e 1 (5,88%) a tempo parcial, nenhum é doméstico ou estudante (0%). Em relação ao grau de parentesco, percebe-se que 8 (47,06%) informantes privilegiados com cônjuges ou companheiros da pessoa idosa com doença crónica e um número muito próximo, 7

(41,18%), são filhos; a grande maioria, 13 (76,47%), priva com a pessoa idosa diariamente morando na mesma residência e apenas 3 (17,65%) informantes privilegiados residem numa localidade diferente, apesar de próxima e de manterem contacto presencial constante com a pessoa idosa. Quando questionados face aos anos que apoiam a pessoa idosa em relação à sua doença crónica, conclui-se que a maioria confirma que é desde que esse processo de doença instalada se iniciou nas suas vidas enquanto família. Assim, 8 (47,06%) informantes privilegiados referem apoiar o elemento idoso doente entre 10 a 15 anos, 5 deles (29,41%) há menos de 10 anos e 4 (23,53%) há mais de 15 anos, numa média de 12,35 anos (desvio padrão de 7,41). Todos os dados descritos e analisados são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15. - Caracterização do informante privilegiado

Variáveis	Categorias	Frequência		Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
		Absoluta N=17	Relativa (%)				
Sexo	Feminino	15	88,24	-----	-----	-----	-----
	Masculino	2	11,76				
	Outro	0	0				
Idade	<40	0	0	41	76	63,47	9,28
	[40,65[	9	52,94				
	≥65	8	47,06				
Habilitações Literárias	Analfabeta	0	0	-----	-----	-----	-----
	Primeiro Ciclo (4ºano)	5	29,41				
	Segundo Ciclo (6ºano)	3	17,65				
	Terceiro Ciclo (9ºano)	0	0				
	Ensino Secundário (12ºano)	7	41,18				
	Ensino Superior	2	11,76				
Situação Profissional	Empregado	6	35,29	-----	-----	-----	-----
	Empregado a tempo parcial	1	5,88				
	Reformado	9	52,94				
	Desempregado	0	0				
	Doméstico	1	5,88				

	Estudante	0	0				
Grau de Parentesco	Cônjuge / Companheiro	8	47,06	-----	-----	-----	-----
	Filha/o	7	41,18				
	Irmã/o	0	0				
	Nora / Genro	1	5,88				
	Outro	1	5,88				
Distância Geográfica	Mesma Residência	13	76,47	-----	-----	-----	-----
	Mesma Rua/Bairro	1	5,88				
	Mesma Localidade	0	0				
	Outra Localidade	3	17,65				
Anos de Apoio à Pessoa Idosa	<5	2	11,76	1	32	12,35	7,41
	[5,10[	3	17,65				
	[10,15[	8	47,06				
	≥15	4	23,53				

1.2.2.3. Caracterização das Famílias Entrevistadas

Parte da recolha de dados deste estudo teve como propósito caracterizar e conhecer as famílias que, de livre vontade, aceitaram integrar este projeto, através da Escala de *Graffar* Adaptada e da Escala FACES II (Anexo I) como suporte à análise documental.

Das 17 famílias integradas no estudo, 12 (70,59%) delas tem o seu agregado familiar constituído entre 2 e 3 elementos, sendo a maioria das famílias entrevistadas; 3 (17,65%) são constituídas por 4 e 5 elementos; 1 (5,88%) delas é monoparental constituída apenas 1 elemento e 1 (5,88%) delas tem mais que 6 elementos no seu agregado familiar, considerada uma família nuclear extensa.

Segundo a Escala de *Graffar* Adaptada, aplicada a cada família/informante privilegiado, relativamente à condição socioeconómica da família, das 17 famílias entrevistadas, 9 (52,94%) delas inserem-se na classe média, 5 (29,41%) situam-se na classe média alta e 3 (17,65%) na classe média baixa. Nos extremos, classe alta e classe baixa, não se incluiu qualquer uma das famílias (0%), como se observa na Tabela 16.

Tabela 16. - Caracterização da família segundo a Escala de *Graffar* Adaptada

Variáveis	Categorias	Frequência	
		Absoluta N=17	Relativa (%)
Escala de <i>Graffar</i> Adaptada	I - Classe Alta	0	0
	II - Classe Média Alta	5	29,41
	III - Classe Média	9	52,94
	IV - Classe Média Baixa	3	17,65
	V - Classe Baixa	0	0

Da aplicabilidade da Escala de FACES II, a totalidade das famílias (100%) classificou-se como desmembradas quanto à coesão e a maioria, 10 (58,82%) famílias, flexíveis quanto à adaptabilidade. Das restantes, e ainda quanto à adaptabilidade, 4 (23,53%) tratam-se de famílias estruturadas e 3 (17,65%) famílias rígidas.

Na leitura e conjugação destas duas variáveis, coesão e adaptabilidade, ou seja, caracterizando quanto ao tipo de família, resultaram 12 (70,59%) famílias equilibradas e 5 (29,41%) delas na categoria extrema, tal como se apresenta na Tabela 17.

Tabela 17. - Caracterização da família segundo a Escala de FACES II

Variáveis	Categorias	Frequência	
		Absoluta N=17	Relativa (%)
Coesão	Muito Ligada / Emaranhada	0	0
	Ligada	0	0
	Separada	0	0
	Desmembrada	17	100%
Adaptabilidade	Muito Flexível/ Caótica	0	0
	Flexível	10	58,82%
	Estruturada	4	23,53%
	Rígida	3	17,65%

Variáveis	Categorias	Frequência	
		Absoluta N=17	Relativa (%)
Tipo de Família	Extrema	5	29,41%
	Equilibrada	12	70,59%

1.2.2.4. Apresentação dos Resultados das Entrevistas Realizadas

Foram realizadas um total de 17 entrevistas em ambiente de gabinete de enfermagem nas instalações da USFTA, com a presença maioritária dos informantes privilegiados da pessoa idosa com doença crónica, mas também de dois ou mais elementos da família presentes incluindo a presença física da própria pessoa idosa.

Das 17 entrevistas realizadas, mediante o guião da entrevista semi-estruturada e os dados recolhidos durante a realização de cada entrevista, emergiram áreas temáticas, categorias e subcategorias apresentadas na Tabla 18. Esses dados, centrados no diálogo estabelecido e nas respostas e na conversa partilhada, deram origem às unidades de registo incluídas na referida tabela.

Após análise foram definidas quatro áreas temáticas: impacto da doença crónica na família, conhecimento da família quanto a autogestão da doença crónica, envolvimento da família na autogestão da doença crónica da pessoa idosa, perceção da família e pessoa idosa, em relação ao processo de cuidados prestados pelo enfermeiro. Destas áreas temáticas surgem as categorias e subcategorias como se apresentam na Tabela 18, complementadas com as unidades de registo, onde cada citação é identificada com o número da entrevista realizada, como exemplo, E01 refere-se à entrevista número 1 e assim sucessivamente.

Por ser um leque extenso de citações a incluir na tabela referida, remete-se para o Apêndice IV, que apresenta uma tabela com a inclusão da globalidade dos excertos das entrevistas, sendo apresentadas em contexto desta análise aqueles excertos mais significativos e com interesse acrescido para a realização da análise de conteúdo.

Tabela 18. - Análise de conteúdo das entrevistas realizadas

Área Temática: Impacto da doença crónica		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Dinâmica familiar	Dimensões do quotidiano	“Foi um processo normal.” (E01) “Com paz. Eu acho que quando há paz, não há discussões. Há conversa.” (E03) “Teve bastante, porque eu não posso ir para lado nenhum. Tenho que estar sempre por casa, quando ele está, tenho que estar sempre em casa, porque ele precisa muito de mim. Está muito dependente de mim. Muito.” (E05) “(…) não posso ir a lado nenhum, porque se acontece alguma coisa... aí ficamos limitados a ter que estar sempre em casa. (...) não podemos dizer assim, olha, quero ir a um teatro.” (E06) “(…) estamos ligados, acabámos sempre por estar.” (E08) “Ela não está na minha casa porque não quer, mas eu também não me preocupo porque eu estou ali ao lado dela, eu estou na minha cozinha e a vê-la na casa dela, percebe? Estamos bem assim.” (E12) “Eu trabalho, o meu marido também, no fundo sou eu que tenho que ver a medicação, as refeições, recai tudo em cima de mim, o que é uma carga bastante elevada.” (E16) “(…) não saímos tantas vezes, eu e o meu marido não temos momentos a sós, que pode não parecer nada, mas para nós é muito importante... não podemos nos ausentar muito tempo, senão tenho que pedir auxílio aos meus filhos para eles virem lá para casa.” (E16) “Para mim não teve impacto nenhum, porque os cuidados que ele precisa de ter já vinham de trás. Agora, nada foi alterado.” (E17)

	Influência nos membros da família	“Eu não creio que a hipertensão seja uma doença que interfira (...). Mas interferir mesmo, não interferiu não.” (E01) “Um bocadinho, mas agora já estou habituada (...). Temos que nos adaptar bem. A minha filha e o meu filho ajudam-me em tudo que podem...” (E05) “Ah, tivemos que nos adaptar, tivemos que andar ao som dele.” (E06) “Não. Continua tudo igual.” (E07) “Portanto, tinha que ser dividido entre mim e o meu irmão (...). Acabámos por nos ligar ainda mais com esse problema de saúde.” (E08) “Sim, sim. Eu estou ao lado dela. A minha irmã também, coitada, é doente. Somos as duas únicas.” (E12) “Sim, tem interferido (...). Tem sido um bocadinho difícil, não tem sido fácil.” (E16)
Adaptação à doença crónica	Vivências da família	“Porque à medida que você dá a medicação ela é controlada, fica tudo bem” (E01) “Tive que adaptar. (...) tivemos que nos adaptar na alimentação, procurar comer com regras.” (E04) “(...) mas se eu lhes falto... eu também não sou eterna.” (E05) “Não era muito fácil, eu estava num trabalho que não tinha muita disponibilidade de poder acompanhar (...).” (E08) “Eu reagi sempre bem e continuo a reagir bem, não tenho qualquer dúvida (...). Ela é igual, ela até aceita melhor do que eu.” (E09 e E10) “Não tem sido muito fácil. Porque ela não consegue gerir sozinha as coisas.” (E16)
	Comportamento da pessoa idosa	“A minha mãe criou um pouquinho de resistência, ela tem uma forma de ver a vida bem diferente da maioria dos idosos...ela quer agir e fazer as coisas que ela fazia com 60 anos. E ela não conseguia

		fazer nada. Ela não se aceita com essas limitações.” (E01) “Ele também não tem muita força de vontade. Acomoda-se muito.” (E05) “Ele sabe, mas nem sempre aceita que tem que ter mais cuidado com a saúde dele. (...) Mas ele gosta de estar a trabalhar. Está sempre a trabalhar.” (E07) “A minha mãe cuida-se muito bem, muito bem, não é preciso dizer. (...) levanta-se, toma o pequeno almoço dela faz a higiene dela e depois senta-se num cadeirão que lhe demos todo confortável e passa todo dia a ler e à tarde a ver televisão.” (E12)
Relações familiares	Dificuldades sentidas	“Com relação à doença crónica, sem problemas nenhum. O único transtorno é que ele não respeita muito os limites dele...” (E02) “(...) Porque eu queria fazer certas coisas e não posso. Tenho que estar sempre ali, com ele,” (E05) “Estamos mais presos no fundo. Nós, mais presos em casa (...)” (E06)
	Necessidades de suporte	“Há ainda uma falta de aceitação pelo estado atual da saúde dele.” (E02) “Sempre nos apoiámos.” (E04) “Tenho. Tenho os meus filhos, mas eles também têm o trabalho, mas quando há coisas mais pesadas, eles vêm-me ajudar.” (E05) “Para já, não. Para já, enquanto família consegue-se gerir.” (E06)
Área Temática: Conhecimento da autogestão da doença crónica		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Doença crónica	Evolução e tratamento	“(...) se ele não tomar medicação e não respeitar os limites que foram impostos, ele vai ter um pico de tensão, vai ter um AVC e vai ficar numa cama.” (E02) “Que é evolutiva.” (E06)

		“De problemas associados. (...) que pode a qualquer momento dar qualquer coisa.” (E07) “Faz uma pergunta que nunca pensei sobre isso. Tenho a noção de que se as tensões saem de valores padrões, valores aceitáveis, que é bastante perigoso. Não é? Isso tenho a noção.” (E11) “E também sei perfeitamente que muitas vezes o risco é pesado.” (E17)
	Qualidade de vida	“Vai interferir com a qualidade. Vai, com certeza.” (E01) “O que nós procuramos é manter o meu pai como se fosse numa redoma de vidro. De modo que nada lhe possa prejudicar a saúde. (...) Ele está. Muito bem.” (E03) “(...) não melhorou, nem piorou.” (E09) “Se não houver o cuidado, se os limites de tensão forem ultrapassados exageradamente, pode haver efeitos extremamente negativos.” (E11) “Ela ainda mata os frangos dela, e que ninguém lhe tire isso, porque não há hipótese. Enquanto eu puder, deixei-me andar, diz ela. E lá anda, no quintal dela...” (E12) “A qualidade de vida dela melhorou. Melhorou muito. Então, desde que a família participa, que a qualidade aumentou...” (E16)
	Papeis familiares	“E era eu que pegava a comida e levava sempre. E aí cuidava da medicação e via como é que estavam as coisas.” (E01) “Ela passou a ser a prioridade. Sim. Portanto, passei o meu lado profissional para o segundo plano.” (E08) “Eu é que tenho que tomar decisão, de ter um papel de maior responsabilidade.” (E12) “Portanto, eu deixei de ter quase a minha vida privada.” (E15)

Autogestão	Conhecimento do conceito	“Não. Autogestão é a maneira como o corpo se comporta.” (E01) “Portanto, a autogestão é quando o próprio doente consegue gerir ainda a sua doença.” (E08) “Eu acho que não, não sei. Autogestão, explique-se-me.” (E09) “Não. Autogestão da doença é um comportamento?” (E13) “Tem a ver com autogestão, tem a ver com a própria pessoa ter o controle da doença.” (E14) “Autogestão da doença crónica, não sei o que isso significa. Autogestão, acho que sei, mas autogestão, ela não consegue. Não, não, não tem capacidade para gerir.” (E16) “Nunca ouvimos falar” (E17)
	Importância (para a qualidade de vida)	“Eu acho que ele que vive muito bem, graças a Deus. Está muito bem.” (E03) “(…) E consegue perceber que o facto de se mover e movimentar é importante.” (E07) “Até hoje tem-se mantido bem. Temos conseguido levar isto tudo direitinho.” (E09) “Ela ainda faz a depilação dela, põe o creme dela todas os dias de manhã e à noite…” (E12) “(…) claro que tenho a preocupação de tomar o meu comprimido certinho, e vou ter que resolver estas situações (...). Eu procuro sempre cumprir na íntegra todas essas situações. Melhora, sem dúvida nenhuma.” (E13)
	Capacidades físicas e cognitivas (da pessoa idosa)	“Ainda tem opinião própria. Graças a Deus. (...) E eu chamo-o independente. Preocupa-se com a sua doença.” (E03) “Sim, quer dizer, a física já não é bem o caso (...) Já diminuiu. Na parte psicológica, de momento, a gente tenta gerir.” (E04)

		“A capacidade física também já não é muita.” (E05) “E está perfeitamente consciente dos problemas de saúde que ele tem. (...) fisicamente está pior, é dependente. Agora, de resto, não. De resto, ele está bem.” (E06) “Tem. Está bem.” (E07) “Apesar de se sentir um bocadinho limitada fisicamente. Sim, mas na cabeça não.” (E15) “Não dá para ela fazer nada, não. Ela não tem capacidade.” (E16)
Área Temática: Envolvimento da família na autogestão		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Apoio à pessoa idosa	Pedidos de apoio	“Não. Não, eles não pedem apoio.” (E01) “Ele não pede apoio porque é autónomo.” (E03) “Ah, sim, sim. Porque ele vê que não consegue fazer as coisas e pede (...). Mas ele pede apoio, ele necessita. E aceita esse apoio. Sim, aceita.” (E06) “Não é assim muito de pedir, mas também não consegue esconder muito bem. Se nós acharmos que ela não está bem, basta olhar para ela, que se consegue perceber.” (E08) “Não, ela nunca pede apoio.” (E12)
	Necessidades de apoio	“Sabe aquela coisa do eu posso, eu não estou doente, eu estou bem, eu não preciso de ninguém.” (E02) “Cuidar dele, da medicação, controlar tudo, ver se está tudo bem, tudo ali direitinho... nós tínhamos que ajudá-lo a calçar, tínhamos que ajudá-lo a vestir. Chegámos a ajudar-lhe a dar banhinho.” (E03) “Para já é autónomo.” (E07) “Sim, tudo. Ela faz tudo. No banho, no resto da higiene, na alimentação... ela cozinha. (...) O

		facto, por exemplo, às vezes, eu querer ajudá-la a calçar umas meias, mas ela não deixa: eu para já ainda consigo.” (E08) “Eu só lhe passo a roupa, mas ela faz tudo. Ela, tem o cestinho dela (medicação), sabe de manhã o que tem a tomar e o que tem à noite. E é muito ativa.” (E12) “Ela é uma pessoa que precisa de muito apoio. Higiene, comida, medicação para se deslocar... Tudo. (...) Não dá para ela conseguir gerir.” (E16)
	Redes de apoio	“Nós, entre Areosa, Carreço, Nossa Senhora de Fátima, que também tem centro, a gente tenta procurar essas três instituições. (...) Estamos perto de tudo e temos ainda as coisas todas se forem necessárias.” (E06) “Na alimentação, ela tem o apoio do centro social. (...) sempre me informei, sempre tive apoio em tudo” (E15)
Família como parte integrante (Centralidade na família)		“O que está ao nosso alcance, nós fazemos (...).” (E03) “É, muito mesmo. Porque como disse, se a família falhar as coisas não vão correr... tem que ser.” (E05) “Eu tento incentivá-lo a fazer um bocado de exercício. A caminhar.” (E07) “Mesmo a nível da alimentação, acho que eu tenho um cuidado redobrado, medicação sempre certinha, sem falhar nunca nada (...). Muito importante, porque nos sentimos mais seguros.” (E08) “E os filhos quando sabem que a gente vai ao médico, à noite, já nos ligam. O que é que se passou?... É muito importante. Tanto um como o outro. Sim, isso é muito importante (...). Também, telefonam. Estão os dois longe.” (E11) “Ela cuida-se, mas a família também a incentiva.” (E12)

		“Sim, porque há coisas que nós temos que ir observando para ver, para detetarmos falhas que existam de comportamentos, de dificuldade. Portanto nós temos que ir vendo a evolução da capacidade dela para viver sozinha, temos que ir acompanhando e estando atentos.” (E15) “Eu até acho que a família é o mais importante. A mim dizem-me muitas vezes, porquê que não se põe no lar? Eu acho que não é solução, podendo a família, acho que o melhor que pode haver é estar no meio da família. De quem lhes quer.” (E16)
Área Temática: Perceção do processo de cuidados		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Consultas de vigilância	Acompanhamento	“Sempre, porque eu sou a tradutora dele, ele não abre a boca para nada, eu tenho que dizer tudo.” (E02) “Não. Vêm os dois (pai e mãe).” (E07) “Sim, sim, sempre. Sempre fomos juntos, assim como agora.” (E10) “Lembro-me de ir com ela sempre que possível ao Porto. Lembro-me de ir a todas as consultas (...). Porque eu acho que é importante. Ela sente-se mais segura (...). Ou tem alguma dificuldade em não entender ou saber explicar.” (E11) “Para já tem ido sozinha (consulta de enfermagem de saúde familiar). Quando é no hospital vou com ela.” (E12) “Venho eu sempre com ela. Gosto de ficar, às vezes só diz o que quer, não está a ver a dica, (...) mas por uma questão de também saber se há casos novos que temos que estar atentos, porque isso também nos diz respeito.” (E15) “(...) ou venho eu ou vem o meu marido, vem sempre acompanhada, sim. Porque ela interpreta mal as coisas... melhor nós acompanharmos,

		porque sabíamos dizer o que ela tinha, o que não tinha, o que fazia, o que não fazia...” (E16) “Vem sozinho.” (E17)
	Envolvimento	“E eu achei que devia começar a vir com ele para saber um pouco dos problemas dele. Porque senão não sabia.” (E03) “E participo ativamente também nas consultas, porque tenho que ver o que é que o médico diz.” (E06) “Chegámos a casa e um diz ao outro. Falamos, conversarmos, o que eu disse, o que me disseram” (E11) “Sim, sim (envolvida enquanto filha). Também a equipe está habituada comigo (...). Por isso é que eu gosto de ir às consultas para ir avaliando.” (E15) “Não. Ou seja... Cada um olha por si... Porque eu acho que não o devo fazer. Porque acho que não adianta nada. O meu marido ainda é jovem, ainda tem todas as capacidades... tens de ser ele a tomar conta das suas coisas.” (E17)
Envolvimento no processo de cuidados	Necessidade da pessoa idosa	“Mas é isso sempre que ele que pede, por algum motivo diz assim, oh filha anda comigo.” (E03) “(...) mas para já não temos tido, graças a Deus. Para já não foi preciso ajuda nenhuma.” (E06)
	Apoio do enfermeiro de saúde familiar	“A relação que eu tenho com a enfermeira, que é a enfermeira deles, é perfeita (...). Sinceramente, eu não sinto falta de nada em relação à enfermagem.” (E01 e E02) “A enfermeira é muito boa (...) sempre tive apoio.” (E03) “Havia, havia orientações, sim (...) Sim, esclarecia, não ficavam dúvidas.” (E04) “Apoia... Sim, sentimo-nos muito, muito bem.” (E05)

		“Ai, de certeza (...) Isso de certeza. É importante. Esta relação.” (E07) “Sim. O nosso, enquanto enfermeiro de família... é bom sentirmos que temos sempre alguém a quem podemos pedir ajuda ou a quem podemos falar. E que sabemos que está lá (...). Se alguma coisa não estiver bem ou alguma dúvida, que pode conversar connosco. É muito bom, sentir isso.” (E08) “A esse nível, ao nível da enfermagem, eu não posso pronunciar muito bem porque não há muito contacto. Eu tenho, normalmente, a consulta. médica. E, previamente, antes de entrar, vou medir a tensão, eu falo um bocadinho com a senhora enfermeira, mas é só aquele momento e depois vou para a médica.” (E11)
	Expectativas	“Foi a enfermeira que me orientou. (...) ela ajudou-me muito. Porque eu entrei aqui em desespero. (...) é primordial para mim aqui” (E02) “Eu não quero dizer com isto que esperaria algo mais, porque eu também não sei se haveria algo mais para fazer por parte do serviço de enfermagem. É isto, não sei, provavelmente é o necessário, é o suficiente.” (E11) “Eu sou tão bem recebido que acho que não há mais nada que me possa dar do que aquilo que me tem dado constantemente, acho que não posso pedir mais nada.” (E13) “É uma sugestão. (...) a maior necessidade que eu tinha era um apoio quando eu tenho algum problema, alguma dúvida, alguma coisa que eu quero fazer por exemplo..., mas o que fazer? (...) eu confesso que sim, porque se tenho uma dúvida e sei que posso telefonar e contar com alguém é o essencial.” (E16)
Intervenção do enfermeiro	Vigilância	“Eles vêm, acho que sempre que têm consulta eles vêm.” (E01 e E02) “Vigilância. Pelo menos para ter um bocadinho de noção em que tem que vir. Porque tem uma doença,

de saúde familiar		porque senão parece que esquece e assim, pelo menos vigiam.” (E07) “A nossa enfermeira diz-me, há algum problema, venha aqui que eu estou aqui. Fala comigo... vamos contar com ela.” (E09) “Não tenho noção nenhuma, ela vem muito pouco, ela só vem de meio em meio ano...” (E12) “(...) mas a enfermeira de vez em quando, faz uma visita domiciliária...” (E16) “Eu na realidade nunca tive assim muito contacto com a enfermeira. Porque não tenho precisado. Eu nunca tive queixa nenhuma dela.” (E17)
	Acompanhamento	“Em relação à doença crónica, tenta chama-lo à razão, tenta perceber o porquê de algumas situações... Ela conhece bem os dois” (E02) “Eu acho que não há muito mais a fazer neste caso. Para já, graças a Deus... continuar.” (E03) “Quer dizer, o fazer mais ou não fazer mais não está em causa porque eu acho que o que faz já é o suficiente e é o suficiente porque há informação e nós procuramos colaborar.” (E04) “Serem um bocadinho controlados porque às vezes desleixam-se e pelo menos é um meio de informação, para terem um bocadinho mais cuidado.” (E07) “Não se conversa assim muito, a nível do serviço de enfermagem não. É assim um bocado mais para o rápido, medir a tensão e tal, o peso, isso está tudo bem. (...) A situação também acho que não justifica mais nada. Sim, sim. Na enfermagem também se fala da questão física, mas...” (E11) “É gratificante a gente falar um bocadinho sobre isto, porque às vezes sente-se um bocado esquecido de falar sobre esta situação, torna-se tão rotineiro que acabamos por ficar gratos por estes bocadinhos.” (E13)

		“Sim, consideramos uma família também. Eles estão totalmente integrados connosco. (...) Antes quero vir para aqui do que para o hospital.” (E15) “Que me envolve a mim? Sim. Eu acho que estamos muito seguras de que nós vamos conseguir lidar com a situação e conseguimos! Mas há momentos e há situações que nos ultrapassam e aí é que precisávamos assim de um apoio.” (E16)
--	--	--

1.2.3. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O Estudo 2 surge, como anteriormente fundamentado, como contributo às necessidades e prioridades de intervenção manifestadas e verbalizadas pelos profissionais de saúde da USF Tiago de Almeida, com particular interesse da equipa de enfermagem da referida unidade. Conhecer e entender o que a família com pessoa idosa portadora de doença crónica precisa e espera do enfermeiro de saúde familiar foi o propósito central deste projeto, capaz de envolver a equipa de enfermagem na construção do processo de cuidados cada vez mais adaptado e orientado para a pessoa e a família em questão.

A doença crónica, pelas características que lhe são inerentes, têm um impacto significativo na vida das pessoas e famílias, facto pelo qual tem sido alvo de investigações constantes na procura de novas abordagens que favoreçam a capacidade adaptativa e de autogestão. Uma dessas abordagens passa, essencialmente, pela mudança de paradigma na prestação de cuidados, passando de um sistema centrado na doença para um sistema proativo centrado na pessoa e na família (Vilar, 2012). Processo baseado na estreita ligação com o enfermeiro de saúde familiar perspetivando a (co)construção do processo de cuidados otimizando as potencialidades de todos os intervenientes.

Pelos dados obtidos, consegue-se perceber que a doença crónica na pessoa idosa é uma realidade e que, a mesma pessoa idosa, tem mais do que uma doença crónica associada, causando um aumento significativo das morbilidades. Percebe-se que o aumento progressivo da idade implica um aumento do risco de vulnerabilidade e faz com que a pessoa idosa tenha maior necessidade de apoio para viver com mais saúde e reduzir o impacto que a doença crónica possa causar (Bastos *et al.*, 2021).

A família, enquanto elo fundamental, tanto pela proximidade como pelas relações estabelecidas ao longo do tempo, exerce uma influência significativa e desempenha um papel crucial em várias fases do contexto de saúde e doença, incluindo a prevenção, o aparecimento da doença e a adaptação à doença crónica. Entende-se que a pessoa com doença crónica não adoece sozinha, a família está diretamente envolvida nesta transição no ciclo vital. E é a família que se mobiliza e se reorganiza para enfrentar situações que possam alterar a dinâmica familiar, criando estratégias adaptativas para conviver com a doença, para aceitar essa doença e tudo o que ela acarreta, para que a pessoa e a família consigam viver com a melhor qualidade de vida possível (Brotto & Guimarães, 2017).

O enfermeiro de saúde familiar, enquanto profissional privilegiado no conhecimento profundo das pessoas e suas famílias, é uma parte integrante e crucial no processo de cuidados. Passa pelo apoio, informação e conhecimento que cede e que ajuda a pessoa e a família a reconhecerem e a adotarem estratégias capazes de responderem à situação de doença e a comprometerem-se ativamente na gestão da mesma, integrando eficazmente todo o processo no seu dia a dia. É imprescindível que a intervenção de enfermagem de saúde familiar oriente para a prática de cuidados mais significativos que possa apoiar a pessoa e a família na mobilização de competências e capacidades que permitam a tomada de decisão esclarecida, autonomizando-as no processo de autogestão da doença crónica. Assim, é fundamental a existência de uma visão partilhada e colaborativa entre os todos os intervenientes integrados no processo de cuidar (Sousa *et al.*, 2015).

Estes intervenientes passam por todos aqueles que estabelecem uma interação estreita no processo da doença crónica e na sua autogestão, nomeadamente neste projeto de investigação, pela família, pela pessoa idosa com doença crónica e pelo enfermeiro de saúde familiar. Neste contexto, discute-se e interpreta-se os resultados das entrevistas realizadas, procedendo-se a uma análise crítica e reflexiva dos mesmos. Estes resultados, traduzem as palavras, opiniões, conhecimentos, sugestões, desabafos e necessidades que os informantes privilegiados, as famílias e as pessoas idosas com doença crónica foram verbalizando ao longo da entrevista.

Depreende-se que, pela análise das respostas obtidas, que os intervenientes participaram ativamente neste momento formal, com uma disponibilidade ímpar e com interesse de colaborar entendendo que o contributo dado em muito beneficiará a reflexão e a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A discussão e interpretação dos resultados será apresentada consoante cada área temática definida na análise de conteúdo realizada.

Impacto da doença crónica

A presença de uma pessoa idosa com doença crónica no seio de uma família em Portugal tem um impacto significativo, afetando não só a própria pessoa, mas também todos os que a rodeiam. Ao longo do ciclo vital familiar ocorrem alterações significativas no seio da família, como o aparecimento da doença crónica em idade avançada dos seus membros, que afetam tanto o todo como as partes, pelo que, tanto a família como os seus membros são confrontados com a capacidade de desenvolverem mudanças que permitam manter o equilíbrio dinâmico da unidade familiar (Ferreira et al. 2020; Figueiredo, 2023). O impacto da doença crónica pode manifestar-se em várias dimensões: emocional, física, social e económica, exigindo alinhamento quanto à dinâmica familiar, à adaptação à doença crónica e às relações familiares.

A dinâmica familiar, enquanto as interações e influências mútuas entre os membros da família, é complexa, envolvendo as experiências vividas individualmente e em família e atendendo às relações estabelecidas, crescimento e desenvolvimento de cada um em particular e da unidade familiar como um todo (Castrén & Ketokivi, 2015).

Pelas vozes das famílias e complementadas por algumas pessoas idosas com doença crónica presentes nas entrevistas, verifica-se que as opiniões, sentimentos e factos relatados não são unânimes em relação às alterações verificadas nas dimensões do quotidiano, quando relatam:

“Foi um processo normal.” (E01), a adaptação á doença crónica, não interferindo nas rotinas do quotidiano;

“Não, não. Eu acho que não teve qualquer impacto.” (E11)

“Para mim não teve impacto nenhum, porque os cuidados que ele precisa de ter já vinham de trás, uma série de problemas atrás. Agora, nada foi alterado.” (E17)

Existiram bastantes alterações “porque eu não posso ir para lado nenhum. Tenho que estar sempre por casa, quando ele está, tenho que estar sempre em casa, porque ele precisa muito de mim. Está muito dependente de mim.” (E05);

“Não tem sido muito fácil. Porque ela (mãe) não consegue gerir sozinha as coisas. Eu trabalho, o meu marido também, no fundo sou eu que tenho que ver a medicação, sou eu que tenho que ver as refeições, recai tudo mais ou menos em cima de mim, o que é uma carga bastante elevada.” (E16)

- “(...) não saímos tantas vezes, eu e o meu marido não temos momentos a sós, que pode não parecer nada, mas para nós é muito importante... não podemos nos ausentar muito tempo, senão tenho que pedir auxílio aos meus filhos para eles virem lá para casa.” (E16).

Depreende-se que o tempo e a atenção exigidos pelo apoio à pessoa idosa com doença crónica podem reduzir as interações com os restantes membros da família e/ou com os amigos. As relações familiares também podem ser afetadas, uma vez que os familiares que estão constantemente com a pessoa idosa podem sentir que sacrificam momentos importantes com o resto da família em prol da atenção constante com a mesma.

Quanto à influência que a doença crónica trouxe aos membros da família, as respostas são maioritariamente coincidentes, salientando que não foram ouvidos relatos muito distintos, concordando que os papéis no seio familiar não sofreram grandes alterações com o aparecimento da doença crónica, destacando:

“Eu não creio que a hipertensão seja uma doença que interfira (...). Mas interferir mesmo, não interferiu não.” (E01);

“Nada, nada. Os papéis da família não mudaram. Tudo normal. (...) Sim, tudo as mesmas coisas.” (E10);

(...) levam a vida deles normalmente, independente de estarem preocupados ou não com o pai, claro.” (E13).

Apesar dos desafios que a doença crónica engloba, grande parte das famílias conseguem adaptar-se a esta nova realidade, com reorganização interna e com a naturalidade que este processo de transição pode ser vivido. Nomeadamente quando referem:

“Um bocadinho, mas agora já estou habituada (...). Temos que nos adaptar bem. A minha filha e o meu filho ajudam-me em tudo que podem...” (E05)

No que respeita às vivências da família, percebe-se, pelas palavras da família e dos informantes privilegiados, que as mesmas interferem na adaptação à doença crónica, mas se foram partilhadas acabam por ajudar a aliviar parte da carga sobre os restantes membros da família:

“Eu reagi sempre bem e continuo a reagir bem, não tenho qualquer dúvida. (...) Ela (esposa) até aceita melhor do que eu.” (E10);

“Não era muito fácil, eu (filha) estava num trabalho que não tinha muita disponibilidade de poder acompanhar. Portanto, tinha que ser dividido entre mim e o meu irmão. (...) Acabámos por nos ligar ainda mais com esse problema de saúde.” (E08);

“Com naturalidade, acho que é natural, porque é uma coisa que já acontece há tanto tempo (...).” (E13)

“Ela (esposa) também toma medicação para a hipertensão, portanto, vamos adaptando-nos um ao outro.” (E14)

O comportamento da pessoa idosa perante a doença crónica é um fator importante capaz de promover também o bem-estar da família, garantindo descanso e apoio emocional para lidar com o desgaste que a evolução da doença e a maior dependência possam trazer a médio e longo prazo. Nesta subcategoria, consegue-se entender como esses comportamentos interferem no dia a dia da família e dependem das capacidades e da maior ou menor dependência que a pessoa idosa apresenta:

“A minha mãe criou um pouquinho de resistência, ela tem uma forma de ver a vida bem diferente da maioria dos idosos...ela quer agir e fazer as coisas que ela fazia com 60 anos. Ela não se aceita com essas limitações.” (E01);

“Ele (pai) é que se levanta muito cedo para ir buscar o pão, para ir ao café com o irmão dele. Quer-se sentir útil também.” (E03);

“Ele (marido) também não tem muita força de vontade. Ele também não tem muita força. Acomoda-se muito.” (E05);

“A minha mãe, no entanto, é uma guerreira, porque ela é a que era a doente e foi a que nos passou sempre muita coragem, muita força. Ela sempre teve uma atitude

muito positiva, sempre achou que ia correr bem e isso acabou por nos ajudar.” (E08);

“... ela faz os seus cuidados, não come o que lhe faz mal. Ela é muito cuidadosa (...). Ela é muito ativa, a minha mãe está muito bem. A minha mãe cuida-se muito bem (...), levanta-se, toma o pequeno almoço, faz a higiene dela e depois senta-se num cadeirão que lhe demos todo confortável e passa todo dia a ler e à tarde a ver televisão.” (E12).

Nesta perspetiva e, segundo Azevedo et al. (2022), a capacidade que a pessoa idosa tem para saber lidar com o envelhecimento pode traduzir-se na sua qualidade de vida e da sua família. Assim como é importante que a família encare o envelhecimento como uma etapa natural e ativa do ciclo de vida e não como uma etapa caracterizada pelo declínio funcional e o aumento da dependência da pessoa idosa. Promovendo este envelhecimento ativo, capacita, simultaneamente, a pessoa idosa e a família a manter ou aumentar o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo perante a adversidade que a doença crónica possa trazer.

As relações familiares são cruciais no impacto que a doença crónica pode ter na família. Os relacionamentos saudáveis proporcionam partilha, proximidade, compreensão e suporte à pessoa idosa. A família desempenha um papel fundamental na construção desse ambiente propício ao envolvimento, ao apoio das dificuldades sentidas e ao suporte, ajudando a manter a coesão e a normalizar o processo de cronicidade provocado pela doença (Whitehead *et al.*, 2018).

A maioria dos entrevistados refere que não sente dificuldades, quer no que concerne à família quer no que respeita à pessoa idosa. A maior dificuldade verbalizada prende-se com a falta de informação sentida:

“Eu sinto dificuldades porque não estamos muito bem informados, a informação que nós temos às vezes não chega, nem sempre temos algum apoio e acho que havia de haver” (E16);

“Com relação à doença crónica, sem problemas nenhum. O único transtorno é que ele não respeita muito os limites dele...” (E02);

“Não. Não, a minha mãe está muito bem.” (E12);

“Não, não há grandes dificuldades.” (E14).

O mesmo se verifica em relação às necessidades de suporte, verificando-se que a maioria refere não necessitar de suporte imediato. No entanto, algumas dessas necessidades prendem-se com a aceitação ou não do estado de saúde atual, com as limitações que a pessoa idosa possa apresentar e com a segurança que a informação adequada pode transmitir:

“E ela (mãe) não conseguia fazer nada. Ela não se aceita com essas limitações.” (E01);

“Há ainda uma falta de aceitação pelo estado atual da saúde dele (padrasto).” (E02);

“Não, não. Porque eu... sou autónoma e independente.” (E09);

“Não, até hoje, felizmente.” (E11);

“Havia de haver uma pessoa que nos responda, porque muitas vezes eu sinto-me impotente (...) é uma sugestão. (...) se eu tivesse uma pessoa a quem eu me pudesse dirigir, um telefonema... Para mim era uma segurança.” (E16)

O impacto da doença crónica na pessoa idosa pode afetar toda a dinâmica familiar, exigindo uma reorganização e readaptação da vida familiar para dar resposta às novas exigências. As relações familiares saudáveis, onde se discutem as dificuldades sentidas e as necessidades de suporte, são fundamentais para minimizar o impacto negativo na estrutura familiar. Pois, a doença crónica no seio familiar desafia relacionamentos, papéis, hierarquias e o próprio sistema familiar em geral, o que requer a gestão e a adaptação a novas circunstâncias (Madani & Zarani, 2022).

Conhecimento da autogestão da doença crónica

A autogestão da doença crónica, nomeadamente entre a população idosa, é um processo crucial que envolve tanto o idoso como a sua família. Em Portugal, o conhecimento sobre este conceito ainda é variável, dependendo de fatores como o nível de escolaridade, o acesso a cuidados de saúde e o envolvimento da pessoa idosa e da família com os profissionais de saúde. Por sua vez, a população idosa possui características sociodemográficas que a tornam mais vulnerável, como a baixa literacia, o baixo poder económico e a falta de acesso a estruturas sociais, o que torna ainda mais complexa a gestão da doença nesta faixa etária (Ministério da Saúde, 2018).

A capacitação da família e do idoso para gerir eficazmente a doença crónica pode melhorar significativamente a qualidade de vida de ambos, reduzir complicações e evitar hospitalizações frequentes.

Entendendo a doença crónica como uma doença cujos sintomas duram pelo menos seis meses, com evolução negativa ao longo do tempo, que exige cuidados de saúde contínuos e limita as atividades de vida diária (Airhihenbuwa *et al.*, 2021), percebe-se que a mesma seja um desafio constante para os serviços de saúde.

Assim, nesta categoria impunha-se abordar, com a família e com a pessoa idosa, os conhecimentos que possuem em relação à evolução e ao tratamento da mesma, à interferência que teve na qualidade de vida e nos papéis familiares.

Em relação à evolução e tratamento, tanto a pessoa idosa como a família têm noção que a doença crónica é evolutiva, pode desenvolver outros problemas de saúde associados e caso o tratamento não seja cumprido, esses problemas resultam em complicações maiores e podem interferir no estado de saúde. Destacam-se as seguintes vozes:

“...se ele (padrasto) não tomar medicação e não respeitar os limites que foram impostos, vai ter um pico de tensão, vai ter um AVC e vai ficar numa cama.” (E02);

“Que é evolutiva.” (E06);

“De problemas associados. (...)” (E07);

“A quimioterapia não correu bem, ao contrário do que os médicos achavam não resultou. (...) foi a radioterapia que foi muito eficaz e conseguiu estagnar a situação. É a medicação oral, que tem mantido as coisas.” (E08);

“...porque a diabetes está a começar a levar-me muitas coisas, depois mais coisas que eu tenho associadas, não é só a diabetes.” (E10);

“Pois, se as coisas evoluírem para o mal, é que é mau. Por isso nós temos que nos precaver.” (E14).

A necessidade de intervenções que promovam o tratamento eficaz da doença e forneçam conhecimentos e habilidades à pessoa idosa com doença crónica e família é uma realidade a implementar, porque só assim se pode contribuir para a mudança de comportamentos e

o aumento da motivação para cumprir as recomendações terapêuticas (Zamora-Niño et al., 2019; Ywiżytoniowska et al., 2019).

Quanto à interferência na qualidade de vida, as opiniões são distintas, uma parte dos entrevistados admite que a doença crónica interfere ou poderá interferir negativamente na qualidade de vida:

“Vai interferir com a qualidade. Vai, com certeza.” (E01);

“... interferiu na qualidade da vida dele e da família. Para pior.” (E05);

“Está cada vez pior. (...) É do sofá para a cama. Da cama para o sofá.” (E06),

outros verbalizam que ainda não houve interferência significativa e que limite as atividades de vida:

“Por enquanto, ainda não. São coisas mínimas ainda. E que ela até nem faz essa ligação à própria doença. Acha que é velhice. Mas não é assim nada de especial. Para mim, enquanto ela não tiver dores, não tiver dificuldades respiratórias e conseguir fazer o dia-a-dia sem problemas, para mim está ótimo. E se conseguir manter assim.” (E08);

“...não melhorou, nem piorou.” (E09);

“Nada, nada, ela ainda mata os frangos dela. E lá anda, no quintal dela.” (E12).

e um refere que a qualidade de vida da mãe conseguiu aumentar desde que a família participa neste processo:

“A qualidade de vida dela melhorou. Melhorou muito. Então, desde que a família participa, que a qualidade aumentou... não tem nada a ver.” (E16).

A autonomia da pessoa idosa com doença crónica é um aspeto fundamental para a manutenção da sua qualidade de vida. Conhecer os sintomas da sua doença, compreender os efeitos da medicação e aprender a identificar sinais de alerta são ferramentas que empoderam quer a pessoa idosa quer a família. Este empoderamento, considerado um processo social no qual as pessoas se apropriam das suas próprias vidas por meio de interações com outras pessoas, produz pensamento crítico sobre a realidade e promove a construção de capacidades sociais e pessoais (Souza *et al.*, 2014). Contribui, assim, para mudanças comportamentais, para aumento da literacia em saúde

e, consequentemente, para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa e da família, quando ambos adquirem conhecimentos suficientes sobre a doença crónica e o estado de saúde que lhes permite contornar positivamente as limitações que possam aparecer com o aumento da idade associado à instalação da doença (Ferreira *et al.*, 2024).

No que respeita aos papéis familiares, é importante considerar que a família é determinante na autogestão da doença crónica. Quando a pessoa idosa apresenta alguma limitação, a família assume, muitas vezes, a responsabilidade de garantir a administração correta da medicação, o acompanhamento nas consultas médicas e a monitorização de sinais de agravamento da doença, tal como verbalizado:

“E era eu que levava a comida sempre. E cuidava da medicação e via como é que estavam as coisas.” (E01);

“Ela passou a ser a prioridade. Sim. (...) Desta vez também tenho acompanhado sempre. Portanto, passei o meu lado profissional para o segundo plano.” (E08);

“A minha mulher fica constrangida. até acho que fica mais próxima, que é mais carinhosa. Mais preocupada.” (E13);

“A responsabilidade é sempre nossa...” (E17).

Para que este apoio seja eficaz, é necessário que a família compreenda a natureza da doença e esteja preparada para ajudar a pessoa idosa a fazer escolhas informadas. Pois, o envolvimento da família é influente na autogestão da doença crónica e esta influência, quando devidamente sustentada, pode conduzir a comportamentos adequados e facilitadores da qualidade de vida da pessoa idosa (Martire & Helgeson, 2017).

A autogestão da doença crónica refere-se à capacidade da pessoa de participar ativamente no controlo e tratamento da sua condição de saúde, ou seja, constitui um conjunto de tarefas que a pessoa deve empreender para viver com qualidade a sua vida, com uma ou mais condições de saúde crónicas (Sousa *et al.*, 2021). Inclui a monitorização dos sintomas, a adesão à medicação, a adoção de hábitos de vida saudáveis (como alimentação adequada e exercício físico) e a tomada de decisões informadas para lidar com os desafios diários da doença crónica. Quando confrontados com este conceito, a maioria das famílias reconheceram que não tinham conhecimento do mesmo:

“Eu acho que não, não sei. Autogestão, explique-se-me.” (E09);

“Não. Autogestão da doença é um comportamento?” (E13);

“Nunca ouvimos falar” (E17).

No entanto, duas das respostas aproximaram-se do significado do mesmo quando verbalizaram que:

“Portanto, a autogestão é quando o próprio doente consegue gerir ainda a sua doença.” (E08);

“Tem a ver com autogestão, tem a ver com a própria pessoa ter o controle da doença.” (E14).

Importante salguardar que, quando a pessoa idosa e a sua família possuem conhecimentos adequados sobre a doença e à sua autogestão, são capazes de tomar decisões mais eficazes, o que potencia uma melhor gestão dos sintomas e prevenção das morbilidades associadas. Na sequência do referido, a importância que a autogestão representa na qualidade de vida da pessoa idosa e, consequentemente, da família é identificada pelas mesmas:

“(…) E consegue perceber que o facto de se mover e movimentar é importante.” (E07);

“(…) claro que tenho a preocupação de tomar o meu comprimido certinho, e vou ter que resolver estas situações (...). Eu procuro sempre cumprir na íntegra todas essas situações. Melhora, sem dúvida nenhuma.” (E13).

Quando a pessoa idosa e a família têm um conhecimento adequado sobre a doença e estão preparados para gerir a sua evolução, os benefícios são claros. A autogestão eficaz pode reduzir a necessidade de internamentos, controlar melhor os sintomas, promover a autonomia da pessoa idosa, promover a mudança de hábitos e melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, uma família bem informada sente-se mais confiante e menos sobrecarregada, contribuindo para um ambiente familiar mais saudável e equilibrado e facilitando a implementação de práticas de autogestão eficazes.

As capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa podem ser afetadas com a evolução da doença crónica, assim como podem interferir na autogestão da mesma com a diminuição progressiva dessas capacidades. Segundo Azevedo *et al.* (2022), a pessoa que

apresenta um nível de independência funcional mais elevado, física e cognitiva, tem melhor perceção sobre a sua qualidade de vida e maior capacidade de autogerir a sua doença crónica. Nas entrevistas realizadas, a capacidade física foi aquela que se mostrou mais degradada e diminuída, limitando a pessoa idosa apesar da capacidade cognitiva ainda se manter intacta na maioria das situações verificadas:

“Ainda tem opinião própria. Graças a Deus. (...) E eu chamo-o independente. Preocupa-se com a sua doença.” (E03);

“Sim, quer dizer, a física já não é bem o caso (...) Já diminuiu. Na parte psicológica, de momento, a gente tenta gerir.” (E04);

“A capacidade física também já não é muita.” (E05);

“E está perfeitamente consciente dos problemas de saúde que ele tem. (...) fisicamente está pior, é dependente. Agora, de resto, não. De resto, ele está bem.” (E06);

“Apesar de se sentir um bocadinho limitada fisicamente. Sim, mas na cabeça não.” (E15).

Embora o aumento da idade possa trazer limitações físicas e cognitivas, é essencial que a pessoa idosa seja envolvida no processo de gestão da sua própria saúde, mediante as suas capacidades.

O conhecimento da pessoa idosa e da família sobre a autogestão da doença crónica é fundamental para assegurar um tratamento eficaz e uma vida com maior qualidade. Embora existam desafios associados à literacia em saúde e à adaptação a novos hábitos, o apoio contínuo e o empenho da família são essenciais para garantir que a pessoa idosa possa viver da forma mais independente e confortável possível, apesar das limitações impostas pela sua doença crónica.

Envolvimento da família na autogestão

O envolvimento da família na autogestão da doença crónica da pessoa idosa que a integra é uma prioridade, especialmente no contexto do envelhecimento da população em Portugal (Portugal, 2022), onde muitas pessoas idosas enfrentam condições de saúde complexas e de longa duração. Este envolvimento familiar vai para além do apoio emocional, estendendo-se à participação ativa na gestão diária da doença, o que pode ser

determinante para a qualidade de vida do ciclo familiar e o sucesso do tratamento da pessoa idosa. Quando a família está envolvida, as responsabilidades inerentes à autogestão da doença são partilhadas, tornando o processo de gestão mais eficaz e acompanhado para a pessoa idosa (Vilar, 2012). A presença da família pode fornecer suporte em áreas onde a pessoa idosa apresente limitações, atendendo aos seus pedidos de apoio, priorizando as suas necessidades de apoio e articulando-se com as redes de apoio disponíveis.

Quanto aos pedidos de apoio, ou seja, referentes ao apoio que a própria pessoa idosa identifica, manifesta ou verbaliza, quase a totalidade das famílias mencionam que a pessoa idosa, até ao momento, não tem pedido apoio com frequência por sentir que ainda é capaz e independente:

“Não. Não, eles não pedem apoio.” (E01);

“Ele não pede apoio porque é autônomo.” (E03);

“Não é assim muito de pedir, mas também não consegue esconder muito bem. Se nós acharmos que ela não está bem, basta olhar para ela, que se consegue perceber.” (E08);

“Não, ela nunca pede apoio.” (E12).

Relativamente às necessidades de apoio, correspondente ao apoio que a pessoa idosa apresenta e que é identificado, observado e priorizado pela família, mesmo que a pessoa idosa não o verbalize, destacam-se dois relatos que traduzem essa necessidade, quase completa, no autocuidado:

“Cuidar dele (marido), da medicação, controlar tudo, ver se está tudo bem, tudo ali direitinho... nós tínhamos que ajudá-lo a calçar, tínhamos que ajudá-lo a vestir. Chegámos a ajudar-lhe a dar banhinho.” (E03);

“Ela (mãe) é uma pessoa que precisa de muito apoio. Higiene, comida, medicação para se deslocar... Tudo. (...) Não dá para ela conseguir gerir.” (E16).

As restantes são coincidentes com os pedidos de apoio, ou seja, não necessitam nem verbalizam necessidades que interferem significativamente com a qualidade de vida da pessoa idosa:

“Sabe aquela coisa do eu posso, eu não estou doente, eu estou bem, eu não preciso de ninguém.” (E02);

“Para já é autônomo.” (E07);

“Sim, tudo. Ela faz tudo. No banho, no resto da higiene, na alimentação... ela cozinha. (...)” (E08);

“Eu só lhe passo a roupa, mas ela faz tudo. Ela, tem o cestinho dela (medicação), sabe de manhã o que tem a tomar e o que tem à noite. E é muito ativa.” (E12).

Existem famílias que demonstraram conhecer as redes de apoio existentes na área de residências e quais as valências que essas redes incluem, usando-as consoante as necessidades e as prioridades da pessoa idosa:

“Entre Areosa, Carreço, Nossa Senhora de Fátima, a gente tenta procurar essas três instituições. (...) Estamos perto de tudo e temos ainda as coisas todas se forem necessárias.” (E06);

“Na alimentação, ela tem o apoio do centro social. (...) sempre me informei, sempre tive apoio em tudo” (E15).

Apesar do papel crucial da família, o envolvimento da mesma na autogestão da doença crónica traz desafios significativos. A centralidade na família, sendo ela parte integrante do processo de autogestão, quase que exige o equilíbrio entre as responsabilidades de estar presente na gestão da doença crónica da pessoa idosa e as responsabilidades de manter e promover o bem-estar e a qualidade de vida de todos os seus membros (Brotto & Guimarães, 2017). As vozes das famílias e das pessoas idosas transmitem essa responsabilidade acumulada e a importância acrescida revista na família como foco central:

“É, muito mesmo (importância da família). Porque como disse, se a família falhar as coisas não vão correr...” (E05);

“E os filhos quando sabem que a gente vai ao médico, à noite, já nos ligam.... É muito importante. Tanto um como o outro. Também, telefonam. Estão os dois longe.” (E11);

“Ela cuida-se, mas a família também a incentiva.” (E12);

“Eu até acho que a família é o mais importante. (...) acho que o melhor que pode haver é estar no meio da família. De quem lhes quer.” (E16).

Quando a família está envolvida de forma ativa e informada na autogestão da doença crónica, os benefícios são claros. A adesão ao tratamento é melhor, o risco de complicações diminui e a qualidade de vida da pessoa idosa melhora significativamente. Para além disso, o próprio bem-estar psicológico e físico da família também é promovido, uma vez que o apoio e o conhecimento adequados diminuem a ansiedade associada à responsabilidade que a família detém.

Perceção no processo de cuidados

A perceção da família e da pessoa idosa no processo de cuidados de saúde é um elemento central na forma como se vivenciam os desafios associados ao envelhecimento e à gestão de doenças crónicas. À medida que a população envelhece, aumenta a necessidade de compreender como as pessoas idosas e as suas famílias percebem o processo de cuidados, uma vez que influencia diretamente a qualidade do suporte oferecido, o bem-estar emocional e a eficácia dos tratamentos. O processo de cuidados centrados na família e na pessoa idosa, garante o acesso a cuidados de qualidade e requer que os sistemas de saúde estejam organizados em função das necessidades e preferências dessa população, o que exige que os serviços estejam adaptados ao avanço da idade e intimamente envolvidos com as famílias e comunidades (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Parte dessa perceção da família passa pelas consultas de vigilância, quer em relação ao acompanhamento presencial na consulta da pessoa idosa quer em relação ao envolvimento que a família sente nessa mesma consulta.

A maior parte das famílias, tendo como representante o informante privilegiado, referem que estão presentes nas consultas de vigilância, acompanhando o seu familiar idoso. As razões desse acompanhamento são variadas e prendem-se com diferentes razões, tal como se demonstra:

“Sempre (acompanho), porque eu sou a tradutora dele, ele não abre a boca para nada, eu tenho que dizer tudo.” (E02);

“Sim, sim, sempre. Sempre fomos juntos, assim como agora.” (E10);

“Venho eu sempre com ela. Gosto de ficar, às vezes só diz o que quer (...) mas por uma questão de também saber se há casos novos que temos que estar atentos, porque isso também nos diz respeito (à família).” (E15);

“(...) ou venho eu ou vem o meu marido, vem sempre acompanhada, sim. Porque ela interpreta mal as coisas... melhor nós acompanharmos, porque sabíamos dizer o que ela tinha, o que não tinha, o que fazia, o que não fazia...” (E16).

Apesar da maioria das pessoas idosas fazerem-se acompanhar por um elemento da família, também existem aquelas que vão sozinhas às consultas de vigilância, principalmente às consultas de enfermagem:

“Para já tem ido sozinha (consulta de enfermagem de saúde familiar). Quando é no hospital vou com ela.” (E12);

“Vem sozinho.” (E17).

O envolvimento na consulta de vigilância é visto pela família como o reconhecer das necessidades efetivas que a pessoa idosa apresenta com a evolução da doença e a vontade de manter um papel ativo na gestão dessa doença:

“E eu achei que devia começar a vir com ele para saber um pouco dos problemas dele. Porque senão não sabia.” (E03);

“E participo ativamente também nas consultas, porque tenho que ver o que é que o médico diz.” (E06);

“Sim, sim (envolvida enquanto filha). Também a equipe está habituada comigo (...). Por isso é que eu gosto de ir às consultas para ir avaliando.” (E15).

O acompanhamento e a participação, com a presença física da família nas consultas, podem ser primordiais para garantir que toda a informação fornecida pelos profissionais de saúde seja compreendida e ajude a pessoa idosa a seguir as recomendações terapêuticas adequadas (Brotto & Guimarães, 2017).

Em simultâneo, o envolvimento da família no processo de cuidados facilita a perceção que a pessoa idosa e a família têm face às necessidades que apresentam e a segurança que sentem por não estarem sozinhos neste processo:

“Mas é isso sempre que ele (pai) que pede, por algum motivo diz assim, oh filha anda comigo.” (E03).

O apoio do enfermeiro de saúde familiar é essencial para mediar este processo de cuidados. A sua função não se limita ao acompanhamento e vigilância da pessoa idosa, mas inclui também a orientação e o apoio às famílias, ajudando-as a compreender a doença e a gerir as suas responsabilidades de forma mais eficiente. Potenciando o envolvimento da família e (co)construindo o processo de cuidados, na vertente colaborativa dos cuidados, permite uma perceção mais positiva de todo o processo por parte da família e da pessoa idosa.

A prestação de cuidados de enfermagem na área da saúde familiar, centrada na pessoa e na família, ajuda-os a reconhecerem, verbalizarem e encontrarem estratégias capazes de responderem à situação de saúde e a comprometerem-se ativamente na gestão da doença crónica estabelecida. Dinamiza, também, o potencial e as forças do ciclo familiar perspetivando a integração eficaz da autogestão e do regime terapêutico adequado no quotidiano da família e da pessoa idosa em particular (Sousa *et al.*, 2015). Daí o apoio do enfermeiro de saúde familiar ser valorizado na maioria das opiniões ouvidas:

“A relação que eu tenho com a enfermeira, que é a enfermeira deles, é perfeita. Sinceramente, eu não sinto falta de nada em relação à enfermagem.” (E01 e E02);

“A enfermeira é muito boa (...) sempre tive apoio.” (E03);

“Havia, havia orientações, sim (...) Sim, esclarecia, não ficavam dúvidas.” (E04).

Incluindo a importância dada à comunicação:

“Sim. O nosso, enquanto enfermeiro de família... é bom sentirmos que temos sempre alguém a quem podemos pedir ajuda ou a quem podemos falar. E que sabemos que está lá (...). Se alguma coisa não estiver bem ou alguma dúvida, que pode conversar connosco. É muito bom, sentir isso.” (E08).

Uma comunicação terapêutica, aberta, eficaz e com uma escuta ativa, permite que as preocupações da família e da pessoa idosa sejam ouvidas e compreendidas, considerando as limitações, as necessidades e as prioridades. A qualidade da comunicação estabelece limites claros e ajuda a equilibrar as responsabilidades, com influência no estado de saúde

e na utilização dos serviços, permitindo uma maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos (Brás & Ferreira, 2016).

De acordo com o verbalizado pelos entrevistados, face ao apoio que recebem do enfermeiro de saúde familiar no envolvimento no processo de cuidados de autogestão da pessoa idosa, as expectativas dos mesmos coadunam-se com a perceção que têm desse apoio como pilar de sustentação para a família. Desde logo referem:

“Eu sou tão bem recebido que acho que não há mais nada que me possa dar do que aquilo que me tem dado constantemente, acho que não posso pedir mais nada.” (E13);

“(...) a maior necessidade que eu tinha era um apoio quando eu tenho algum problema, alguma dúvida, alguma coisa que eu quero fazer por exemplo..., mas o que fazer? (...) eu confesso que sim, porque se tenho uma dúvida e sei que posso telefonar e contar com alguém é o essencial.” (E16).

Incluída na perceção da família face ao processo de cuidados está a perceção que a mesma tem quanto à intervenção do enfermeiro de saúde familiar. Neste estudo, um dos objetivos delineados é analisar essa perceção relacionada com a promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa. Nesta perspetiva, as famílias destacaram como essencial a vigilância incluída nas consultas de enfermagem realizadas, quando referem a importância das mesmas:

“Vigilância. Pelo menos para ter um bocadinho de noção em que tem que vir. Porque tem uma doença, porque senão parece que esquece e assim, pelo menos vigiam.” (E07);

“A nossa enfermeira diz-me, há algum problema, venha aqui que eu estou aqui. Fala comigo... vamos contar com ela.” (E09).

Destacam, também, a realização da visita domiciliária de enfermagem:

“(...) mas a enfermeira de vez em quando, faz uma visita domiciliária...” (E16),

como uma consulta de maior proximidade, quando as limitações da pessoa idosa a impedem de a deslocar à sua unidade funcional. Esta visita domiciliária pode ser vista como uma mais valia para a família, aliviando a possível carga da mesma e permitindo uma gestão eficaz e menos desgastante da doença. Em relação à pessoa idosa, promove

resultados positivos para a sua saúde, com redução de internamentos hospitalares e dos custos associados, com a diminuição da taxa de mortalidade e morbidade e com a melhoria da qualidade de vida (Faggian et al., 2020).

Integrado na intervenção do enfermeiro de saúde familiar está o acompanhamento que o mesmo faz à família e à pessoa idosa, com a finalidade de as capacitar para a autogestão da doença crónica. A educação, em e na saúde, da família sobre a doença, e tudo quanto ela engloba, e as práticas de autogestão eficazes são fundamentais para que, todos os intervenientes neste processo, se sintam confiantes nos diferentes, mas complementares, papéis que desempenham. E as famílias conferem a importância deste acompanhamento e do papel imprescindível atribuído ao enfermeiro de saúde familiar:

“Em relação à doença crónica, tenta chamá-lo à razão, tenta perceber o porquê de algumas situações... Ela conhece bem os dois” (E02);

“Serem um bocadinho controlados porque às vezes desleixam-se e pelo menos é um meio de informação, para terem um bocadinho mais cuidado.” (E07);

“É gratificante a gente falar um bocadinho sobre isto, porque às vezes sente-se um bocado esquecido de falar sobre esta situação, torna-se tão rotineiro que acabamos por ficar gratos por estes bocadinhos.” (E13).

Consultas que incluam tanto a pessoa idosa como os seus familiares, programas de formação sobre a gestão de doenças crónicas podem ser estratégias eficazes de garantir que todos têm o conhecimento e as competências necessárias. Fundamentando estas sugestões de estratégias, urge a necessidade de se recorrer à utilização de modelos de intervenção que orientem a prática de Enfermagem para cuidados mais significativos, conseguindo apoiar a pessoa e a família na mobilização de competências que lhes permitam tomar decisões esclarecidas e criar autonomia no processo de gestão da sua saúde (pessoal e familiar) (Sousa *et al.*, 2015).

Em síntese, a utilização de uma abordagem colaborativa permite que o enfermeiro de saúde familiar, a pessoa idosa e a família trabalhem em conjunto, com sucesso, no processo de cuidados. Processo este que incluiu a definição de problemas e necessidades, o estabelecimento de prioridades, a definição de metas e objetivos, o desenho do plano terapêutico e o desenvolvimento das competências necessárias à resolução dos problemas que vão surgindo ao longo do percurso de vida com a doença crónica (Vilar, 2012).

1.2.4. (RE)PENSAR A PRÁTICA COM A FAMÍLIA A PARTIR DA EVIDÊNCIA PRODUZIDA

(Re)pensar a prática com a família foi um propósito consistente e constante ao longo deste percurso e a partir do qual foi construído e desenvolvido este estudo. As implicações que o mesmo tem para a prática de enfermagem de saúde familiar prendem-se com a complexidade da família e da pessoa idosa viverem e conviverem com a(s) doença(s) crónica(s) e com o aumento progressivo da idade. A associação destes dois fatores leva à imprevisibilidade que os mesmos podem trazer ao seio familiar, onde os processos de transição saúde-doença provocam inevitavelmente alterações e adaptações na dinâmica e nos papéis familiares.

A natureza específica da doença crónica e a necessidade da sua autogestão ser incorporada no quotidiano da pessoa idosa e família, fazem com que a responsabilidade seja partilhada entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de saúde familiar, a própria pessoa e a sua família. Esta transferência e partilha de responsabilidade representa uma mudança profunda de paradigma, exigindo a adaptação dos referenciais teóricos e da prática dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, que deverão centrar-se em oferecer apoio à tomada de decisões e à mudança de comportamentos nos processos de adaptação à vida com a doença. A (co)construção de um processo de cuidados ajustado e adaptado a cada família visa promover a autonomia no autocuidado e na gestão da doença, onde esta prática colaborativa é fundamental para dar respostas às reais necessidades e prioridades da família. Por outro, ao valorizar e conhecer as opiniões da família, permite uma otimização das intervenções de enfermagem de saúde familiar e uma abordagem multiprofissional, centrada na família numa visão sistémica da mesma, que promova a capacitação da autogestão da doença crónica e a literacia em saúde. Esta reorientação da prática de cuidados exige educação e formação de todos os intervenientes no processo de cuidados, especificamente no domínio da autogestão, procurando tanto a identificação dos problemas e a definição de metas e planos terapêuticos individuais, como o desenvolvimento de competências capazes de superar os obstáculos que possam surgir.

Do contacto direto com a família e a pessoa idosa, através das entrevistas realizadas e das sugestões recebidas, emergiu a importância de existir um manual de apoio que desse resposta às dificuldades e necessidades sentidas e que fosse disponibilizado para consulta

sempre que se justifique. Nasce, assim, o Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa da USF Tiago de Almeida (Apêndice V). Pretende-se que este manual seja um apoio e proporcione às famílias e às pessoas idosas um recurso válido para ajudar a enfrentar os desafios que o aumento da idade, o aparecimento da doença e o aumento da dependência trazem, promovendo intervenções mais eficazes e proporcionando uma melhor qualidade de vida para todos os intervenientes. Possibilita, ainda, a formação contínua dos profissionais de saúde na sua utilização e na prática colaborativa, garantindo que toda a equipa multiprofissional esteja em sintonia com as melhores práticas e abordagens baseadas em evidências.

Destaca-se, ainda, a importância deste estudo para a partilha de conhecimento, especialmente com enfermeiros de saúde familiar, promovendo a discussão sobre a (co)construção do processo de cuidados com a família e a sua concetualização. Pretende-se, também, contribuir para valorizar a formação contínua ao longo da vida e uma prática baseada em evidências que confira identidade e robustez à enfermagem de saúde familiar.

1.2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da família é fundamental e merecedor de ser destacado quando se abordam questões de responsabilidade, acompanhamento, definição de papéis e adaptação a processos de transição do ciclo de vida familiar como no caso dos processos de saúde-doença, especificamente, no que respeita à existência da pessoa idosa no seio familiar e ao “aparecimento” da doença crónica da mesma como uma realidade do dia-a-dia da família. Realçar a autogestão da doença como algo importante e fundamental, pode ser a chave para alcançar uma mudança sustentável de comportamento e capacitar, todos os intervenientes neste processo, com as competências necessárias para gerir com sucesso a doença e a implicação que a mesma traz para o ciclo familiar.

O envolvimento da família na autogestão da doença crónica é uma peça-chave para o sucesso do tratamento e para o bem-estar da pessoa idosa. Embora traga desafios, o apoio familiar, aliado à orientação dos profissionais de saúde, mais diretamente do enfermeiro de saúde familiar, pode transformar a experiência de viver com uma doença crónica, proporcionando maior autonomia à pessoa idosa e melhorando a dinâmica familiar. O investimento em conhecimento e apoio adequado é essencial para que as famílias possam enfrentar esta responsabilidade com mais confiança e resiliência. Assim, o conhecimento

é essencial para um controlo eficaz da doença, permitindo à pessoa e família desempenharem um papel ativo e cooperativo no planeamento e acompanhamento do processo de cuidados, que promovem decisões informadas (Ferreira *et al.*, 2024).

A perceção da família e da pessoa idosa no processo de cuidados é complexa e moldada por diversos fatores, como a autonomia, a sobrecarga e a comunicação entre as partes. A compreensão destas perceções é essencial para garantir que os cuidados são prestados de forma eficaz, respeitosa e ajustada às necessidades de todos os envolvidos. Quando, tanto a pessoa idosa como a família se sentem apoiados e valorizados, o processo de cuidados torna-se mais fluido e harmonioso, beneficiando tanto o bem-estar da pessoa idosa como a qualidade das relações familiares e a qualidade dos cuidados prestados.

A educação em e na saúde é um componente crucial para melhorar o conhecimento da autogestão entre a pessoa idosa e a família, mesmo sabendo que as intervenções educativas serão sempre complexas (Ferreira *et al.*, 2024). Os enfermeiros de saúde familiar, assim como todos os outros profissionais de saúde, devem desempenhar um papel ativo na partilha de informações claras e acessíveis, adaptadas às capacidades cognitivas e ao nível de literacia da pessoa idosa e das suas famílias. O acompanhamento contínuo e o reforço positivo ajudam a criar uma base sólida para a autogestão da doença crónica. Consultas personalizadas, processos de cuidados ajustados às reais necessidades e o recurso a planos terapêuticos com compromisso estabelecido por todos os intervenientes podem ser estratégias válidas e facilitadoras de todo o processo.

Esta abordagem, pressupõe que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro de saúde familiar, forneça conhecimentos que promovam a reflexão da pessoa e família sobre a sua doença e, principalmente, melhore os processos de comunicação para que possam ser tomadas decisões informadas no desenvolvimento de um plano de autogestão que se ajuste realisticamente a cada pessoa (Ferreira *et al.*, 2024). Porque, uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes é essencial para garantir que todos adquiram as competências necessárias para gerir a doença da melhor forma possível.

Espera-se que a concretização deste estudo ajude a dar robustez, sustentar e fortalecer intervenção do enfermeiro de saúde familiar bem como incentivar a realização de outros estudos relacionados com o tema, promovendo mudanças que favoreçam a melhoria contínua dos cuidados prestados e valorize a identidade da enfermagem de saúde familiar.

CAPÍTULO IV. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADAS

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume que os cuidados de enfermagem têm uma grande importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais. Nesta perspetiva, o enfermeiro mestre e especialista é o profissional de enfermagem a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. Como complemento fundamental à formação teórica estruturada do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar surge o Estágio de Natureza Profissional, unidade curricular de referência para o desenvolvimento de competências em enfermagem especializada e que, segundo a OE deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista (Ordem Enfermeiros, 2021).

Assim, o enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento de competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais e no contexto de um determinado âmbito de intervenção, distingue-se pela sua elevada capacidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Em consonância com o descrito e segundo o Guia Orientador/Protocolo de Estágio, emanado pelo consórcio estabelecido com o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, da unidade curricular em causa, propõe-se como objetivos para esta etapa formativa:

- Concretizar o estágio e o relatório final sobre temática pertinente, baseado na evidência científica, ou sobre aspetos teóricos que levem ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de saúde familiar;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face as exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e na promoção de respostas adaptativas às transições, aos diferentes níveis de prevenção primária;

- Estabelecer relação de parceria efetiva com as famílias, baseada fundamentalmente nos seus pontos fortes em detrimento da centralidade na patologia e na promoção da possibilidade de realidade múltiplas;
- Documentar o processo de cuidados com recurso à linguagem classificada CIPE;
- Analisar a tomada de decisão clínica, mobilizando os referenciais ético–legais, políticos e epistemológicos da EEESF.

Importa perceber que todos estes desenvolvimentos serão operacionalizados em articulação com os contextos da prática clínica especializada, em que o desempenho do enfermeiro especialista em formação assente no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a partir do qual os enfermeiros partilhem um conjunto de competências comuns e que sejam aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e, ainda, complementado com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018), onde a crescente relevância dos Cuidados de Saúde Primários se materializa no papel atribuído ao Enfermeiro de Saúde Familiar, como sendo o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados especializados à pessoa e à família enquanto unidade de cuidados.

Nesta perspetiva, este capítulo pretende documentar, refletir e analisar todo o percurso formativo realizado, com a descrição e apreciação crítico-reflexiva das atividades e ações desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências focadas na família, procurando incidir nos conhecimentos, capacidades e habilidades que foram constantemente apreendidos e mobilizados visando uma prática de cuidados especializada e com qualidade, em todas as fases do ciclo familiar e nos diferentes contextos e transições de vida. No Apêndice VI materializa-se aquelas que foram as linhas orientadoras no que concerne ao desenvolvimento de todas as competências, na construção da matriz de competências, incluindo as comuns e as específicas que nortearam toda a sequência de atividades e ações desenvolvidas.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

Conforme descrito, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista realça o enfermeiro especialista como o profissional de enfermagem a quem são reconhecidas competências nas dimensões científica, técnica e humana, permitindo-lhe prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem. Determina, ainda, que estas diferentes áreas de especialidade partilham um conjunto de competências comuns, consideradas como aquelas que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área, destacando a enfermagem, enquanto profissão especializada e integrando áreas de conhecimento comuns a todas as especialidades no âmbito da formação, investigação e gestão/assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O mesmo regulamento apresenta como prática clínica de enfermagem de excelência assente nos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados na prática clínica;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O desenvolvimento das competências descritas neste domínio teve como um dos principais contributos a teoria subjacente à ética e deontologia, lecionada em contexto teórico das unidades curriculares incluídas no curso de mestrado, tendo sido momentos significativos na consolidando de conhecimentos, na reflexão crítica e sustentada sobre questões inerentes à prática profissional do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista de saúde familiar. Uma reflexão oferece uma visão cuidadosa e atenta a cada situação, sublinhando a necessidade de agir em conformidade com as normas deontológicas, os valores e os princípios éticos, respeitando os direitos humanos, a privacidade e a dignidade, garantindo assim a qualidade, a excelência e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados e promovendo a confiança e o respeito da pessoa e da família. Tendo por base o descrito, o domínio da responsabilidade profissional, ética e

legal foi desenvolvido de forma transversal em todas as atividades e ações realizadas durante o período de estágio atribuído à prática clínica, orientadas pelos deveres estabelecidos na deontologia profissional publicados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, 2015).

Destaca-se neste percurso e em relação à:

- **Responsabilidade profissional**, no desenvolvimento da prática clínica autónoma, assumindo sempre a responsabilidade plena das intervenções realizadas, incluindo a capacidade de avaliar, planear e implementar cuidados de enfermagem adaptados à pessoa e família. Este processo ocorreu num contexto colaborativo e garantindo a tomada de decisão alicerçada nessa parceria e baseada na melhor evidência disponível como suporte à prática de cuidados especializados. Foi crucial a reflexão realizada sobre todo o processo de tomada de decisão, sobre os conhecimentos mobilizados e adquiridos na área da saúde familiar, bem como sobre a prática diária desenvolvida, em estreita colaboração com os profissionais de saúde da USFTA e do CS de Darque, em particular com as equipas de enfermagem, sempre na perspetiva de desenvolvimento profissional contínuo e da promoção do potencial de saúde das pessoas e das famílias.

Factos apoiados pela *International Family Nursing Association* (IFNA, 2013) quando realça que a enfermagem de saúde familiar exige a capacidade de integrar continuamente competências conceptuais, percetivas e executivas, de forma a responder eficazmente às exigências dos cuidados de saúde centrados na pessoa e na família. Esta responsabilidade profissional tem sempre presente que a vida no seio familiar representa uma experiência integradora de saúde e doença, tanto a nível individual como coletivo, existindo uma relação recíproca entre a família e a doença, com influência direta na dinâmica familiar.

- **Responsabilidade ética e legal**, assente nas normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da profissão, incluindo a dignidade, o respeito pela autonomia das pessoas e famílias, a justiça e a beneficência. Esteve presente o compromisso diário de prestar cuidados especializados pautados pelo respeito dos direitos humanos e da multiculturalidade, pela proteção e inclusão. Todas as ações delineadas e desenvolvidas, em contacto direto com a pessoa e família, em consulta de enfermagem e nos momentos formais aquando a realização das entrevistas, tiveram como base a privacidade, a

confidencialidade e a segurança da informação, o respeito pelas escolhas, pelos valores e costumes inerentes à unicidade da pessoa e família em questão.

Importante referir que toda a intervenção de enfermagem foi devidamente documentada, de forma precisa e completa, nos processos de cuidados clínicos incluídos no sistema de informação. O registo adequado de todas as ações, decisões, negociações e informações de forma clara e em conformidade com as normas legais e institucionais, garante a continuidade e a segurança dos cuidados prestados e facilita a comunicação entre a equipa multiprofissional, a pessoa e a família envolvidos nesse processo. Garante ainda condições para a realização de investigação produzida e a ser mobilizada pelo próprio contexto, em articulação com a investigação externa, permitindo maior personalização e humanização dos cuidados em função das forças e fraquezas das pessoas, famílias e grupos da comunidade envolvida. Registos rigorosos asseguram a possibilidade de monitorização dos indicadores contratualizados e a contratualizar, conferindo aos Enfermeiros, designadamente de Enfermagem de Saúde Familiar, maior robustez de decisão na operacionalização das políticas de saúde.

Deste modo, o desenvolvimento dos Sistemas de Informação (SI) constitui um pilar fundamental para a governação clínica e de saúde, traduzidos na crescente digitalização e na gestão eficiente dos dados clínicos e administrativos. Tornou-se essencial para garantir a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados de saúde, a utilização de SI estruturados e integrados que permitam melhorar a tomada de decisões, otimizar os recursos e assegurar a transparência nos cuidados de saúde, fornecendo uma base sólida para a implementação de estratégias de melhoria contínua (Ferreira, 2019).

A tomada de consciência de que os SI de saúde são ferramentas que permitem recolher, processar, armazenar e disseminar informações relevantes para o planeamento, gestão e execução de cuidados de saúde, permitiu garantir que toda a informação registada no processo clínico da pessoa e família fluiu entre os diferentes profissionais da equipa multiprofissional. Isto é especialmente importante para assegurar a continuidade dos cuidados e para permitir uma gestão mais eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis (Bittar *et al.*, 2018).

Por outro lado, a governação clínica, que visa garantir a qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados, depende fundamentalmente do acesso a dados fidedignos e completos. Assim, a capacidade de integrar e cruzar dados de diversas fontes contribuiu para uma governação mais informada e transparente (Bittar *et al.*, 2018).

Para além disso, a digitalização do setor da saúde é uma tendência inevitável e necessária para acompanhar as exigências de uma população cada vez mais envelhecida e com doenças crónicas complexas. Os SI desempenham um papel crucial na antecipação de necessidades futuras e na promoção de uma governação clínica e de saúde baseadas em evidências (Nabeto, 2020). Como síntese, Estes sistemas não só promovem a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados, como também são fundamentais para garantir a transparência e a responsabilidade na gestão dos serviços de saúde.

O desenvolvimento destas competências, imprescindíveis na prática do enfermeiro especialista, asseguram que os cuidados prestados sejam não apenas eficazes e eficientes, mas também éticos e legais, reforçando a integridade, a credibilidade da profissão de enfermagem, em geral, e as condições para a (re)definição da Enfermagem de Saúde Familiar, em particular. Promovem a defesa e o respeito dos direitos e interesses das pessoas e das famílias, garantindo cuidados de qualidade, proporcionando a educação e a capacitação das pessoas e suas famílias, com a partilha adequada e necessária à tomada de decisão informada e consolidação da sua condição enquanto parceiras efetivas nos processos de cuidados.

1.1.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade é um pilar essencial na prática da enfermagem especializada. Tem vindo a ser alvo de atenção prioritária, assegurando que os cuidados prestados sejam constantemente avaliados, monitorizados e capazes de aprimorar estratégias de mudança que se possam traduzir em crescente qualidade de cuidados e ganhos em saúde para a pessoa e a família. O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial neste processo, utilizando uma abordagem sistemática para identificar áreas de melhoria, implementar mudanças e avaliar os resultados. Este domínio assenta em três competências a serem desenvolvidas e incluídas na prática diária dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com as especificidades inerentes a cada uma das competências inumeradas e com o planeamento e desenvolvimento do plano de ações proposto para o período de estágio, pretendeu-se uma prática de enfermagem sustentada nos padrões de qualidade, com a mobilização constante de conhecimentos e habilidades que garantissem a melhoria contínua da qualidade. Assim, percebendo as competências descritas, torna-se fundamental entender e analisar cada objetivo proposto para este domínio, correlacionando cada um deles com as ações e atividades que foram desenvolvidas ao longo dos últimos meses:

Participar e dinamizar a (co)construção de projetos institucionais, numa perspetiva de otimização de cuidados e de governação clínica e de saúde.

A governação clínica, nomeadamente em saúde, vista como um desafio para os profissionais de toda uma equipa multiprofissional pelo empenho e trabalho de equipa que exige, permite desenvolver capacidades organizacionais que promovam uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, sustentáveis e focalizados na pessoa e na família (Academia dos CSP, 2024).

Com este propósito sempre presente, foram desenvolvidas um conjunto de ações que procuraram envolver, dinamizar e responsabilizar todos os intervenientes, de acordo com as necessidades, prioridades e recursos da prática clínica, como consta no Plano de Ações a desenvolver no Estágio de Natureza Profissional (Apêndice VII). Porque só deste modo é possível consolidar uma cultura de melhoria contínua dos cuidados, garantindo ganhos em saúde com uma otimização de cuidados suportada na melhor evidência disponível.

Com a participação na promoção da prática baseada na evidência para construção de processo de cuidados de enfermagem consensualizado, incluída no projeto de implementação (Estudo1) desenvolvido no C.S. Darque, pretendeu-se dar continuação e seguimento aos desenvolvimentos inerentes ao compromisso decorrente do 3rd ETEIP da

JBÍ. A identificação de áreas de melhoria e exploração de tópicos de interesse, com recurso a ferramentas e técnicas, mais especificamente à realização de auditorias periódicas e análises de processos clínicos, para avaliação e reflexão numa perspetiva da melhoria contínua dos cuidados, tornou-se num contributo impulsionador para despertar e fomentar a mudança na equipa de enfermagem. Pretendeu-se elaborar e implementar planos de ação detalhados, assegurando que esta mudança fosse baseada na melhor evidência produzida e de acordo com indicadores de boas práticas sustentados em sumários de evidência da JBI consultados e em consonância com o projeto que se pretendeu desenvolver.

Incluídos nesse plano de ação estiveram:

- as reuniões e as sessões de trabalho com a equipa de projeto (equipa restrita de enfermeiros) para reflexão e partilha de conhecimento, com o propósito de delinear ações adaptadas a cada fase do processo de implementação e estratégias facilitadoras às boas práticas e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- as reuniões de *feedback* com a equipa de enfermagem, com a devolução de resultados e análise crítica e reflexiva conjunta sobre os mesmos, para a (co)construção do processo de implementação robusto, assente em prioridades e sugestões fundamentadas pela equipa, com vista à sustentabilidade do mesmo;
- o desenvolvimento de um plano de formação (formação em serviço), com sessões formativas adaptadas às necessidades manifestadas pela equipa de enfermagem e decorrentes dos resultados das auditorias realizadas, facilitando a formação contínua e focando-se na melhoria da qualidade e nas melhores práticas clínicas. Destacando-se as sessões formativas: “Autogestão da Diabetes Mellitus”, “Entrevista Motivacional” e “Registos de Enfermagem e Sistemas de Informação”.

Com a (co)construção do projeto de intervenção na USF Tiago de Almeida, pretendeu-se (co)construir um projeto de intervenção especializada em enfermagem de saúde familiar assente na evidência produzida, nas necessidades e potencialidades identificadas em contexto. Realça-se a importância dos momentos formais e informais capazes de orientar o caminho a percorrer de acordo com as experiências, as necessidades e prioridades das pessoas e famílias inscritas na unidade, dos profissionais de saúde que a constituem assim como do próprio mestrando em formação.

Destacam-se os momentos de caráter formal que incluíram:

- as reuniões de orientação pedagógica, pela partilha, reflexão e adequação de todos os desenvolvimentos inerentes ao estágio e adoção de estratégias capazes de responderem aos objetivos do percurso formativo, otimizando os cuidados e a tomada de decisão;
- a participação, em momentos oportunos, nas reuniões de Conselho Geral da USF Tiago de Almeida com a apresentação do estágio de natureza profissional à equipa multiprofissional, na sentido de a auscultar e a envolver na (co)construção de um projeto de continuidade e que perspetivasse a sua sustentabilidade baseado na melhoria contínua da qualidade. Conseguiu-se que a equipa fosse uma parceira ativa, numa perspetiva colaborativa e de apropriação das ações desenvolvidas, uma vez que foi um percurso construído de acordo com os indicadores subjacentes à prática clínica da unidade, com as necessidades e as prioridades das pessoas e famílias que a constituem. Com a apresentação do Projeto de Investigação a ser desenvolvido e implementado na unidade, tendo os elementos da equipa como agentes facilitadores e potenciadores de implementação de mudanças, proporcionando reflexão crítica conjunta e promovendo um caminho a percorrer baseado em evidência científica atualizada. E, também, com a apresentação de todo o trabalho desenvolvido no contexto do estágio, pretendendo fomentar a continuidade das ações propostas, sensibilizar e capacitar para processos de mudança.

Como resultado de toda esta reflexão conjunta, da partilha de conhecimentos e da experiência vivida em contexto de trabalho, surge como resultado da evidência produzida a elaboração, conjunta com a colega de estágio, do Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa (Apêndice V), Este manual de apoio destina-se à pessoa idosa, à família e à família cuidadora, com sugestões, orientações e esclarecimentos acerca de aspetos gerais da pessoa idosa, do processo de envelhecimento, da família e dos cuidados a prestar à pessoa idosa dependente, estimulando o envolvimento entre a família, a pessoa idosa e a equipa de saúde, com vista a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de todos os intervenientes no processo de cuidados.

Reconhecer a importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua. Gerir e colaborar em programas de melhoria contínua.

O enfermeiro especialista deve estar apto a monitorizar e avaliar continuamente a qualidade dos cuidados prestados, utilizando e analisando indicadores de qualidade baseados em evidências e relevantes para o contexto onde está inserido. Atualizar os processos de enfermagem é uma garantia para que sejam eficazes e eficientes, simplificando processos complexos e completando outros que mereçam alguma atenção especial numa ótica de promover a padronização das práticas clínicas para melhorar a consistência dos cuidados prestados.

Nesta perspetiva, optou-se por incluir, neste percurso formativo, uma análise participada e colaborativa da situação e do contexto de estágio. A caracterização e o mapeamento do processo de cuidados, especificamente, o processo de enfermagem, tomando como ponto de partida a perceção das famílias acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa, resultou na realização do projeto de investigação (Estudo 2). Percebendo que toda a problemática em torno da população idosa com doença(s) crónica(s) associada(s) interfere particularmente nas famílias da USFTA e na equipa de enfermagem desta unidade funcional, depreende-se a urgência na implementação de estratégias centradas nas vivências e necessidades das famílias e pessoas idosas enquanto unidade de cuidados, na perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência. Daí a importância de se ter operacionalizado o processo de enfermagem, dirigido à pessoa e à família enquanto alvo da intervenção de enfermagem, colocando em prática e de forma sistematizada o raciocínio clínico desde a recolha de dados até à identificação de necessidades/prioridades, à formulação de diagnósticos e planeamento das intervenções de enfermagem, à sua implementação e respetiva avaliação do impacto das mudanças implementadas nos resultados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A divulgação da Consulta de Planeamento Familiar, surge da necessidade manifestada e verbalizada pela equipa da USF Tiago de Almeida, sustentada no indicador contratualizado que demonstra uma baixa afluência, das mulheres em idade fértil e dos homens em qualquer idade, à referida consulta, percebendo a importância de capacitar e

envolver as pessoas e família no processo de cuidados participativo e colaborativo. O Planeamento Familiar é uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, sendo, na vertente de consulta estruturada, um recurso disponível para assegurar o acesso a informação apropriada que permita às pessoas a vivência da sexualidade de forma segura e saudável e oriente homens, mulheres, pessoas (família) para a tomada de decisões planeadas e para escolhas livres e participadas. A realização estruturada da consulta resulta do trabalho em equipa multiprofissional efetivo traduzido num maior benefício e satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidados, fomentando a melhor prática de cuidados e rentabilizando os recursos. Na perspetiva de pensar com e na família e definindo como objetivos: capacitar as pessoas em idade fértil para a tomada de decisão em Planeamento Familiar; divulgar a Consulta de Planeamento Familiar da USFTA e contribuir para o aumento efetivo da adesão à Consulta de Planeamento Familiar das pessoas em idade fértil, foram desenvolvidas um conjunto de atividades, a par com a colega de estágio, que pretenderam dar uma resposta inclusiva, orientada e sustentada. Essas atividades compreenderam: a elaboração e distribuição do folheto informativo “Consulta de Planeamento Familiar”, a elaboração e apresentação no ecrã da sala de espera da unidade do vídeo informativo “Consulta de Planeamento Familiar”, a elaboração e afixação do cartaz “Pensar com e na Família! Corpos, Sexualidades e Afetos”, a elaboração da nota de imprensa “Pensar com e na Família: Sexualidade e Afetos” e a divulgação pelos jornais locais, após autorização do Gabinete de Comunicação da ULS do Alto Minho, e na *website* da referida ULS (Apêndice VIII). Importante realçar e valorizar todo o empenho e envolvimento da equipa multiprofissional da USFTA nesta ação desenvolvida, tendo no trabalho em equipa o sucesso de todas as atividades incluídas.

Promover um ambiente terapêutico centrado nas singularidades culturais e espirituais. Participar na gestão de riscos ambientais.

A melhoria contínua da qualidade assenta, também, em protocolos e normas que orientam para a uniformidade dos cuidados e promovem uma constante melhoria da qualidade desses cuidados. A prática clínica, assim como todas as ações desenvolvidas neste estágio, tiveram como eixo norteador um ambiente terapêutico capaz de manter e assegurar intervenções conscientes e seguras perante a pessoa, família e ambiente. Parte desse ambiente integra a comunicação terapêutica, como um instrumento essencial usado,

que favorece o respeito pela liberdade e pela dignidade humana e auxilia a tomadas de decisão assente na individualidade e nas capacidades da pessoa e família, que contribuem para cuidados de enfermagem de qualidade.

Em simultâneo, a importância dada aos sistemas de informação disponíveis e que traduzem o comprometimento, o empenho e a dedicação dos enfermeiros ao processo de enfermagem de cada pessoa, foi uma medida adotada para realizar e garantir segurança dos dados e registos efetuados, assegurando a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados. Na observação direta e no trabalho em equipa desenvolvido, percebe-se que a USFTA é uma unidade que procura constantemente a excelência dos cuidados, como refletido nos indicadores de avaliação que apresentam, demonstrando o desempenho de qualidade que a unidade apresenta. Integrando temporariamente esta equipa, foi possível o envolvimento na uniformização de procedimentos e na promoção da melhoria contínua da qualidade, proporcionando um ambiente seguro e terapêutico para as pessoas, famílias e todos os profissionais que colaboram diariamente.

Contribuir para a implementação de práticas de enfermagem de saúde familiar com o envolvimento da pessoa e família no processo de melhoria da qualidade, atendendo ao *feedback* verbalizado e demonstrado e incorporando as suas perspetivas nas iniciativas de melhoria, foi também um propósito sempre presente neste percurso. Até porque, só deste modo, se pode perspetivar e consolidar uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar especializados.

Todo este trabalho e atividades desenvolvidas foram uma oportunidade ímpar para o aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências inerentes a este domínio. Trabalhar em colaboração com outros profissionais de saúde, e numa colaboração estreita com as equipas de enfermagem, para desenvolver e implementar iniciativas de melhoria da qualidade, permitiu ajustar estratégias de melhoria, assegurando um ciclo contínuo de aperfeiçoamento de competências de enfermeiro especialista, com o compromisso futuro de devolver os resultados da evidência produzida a toda a equipa multiprofissional.

Estas competências asseguram que o enfermeiro especialista contribua de forma significativa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, promovendo um ambiente de prática reflexiva e comprometida com a excelência. Este enfoque

constante na qualidade resulta em melhores resultados para as pessoas e famílias e fortalece a eficácia do sistema de saúde.

1.1.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados é um domínio central na prática do enfermeiro especialista, exigindo uma combinação de habilidades clínicas, organizacionais e de liderança para assegurar que os cuidados prestados são coordenados, eficazes e centrados na pessoa e família. As competências desenvolvidas neste domínio são, assim, essenciais para a promoção da qualidade e da continuidade dos cuidados de saúde, sendo o enfermeiro especialista capaz de:

Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A aquisição de competências neste domínio, teve um contributo significativo da unidade curricular de Gestão em Enfermagem de Saúde Familiar, integrada no segundo semestre do primeiro ano deste mestrado que permitiu mobilizar conhecimentos teóricos essenciais à prática de enfermagem. A experiência profissional, inserida na equipa multiprofissional de uma USF, e tendo delegadas algumas funções enquanto colaboradora do Conselho Técnico da unidade funcional foram essenciais na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, colaborando em articulação com as colegas e a restante equipa multiprofissional.

Todo o percurso clínico, especialmente, o atribuído ao período do estágio de natureza profissional possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, transversal a todas as ações e atividades incluídas no Plano de Ações proposto para o referido estágio, que se basearam nos seguintes objetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2019):

- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da assessoria e articulação com outras equipas ou profissionais;

- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática especializada. Usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

O contexto da prática de cuidados e a dinâmica organizacional de cada unidade funcional são fatores fundamentais para o desenvolvimento de competências neste domínio específico. Compreender a organização, a dinâmica instituída e as relações humanas e profissionais estabelecidas foi fundamental para delinear um percurso com sucesso e com valor acrescido na adequação das ações a desenvolver ao contexto onde as mesmas foram desenvolvidas. Conhecer os diferentes contextos, facilitaram uma integração progressiva e eficaz nos mesmos capaz de fomentar um espírito crítico, reflexivo e favorável à prática de cuidados especializados e potenciador de processos de mudança a implementar.

Quer no CS de Darque como na USF Tiago de Almeida, foi fundamental ter acesso e conhecimento ao Regulamento Interno, ao Plano de Ação, ao Manual de Procedimentos, aos Planos de Acompanhamentos Internos, aos IDG e indicadores contratualizados e outros protocolos existentes nas diferentes unidades funcionais. Pois só realizando uma análise e reflexão prévia sobre o contexto organizacional e funcional das unidades, foi conseguido o envolvimento da dinâmica de cada equipa e entender os diferentes papéis atribuídos e desempenhados pelos elementos das equipas multiprofissionais.

Com o desenvolvimento das ações preconizadas para este processo formativo, foram tidos em conta aspetos relevantes relacionados com os objetivos inerentes a este domínio de competências, destacando:

- **o planeamento e a organização dos cuidados de enfermagem**, com a realização de consultas de enfermagem que permitam avaliações sistemáticas das necessidades das pessoas e famílias, identificando áreas de atuação e prioridades de cuidados, elaborando planos de cuidados individualizados, que considerem as necessidades específicas, preferências, metas e objetivos das pessoas. Garantindo que estes planos são flexíveis e ajustáveis e reconhecendo o limite do papel e das competências profissionais sempre que os cuidados e as necessidades das pessoas e das famílias possam requerer a intervenção de outras áreas diferenciadas e a perícia de outros profissionais de saúde;

- **coordenação e continuidade de cuidados**, facilitando a comunicação e a colaboração eficaz entre os diferentes membros das equipas multiprofissionais, assegurando que os

cuidados são integrados e contínuos. Inclui-se neste item a participação e organização de reuniões de equipa de enfermagem e equipa multiprofissional, assegurando a continuidade dos cuidados, intervenções de acordo com padrões de qualidade e sustentadas em evidências científicas e a implementação de estratégias de mudança promotoras de cuidados de saúde especializados.

- **a utilização eficiente de recursos**, considerando os recursos materiais e humanos disponíveis e participar na gestão destes recursos de forma eficaz para assegurar cuidados prestados de forma eficiente e sustentável. Tendo sido necessário a articulação com as equipas de enfermagem e as equipas multiprofissionais em situações que exigiram colaboração e acompanhamento de outras áreas de intervenção, nomeadamente do médico de medicina geral e familiar, do apoio da assistente social ou da nutricionista.

- **a formação e desenvolvimento profissional**, com a promoção da capacitação das equipas, facilitando oportunidades de formação e desenvolvimento contínuo para a equipa de enfermagem. As sessões formativas organizadas e incluídas no projeto de implementação no CS Darque foram o exemplo, assegurando que todos os elementos da equipa aperfeiçoem e possuam as competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência. Paralelamente a estas sessões formativas, contribuíram com apoio, momentos de discussão, reflexão e partilha de conhecimentos as reuniões e os encontros informais realizados com as diferentes equipas de enfermagem, sempre com o foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e das competências profissionais.

O aperfeiçoamento de competências neste domínio permitiu garantir que o enfermeiro especialista é capaz de gerir os cuidados de forma eficaz, promovendo a segurança, a qualidade e a satisfação das pessoas e famílias, ao mesmo tempo que apoia e desenvolve a equipa de enfermagem. A gestão eficiente dos cuidados é essencial para a prestação de serviços de saúde de excelência, centrados nas famílias e adaptados às suas necessidades e às necessidades individuais de cada um dos seus membros.

1.1.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é crucial para garantir que o enfermeiro especialista está continuamente a desenvolver as suas competências e a adaptar-se às mudanças, evolução e evidência científica atualizada na área específica da

sua intervenção. As competências neste domínio asseguram que os profissionais não só melhoram a sua prática individual, mas contribuem ativamente para o desenvolvimento e capacitação dos seus colegas e para a formação de novos profissionais. Este domínio é traduzido em duas competências nas quais o enfermeiro especialista (Regulamento 140/2019, 2019):

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, essencial para a criação de relações entre profissionais e com as pessoas e famílias, foi sendo realizado ao longo das diversas ações e atividades desempenhadas durante o período de estágio, tendo por base o objetivo de reconhecer a influência pessoal na relação profissional e interprofissional, os recursos e limites pessoais e profissionais. Trabalhar em equipa, como elemento ativo e participativo, colaborando nas atividades de enfermagem e das unidades funcionais, constituiu uma oportunidade de mobilização e de aquisição de novos conhecimentos, numa perspetiva de aprendizagem contínua ao longo da vida.

Quando à segunda competência descrita, e em estreita ligação com o autoconhecimento e a assertividade, toda a prática inerente ao enfermeiro especialista com o grau de mestre deve ser sempre sustentada numa componente científica que suporte e dê robustez às intervenções e a todo o trabalho especializado realizado. Durante a realização das ações inerentes a este processo formativo, esteve sempre presente os objetivos delineados para esta competência específica: atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, incluindo a identificação de prioridades e a divulgação de resultados; promover a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos e assegurar o planeamento e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Os diferentes contextos incluídos neste percurso traduziram-se numa mais valia e num leque de oportunidades de enriquecimento pessoal e profissional. O contacto com realidades distintas e experiências diversas possibilitaram um constante crescimento, aprofundamento e aprendizagem de competências facilitadores da evolução enquanto enfermeira especialista.

Importante realçar o significado que o trabalho em equipa representa no seio de uma equipa multiprofissional e particularmente na equipa de enfermagem, pela partilha de conhecimentos e competências capazes de promoverem uma cultura de aprendizagem dentro da equipa. Facto que esteve presente durante os meses de estágio, numa perspetiva colaborativa e de proximidade, promovendo a reflexão conjunta, identificando áreas de melhoria, implementadas ações favorecedoras do desenvolvimento e aprendizagem contínuos, como nas reuniões realizadas, nas conversas informais de corredor, nas ações desenvolvidas em parceria, nas sessões formativas promovidas...

A oportunidade de estabelecer relações construtivas com a equipa de enfermagem e toda a equipa multiprofissional das unidades envolvidas, num ambiente de crescimento mútuo possibilitou contribuir para a continuidade e a melhoria da qualidade de cuidados, para a partilha e colaboração nas decisões das equipas de saúde, para a tomada de decisão informada (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e para ganhos em saúde.

Perceber, também, que a investigação em enfermagem, enquanto competência especializada, procura um corpo de conhecimentos próprio capaz de responder a questões ou resolver situações primordiais para prática de cuidados de enfermagem de excelência e para otimizar sistematicamente os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Nesta perspetiva, a oportunidade de desenvolver um estudo de investigação e participar ativamente num projeto de implementação foi uma mais valia para reconhecer que a prática de cuidados e as necessidades que dela advém são um contributo precioso na construção desse corpo científico que faz da enfermagem uma ciência com autonomia capaz de ser valorizada.

Associadas a estes projetos, foram implementadas estratégias, que se transformaram em ações decorrentes da evidência produzida, e que já têm sido mencionadas ao longo deste capítulo. Nomeadamente todo o trabalho desenvolvido na área do Planeamento Familiar e na área da Saúde Familiar e Saúde do Idoso na USFTA, incluindo também o plano de formação e a sua implementação inerente ao Estudo 1 desenvolvido no CS Darque.

Em simultâneo, foram desenvolvidas outras atividades que valorizaram todo este percurso, quer pela oportunidade de aperfeiçoar competências de oradora, formadora e comunicadora, quer pelos momentos de aprendizagem e crescimento que proporcionaram. Das quais são destacados:

Webinar “Cuidados de Saúde Baseados em Evidência: Implementação da Evidência para a Promoção da Equidade em saúde”, como oradora com o tema “Promoção da autogestão com pessoas com diabetes tipo 2: implementação da prática baseada na evidência”, realizada online na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no dia 20 de outubro de 2023.

Evento “Semana Aproximar”, na realização de duas sessões formativas “Lavagem das Mãos”, realizadas na Escola Básica Foz do Neiva (Castelo do Neiva) a duas turmas dos 6ºA e 6º B, no dia 8 de fevereiro de 2024.

Partilha de experiências, apresentação do trabalho/estudo realizado no Estágio de Natureza Profissional, com o tema "Capacitação para a autogestão da doença crónica, das pessoas com Diabetes tipo 2, em cuidados de saúde primários: implementação de melhores práticas", realizada na ESS a 21 de junho de 2024.

Porque a enfermagem e a enfermagem especializada merece ser reconhecida e respeitada, enquanto profissão e exemplo, é importante manter o contributo para que a prática baseada na evidência seja cada vez mais uma realidade. Rever a prática de cuidados, detetar necessidades e prioridades dessa prática, desenvolver e atender a essas necessidades numa perspetiva de investigação científica é um caminho a percorrer para uma enfermagem especializada sustentada e robusta. Com a certeza que será um processo de aprendizagem contínuo e tido em conta como potenciador de uma mudança apoiada e com sustentabilidade, promotora da tomada de decisão consciente e efetiva.

Assim, as competências integradas neste domínio são fundamentais para assegurar que o enfermeiro especialista não só mantém e melhora as suas próprias habilidades e conhecimentos, mas também assume um papel ativo na formação e desenvolvimento de outros profissionais de saúde. O compromisso com a aprendizagem contínua e a educação profissional é essencial para promover a excelência na prática da enfermagem e para responder às necessidades em constante evolução dos cuidados de saúde.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel preponderante na promoção da saúde e na prevenção da doença e, com a evolução técnica aliada à evolução do tempo, tem assumido uma importante intervenção nas transições mais complexas do e no ciclo vital das famílias e um contributo no tratamento da doença. Com

esta relevância atribuída aos CSP, sobressai o papel atribuído ao Enfermeiro de Saúde Família, o qual é visto como o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados no âmbito dos CSP. O enfermeiro especialista nesta área deve possuir um conjunto de competências específicas que lhe permitem prestar cuidados integrados e holísticos, considerando as dinâmicas e necessidades específicas das famílias. Assim, sentiu-se como imprescindível determinar um conjunto de competências clínicas especializadas, que complementam o perfil de competências comuns já existentes, e que sejam concretizadas no contexto específico de intervenção, nomeadamente na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Estas competências específicas visam a prática especializada do enfermeiro de saúde familiar e são definidas como, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de 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 (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

1.2.1. Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados

Esta competência específica define que o enfermeiro especialista em 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 (Regulamento n.º 428/2018, 2018). A este nível de cuidar, numa abordagem holística e integrada, o enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida, assegurando que as necessidades da família são atendidas tendo em conta a sua identidade e de cada um dos seus membros. Recordar que a teoria sistémica familiar, numa perspetiva interdisciplinar que visa compreender o funcionamento das famílias como sistemas complexos, onde cada elemento influencia e é influenciado pelos outros, proporciona à enfermagem de saúde familiar uma compreensão profunda das dinâmicas familiares e orienta as intervenções de enfermagem especializada (Wright & Leahey, 2012). Do ponto de vista do enfermeiro de saúde familiar, a compreensão da teoria sistémica permite ao enfermeiro reconhecer a importância de considerar o contexto familiar e as interações entre os membros da família, o que demonstra a importância

acrescida do desenvolvimento das competências específicas atribuídas à enfermagem de saúde familiar.

Parte integrante desta competência estão as unidades de competência que descrevem minuciosamente e com rigor as habilidades, saberes e capacidades que o enfermeiro de saúde familiar deve desenvolver e por em prática no seu dia a dia enquanto profissional especializado. E é este conjunto de unidades de competência que será abordado, com ênfase para aquelas que foram alvo de atenção durante o estágio de natureza profissional:

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

Construir o processo de cuidados com as pessoas e as famílias numa abordagem colaborativa e dinâmica, baseado nas suas forças e na consecução de objetivos negociados, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde e bem-estar das mesmas, foi um objetivo proposto para atingir com sucesso a globalidade desta unidade de competência.

Estabelecer uma relação baseada na confiança mútua, na empatia e na comunicação terapêutica foi o mote para uma aproximação e ligação com as famílias com as quais se manteve um contacto mais direto e de proximidade ao longo do estágio, quer em momentos de consulta de enfermagem quer durante as entrevistas realizadas. Sabendo que a comunicação é um instrumento básico necessário na relação com o outro, seja ele a pessoa em particular e/ou a família, constituiu-se num elemento de importância no processo de cuidar (Feitosa, 2019). O sucesso da comunicação e da relação estabelecida garantiu a concretização de um processo de cuidados construído em parceria, de acordo com as necessidades e prioridades reais da pessoa e da família, porque só desta forma se promove a colaboração, o empenho e a dedicação de todos os intervenientes. Importante ter em conta que este processo comunicacional foi aplicado a todas as pessoas, famílias e situações independentemente do seu contexto familiar ou da fase de vida que estão a vivenciar (Coelho, 2015), reforçando e valorizando as forças inerentes ao ciclo familiar, capazes de interferirem positivamente na promoção e manutenção da sua saúde e do seu bem-estar.

O enfermeiro de saúde familiar tem ainda um papel preponderante na capacitação da família e de cada um dos seus membros ao adotar uma abordagem colaborativa e centrada

na família, trabalhando em parceria com a mesma e reconhecendo os seus recursos, valores e crenças. Esta colaboração facilita a definição conjunta de objetivos e metas de saúde a alcançar e a implementação de estratégias de intervenção contextualizadas e realistas. A educação e formação que proporciona à família sobre temas de saúde relevantes e adequados à família, tal como as atividades desenvolvidas na área do Planeamento Familiar na USFTA, capacita os seus membros a cuidarem melhor de si próprios e uns dos outros. Esta procura constante do envolvimento da família, que esteve presente neste percurso formativo, contribuiu e incentivou a participação ativa da família na gestão da sua própria saúde, promovendo a autonomia, a literacia em saúde e a tomada de decisões informadas, mesmo nas situações mais complexas vivenciadas.

- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Como objetivos para a unidade de competências supracitada foram definidos: identificar fatores ambientais que possam afetar o estado da saúde das pessoas e das famílias; identificar crenças e cultura familiar que possam ter impacto na saúde; identificar forças e vulnerabilidades na resposta familiar às transições de vida. Estes objetivos enumerados estiveram presentes aquando o desenvolvimento da Ação 1 (Apêndice VII), na análise participada e colaborativa da situação, tendo em conta o contexto da prática de cuidados da USFTA.

A realização da avaliação familiar, incluindo as características da família e dos seus elementos, foi efetuada com a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), surgindo como um referencial teórico e operativo imprescindível ao enfermeiro de saúde familiar na prestação de cuidados às famílias enquanto alvo de cuidados de enfermagem, no contexto dos CSP (Figueiredo, 2012). Este modelo tem a capacidade de avaliar três dimensões do sistema familiar: a estrutural, a desenvolvimental e a funcional, sendo, segundo Figueiredo (2012) uma ferramenta orientadora da avaliação de enfermagem voltada para a família, que auxilia na sistematização das suas práticas, favorecendo o fortalecimento familiar e culminando com a produção dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Realça-se a importância desta avaliação, quer das necessidades de saúde das famílias, considerando fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam a saúde familiar, quer da dinâmica familiar, considerando as relações, a comunicação, os

papéis e a estrutura familiar. A utilização de instrumentos de avaliação familiar, como a escala de APGAR adaptada e a escala de FACES II, permitiram identificar os pontos fortes e as necessidades da família e de todos os elementos que a compõe, colhendo dados pertinentes e capazes de promover um planejamento de cuidados centrado na família.

Desenvolver planos de cuidados personalizados que atendam às necessidades específicas de cada família, promovendo a participação ativa de todos os membros na definição de objetivos de saúde, foi uma preocupação constante. Assim como adequar as intervenções a essas necessidades que sejam capazes de proporcionar a coesão e o suporte mútuo dentro da família, ajudando-a a lidar com desafios e a fortalecer os seus recursos internos, com o propósito de incentivar hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida da mesma.

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

Reconhecer a influência das diferentes etapas do ciclo vital e desenvolvimento familiar e individual, e dos diversos fatores envolvidos na resposta a transições complexas é o objetivo central desta unidade de competências.

Na prática da enfermagem de saúde familiar, a compreensão das transições ao longo do ciclo de vida da família é fundamental para a prática de cuidados de qualidade e para promover o bem-estar de todo o sistema familiar. A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, oferece um enquadramento teórico valioso que permite ao enfermeiro de saúde familiar compreender e intervir nos processos dinâmicos de saúde e doença vivenciados pela família e pelos seus membros em particular. A abordagem da Teoria das Transições destaca que as mudanças ao longo da vida da família podem ser previsíveis ou imprevistas, progressivas ou disruptivas, podendo originar situações de grande complexidade que exigem respostas adequadas e processos de readaptação (Meleis, 2010). No contexto da enfermagem de saúde familiar, essas transições podem estar intrinsecamente ligadas aos processos de saúde e doença, particularmente quando se trata da gestão de doenças crónicas. Nestas situações específicas, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel crucial no apoio à família quanto à gestão de doenças crónicas, fornecendo orientação sobre autocuidado e estratégias de adaptação, além de coordenar intervenções com outros profissionais de saúde durante as diferentes

transições. Ao adotar uma abordagem centrada na família, o enfermeiro pode ajudar a família a compreender a natureza da doença, os objetivos do tratamento e as estratégias de autogestão necessárias para manter a saúde e prevenir complicações associadas.

Daí que com o desenvolvimento das Ações 1 e 2, incluídas no Plano de Ações (Apêndice VII), pretendeu-se monitorizar e acompanhar as situações mais complexas nos processos de transição familiares. A realização de uma monitorização regular e um acompanhamento das doenças crónicas, ajustando os planos de cuidados conforme necessário, pretende proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas e famílias, de acordo com a etapa do ciclo vital e desenvolvimento familiar e individual. Assim, o enfermeiro de saúde familiar pode dar um contributo importante, ao acompanhar e apoiar as famílias ao longo do seu percurso, colaborando para a promoção da sua saúde e das gerações futuras, na perspetiva de que assumam gradualmente as novas responsabilidades e a aquisição de novas competências (Meleis & Schumacher 2010), fomentando a sua capacitação e aumentando a sua literacia em saúde.

- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Dos objetivos inerentes para esta unidade de competências destacam-se os seguintes no desenvolvimento de competências específicas enquanto enfermeiro de saúde familiar: proporcionar um ambiente seguro à reflexão e discussão de temas complexos e considerar a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais na influência aos cuidados à família.

Os cuidados de enfermagem de saúde familiar devem, deste modo, direcionar-se para a orientação das famílias para práticas de vida saudáveis, maximizando o seu potencial de saúde, atendendo a todo o dinamismo e complexidade que cada família apresenta. Nesta perspetiva, o papel do enfermeiro é primordial, pois, integra a família nos cuidados de enfermagem, através da sua capacitação para o desenvolvimento de competências que lhe permita viver saudavelmente todas as transições que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Proporcionar um ambiente seguro e facilitador a uma reflexão conjunta, à expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações foi algo que se teve em atenção. O apoio emocional oferecido à família e aos seus membros pode ser fundamental na ajuda a lidar com o stress, a ansiedade e a carga inerente a alterações menos positivas e que exigem readaptações bruscas no seio familiar. Facilita, simultaneamente, a resolução de conflitos

dentro da família, promovendo a comunicação eficaz e a resolução construtiva de problemas.

Trabalhar com e na família e não para a família, permite o desenvolvimento harmonioso, na e para a mudança, e o aumento da literacia em saúde de todos os seus membros e da família em si, enquanto foco de cuidados. Tendo sempre presente a importância da evidência científica que promove a prática de cuidados de enfermagem de excelência e a transferibilidade de conhecimentos baseados em evidências atualizadas e contextualizadas.

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

Esta unidade de competências descrita foi desenvolvida na íntegra ao longo de todo o estágio de natureza profissional, sendo transversal a todas as ações propostas. Nela estão integrados os seguintes objetivos: integrar e fomentar a investigação e evidências clínicas recentes nas intervenções de enfermagem familiar; definir com a família estratégias que potenciem os processos adaptativos a situações complexas e proporcionar ambientes seguros e saudáveis para as famílias.

O enfermeiro de saúde familiar desenvolve competências que o capacitam para intervir de forma eficaz em situações de crise, como doenças agudas e crónicas, com maior impacto na vida familiar, luto e outras situações inesperadas que exigem uma adaptação imediata ao momento vivido. O apoio oferecido é imprescindível e um fator facilitador da comunicação e da resolução de conflitos dentro da família, promovendo a coesão e o suporte mútuo entre os membros.

Relembrando que, o enfermeiro de saúde familiar ao adotar uma abordagem sistémica, contribui para que os membros da família sejam capacitados a desenvolver estratégias de resolução de problemas e a promover mudanças positivas dentro do sistema familiar. Esta autonomia e empoderamento são fundamentais para a promoção da saúde familiar a longo prazo, uma vez que permitem que a família desenvolva resiliência e adaptação face a desafios e adversidades.

Por outro lado, na perspetiva da família e dos seus membros, a aplicação da Teoria das Transições pode oferecer um sentido de orientação e empoderamento durante os momentos de mudança e adaptação associados à doença, particularmente à doença

crónica. Ao compreender que as transições fazem parte do processo de viver com uma doença crónica, as famílias podem desenvolver estratégias eficazes para enfrentar os desafios e melhorar a qualidade de vida da m pessoa doente e de todos os envolvidos.

- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Da perspetiva da família e dos seus membros, a teoria sistémica familiar oferece uma compreensão mais profunda das suas próprias dinâmicas e desafios, reconhecendo que os problemas de saúde e bem-estar podem ser influenciados por uma série de fatores inter-relacionados, incluindo o ambiente familiar, os padrões de interação e as expectativas mútuas. Este conhecimento intrínseco à família faz com que a mesma reconheça as suas forças e fraquezas e seja capaz de procurar um novo equilíbrio e adaptação numa situação de transição complexa da sua vida enquanto unidade. Neste contexto, enquanto enfermeiro de saúde familiar em formação, foram importantes o acompanhamento e o investimento com e nas famílias, favorecendo a gestão de recursos. Com o apoio constante e o desenvolvimento das ações programadas para e com as famílias (Ações 1, 2 e 3), permitiram que as mesmas recorressem com maior eficácia ao sistema de saúde, facilitando a procura dos recursos necessários, garantindo a coordenação e continuidade dos cuidados prestados. Destaca-se também a importância de promover a autogestão, capacitando as pessoas e suas famílias a assumir um papel ativo no seu próprio cuidado de saúde. Ao enfermeiro cabe desempenhar um papel formativo e de educação para a saúde sobre a doença e as comorbilidades associadas, habilidades de autorregulação e apoio emocional para fortalecer a capacidade da família de lidar eficazmente com os desafios que as transições complexas do seu ciclo de vida o exigem.

Daí a importância que este percurso formativo proporcionou para o desenvolvimento desta unidade de competência específica e dar resposta aos objetivos propostos para a mesma: promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de mudança; explorar e negociar estratégias que promovam a dinâmica familiar saudável facilitem o alcance dos objetivos; analisar com a família os recursos necessários às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos e documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, ao longo do ciclo vital.

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

Esta unidade de competências destaca-se pela particularidade de englobar um conjunto de objetivos norteadores e transversais à prática de enfermagem especializada, sendo um ponto de partida para todas as ações e atividades desenvolvidas durante o período do estágio profissional. Assim, os objetivos delineados foram: solicitar orientação que promova a melhoria contínua da prática em enfermagem de saúde familiar; avaliar e refletir a prática especializada, enquanto enfermeiro de saúde familiar para o contributo de ganhos em saúde; promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo e demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar especializada.

Objetivos que estiveram presentes neste percurso, assegurando que enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar os cuidados prestados e as intervenções realizadas são centrados na família. Toda a prática foi orientada com base num método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a enfermagem de saúde familiar. Justifica, assim, o envolvimento ativo adotado na promoção da saúde e do bem-estar da família e de todos os membros, independentemente da fase do ciclo vital em que a mesma se encontra, tal como descrito e refletido ao longo deste capítulo.

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

Tendo como ponto de partida os objetivos delineados que contemplam avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e integrar a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, parte-se para uma reflexão sobre os mesmos.

Com o desenvolvimento dos dois estudos apresentados neste relatório, no CS de Darque e na USFTA, foi notório o envolvimento em atividades de investigação-ação e de implementação (Ação 1 e Ação 4). Estas ações, ambas potenciadoras de processos de mudança, visam melhorar a qualidade da prática de enfermagem de saúde familiar e serem um contributo válido para a produção de conhecimento e inovação nesta área de especialidade. Integrar os resultados destes projetos e basear o planeamento e a prestação

de cuidados nas melhores evidências produzidas, asseguram que toda a intervenção especializada seja eficaz, atualizada e contextualizada.

1.2.2. Lidera e Colabora em Processos de Intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

O enfermeiro especialista em saúde familiar, ao liderar e colaborar em processos de intervenção, desempenha um papel vital na promoção do trabalho de equipa multiprofissional eficaz e assegura cuidados de excelência, coordenados, integrados e centrados na família. Uma atitude pró-ativa, colaborativa e de compromisso requer uma combinação de competências de liderança, habilidades de comunicação e capacidade de trabalho em equipa em prol da saúde e do bem-estar das famílias. Seguindo estes pressupostos ao longo de todo o percurso formativo, foram valorizadas as duas unidades de competência que se apresentam, integrando-as em cada uma das ações apresentadas no Plano de Ações (Anexo VII), incluindo os objetivos que foram definidos para cada uma delas:

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

Os objetivos propostos para esta unidade de competência passam pelo enfermeiro de saúde familiar ser capaz de: promover a colaboração interdisciplinar, entre equipas, de saúde na prestação de cuidados de saúde à família; referenciar a família em articulação com a equipa multiprofissional e contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais.

Tendo estes objetivos presentes, o enfermeiro tem um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014). Neste âmbito é fundamental conhecer os recursos disponíveis e ser facilitador na articulação com as várias unidades funcionais e serviços na comunidade para informar adequadamente e capacitar as famílias. As ações e atividades desenvolvidas permitiram confirmar a visão ampla dos CSP, da complexidade da sua gestão, da complexidade da abordagem à família nas várias etapas do ciclo vital e da importância do enfermeiro de saúde familiar como profissional próximo e capacitado para a gestão dos problemas da família através da intervenção inerente ao processo de enfermagem e referenciação para outros profissionais.

Salienta-se a importância que teve a junção das duas unidades funcionais do CS Darque (USF e UCSP) no projeto de implementação desenvolvido no Estudo 1, quer pela

proximidade física quer pela promoção da proximidade pessoal e profissional que se retomou após a divisão da equipa de enfermagem nestas duas unidades distintas. A formação da equipa de projeto, com a inclusão do elemento em funções de chefia, do elemento pertencente à UCC de Darque e ainda do elemento da USP da ULS do Alto Minho, foi uma mais valia para a implementação e a sustentabilidade deste projeto. O trabalho coordenado, a partilha de experiências e a reflexão conjunta foram fatores fundamentais para promover comportamentos de mudança em benefício da pessoa com doença crónica e sua família.

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

Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção e participar ativa e intencionalmente no desenvolvimento de medidas, relacionadas com a saúde e direitos da família foram todos aqueles objetivos traçados com maior pertinência para atingir com sucesso a unidade de competência apresentada.

A mudança de paradigma associada ao papel do enfermeiro de saúde familiar e à abordagem sistémica da família é complexa e beneficia da motivação dos profissionais, principalmente daqueles que partilham formação na área. O impacto da existência de enfermeiros em formação na área de enfermagem de saúde familiar foi notório durante o desenvolvimento dos projetos (Estudo 1 e Estudo 2). Nas reuniões setoriais da equipa de enfermagem, e intersetoriais, das várias categorias profissionais, que foram realizadas, a discussão da família como foco e como unidade aconteceu em vários momentos, percebendo-se o contributo dos profissionais com e em formação especializada na área de saúde familiar.

Importante também ter percebido o quanto foi determinante dinamizar momentos de partilha de conhecimentos e de apresentação desta área de especialidade de enfermagem nas reuniões de Conselho Geral assistidas na USFTA, uma vez que a existência de estagiários de enfermagem na área era uma primeira experiência para todos os envolvidos e para todos os elementos da equipa multiprofissional. A apresentação das linhas orientadoras do estágio, assim como do projeto e das ações a desenvolver, foram uma

mais valia para criar proximidade, laços e parcerias, favorecendo o apoio incondicional da equipa multiprofissional, com uma constante preocupação e disponibilidade perante os desenvolvimentos inerentes ao período do estágio profissional. Foram, sem dúvida, aliados e imprescindíveis para todo o trabalho desenvolvido com, na e para as famílias.

Associado ao facto de a enfermagem de saúde familiar ser uma especialidade em desenvolvimento com um corpo de conhecimentos e competências muito específicas, destaco a importância da oportunidade de assistir e participar em ações formativas. No ponto seguinte são apresentadas aquelas que facilitaram a tomada de consciência da importância da abordagem à família como unidade de cuidados numa perspetiva sistémica, aquelas que foram de encontro às problemáticas em estudos e que são promotoras da visibilidade da enfermagem de saúde familiar.

1.3. OUTRAS EXPERIÊNCIAS RELEVANTES

A formação contínua e especializada deve ser uma prioridade e uma realidade presentes na prática profissional do enfermeiro especialista. Durante o período inerente à componente letiva do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar e Estágio de Natureza Profissional, que incluiu a realização do estágio profissional, houve a preocupação e a necessidade de aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar competências em áreas específicas. Desta necessidade surgiram oportunidades formativas, tanto no papel de formanda como de oradora, focalizando uma atenção especial na(s) área(s) que foram determinantes para a concretização deste percurso, tanto pelas problemáticas abordadas como pelo valor acrescido do conteúdo das mesmas. Destacam-se aquelas que maior contributo deram para o desenvolvimentos das ações e atividades propostas e para a consolidação de competências específicas inerentes ao grau de mestre e ao título de especialista pretendidos.

Como Formanda:

Webinar “A Família na Transição Saúde-Doença – Intervenção de Enfermagem”, organizada pelo Projeto InfFUCI/CIDNUR, realizada online no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

Formação “Implementação da Ciência”, organizada pelo *Portugal Centre for Evidence Based Practice* – PCEBP da UICISA: E/ESEnfC, realizada na Unidade de Investigação

em Ciência da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de 30 de janeiro a 3 de fevereiro de 2023, com duração total de 35 horas.

Evento “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º Webinar: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família”, organizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizada online no dia 2 de março de 2023, com a duração de 2 horas.

Evento “*Roche Care 4 You – Update de Guidelines no Tratamento da Diabetes*”, organizado pela Roche, realizado online no dia 30 de março de 2023, com a duração de 1 hora.

Aula Aberta “Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: desafios para a Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica”, organizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizada online no dia 11 de abril de 2023, com a duração de 2 horas e 30 minutos.

Sessão de Formação “Autogestão da Diabetes Tipo2”, organizado pela *Ascensia Diabetes Care Portugal*, Lda, realizado no Centro de Saúde de Darque no dia 14 de julho de 2023, com a duração de 1 hora.

Curso de “Nutrição e desenvolvimento infantil”, organizado pela Academia Humana, realizado online de 15 de junho de 2023 a 15 de junho de 2024, com a duração de 24 horas.

Workshop “Estratégias para iniciar a terapêutica com insulina”, organizado pela *Ascensia Diabetes Care Portugal*, Lda, realizado online no dia 10 de outubro de 2023.

Formação “Implementação da Ciência”, organizada pelo *Portugal Centre for Evidence Based Practice – PCEBP* da UICISA: E/ESEnfC, realizada na Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de 16 a 20 de outubro de 2023, com duração total de 35 horas.

Workshop “Comunicação e adesão na diabetes: um desafio na prática clínica”, organizado pela *Ascensia Diabetes Care Portugal*, Lda, realizado online no dia 17 de outubro de 2023.

Workshop “Diabetes: casos práticos”, organizado pela *Ascensia Diabetes Care Portugal*, Lda, realizado online no dia 24 de outubro de 2023.

Conferência “A Vida é Superior: Prevenção do suicídio no ensino superior”, com o Professor Doutor José Carlos Pereira dos Santos na ESEnFC, realizada online no dia 25 de outubro de 2023, com a duração de 2 horas.

Conferência “Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável de tod@s para tod@s”, organizado pela Escola Superior de Saúde (ESS) – IPVC, realizado no auditório da ESS no dia 15 de novembro de 2023.

Encontro "A Saúde que queremos!", organizado pela USF Tiago de Almeida na Celebração do 10º Aniversário, realizado no Auditório Prof. Lima de Carvalho – Viana do Castelo no dia 24 de novembro de 2023

Conferência “Violência na Família no Brasil”, com a Professora Doutora Nadirlene Gomes da UFBA (Bahia-Brasil), realizado online no dia 30 de novembro de 2023.

Conferência “Saúde Familiar no Brasil”, com a Professora Doutora Fernanda Lanza da UFMG (Universidade Federal de S.João del-Rei, Brasil), no dia 5 de dezembro de 2023.

Seminário “Partilha de vivências enquanto famílias LGBTQIA+”, organizado pela Escola Superior de Saúde (ESS) – IPVC, realizado no dia 15 de dezembro de 2023.

Webinar “Análise qualitativa de dados e transcrição automatizada com NVivo”, organizada pelo *Gades Solutions*, realizada online no dia 11 de janeiro de 2024.

Webinar “Projeto de Investigação: teoria e prática”, organizada pelo *Gades Solutions*, realizada online no dia 18 de janeiro de 2024.

Seminários no Instituto Politécnico de Bragança (IPB): “Saúde Familiar: Enfermagem baseada na Evidência e a Competência Emocional” e “Processos Migratórios e Saúde Familiar”, realizados no auditório do IPB no dia 22 de março de 2024.

Seminário “Cuidar famílias LGBTQIA+: Perspetiva colaborativa na agenda de Enfermagem familiar”, organizado e realizado na ESS no dia 31 de maio de 2024.

Seminário “Pessoas e famílias com diabetes tipo 2”, onde se integra a validação da escala *Family and Friend Involvement in Adults’ Diabetes (FIAD)*, realizada na ESS no dia 21 de junho de 2024.

Partilha de experiências, apresentação dos trabalhos/estudos realizados no Estágio de Natureza Profissional pelas mestrandas, realizada nos dias 31 de maio de 2024 e 21 de junho de 2024:

31.05.2024

Carla Alexandra Rodrigues Santos: "Percurso de saúde com equipa de saúde familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais - Partilha de experiência do Estágio de Natureza Profissional"

21.06.2024

Maria Luísa de Carvalho Pereira Pimenta: "Capacitação para a autogestão da doença crónica, das pessoas com Diabetes tipo 2, em cuidados de saúde primários: implementação de melhores práticas"

Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira: "Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à enfermagem de saúde familiar especializada"

Iva Margarida Azevedo Costa: "Literacia em saúde sexual e reprodutiva - resultados preliminares"

Como Formadora / Oradora:

Webinar “Cuidados de Saúde Baseados em Evidência: Implementação da Evidência para a Promoção da Equidade em saúde”, como oradora com o tema “Promoção da autogestão com pessoas com diabetes tipo 2: implementação da prática baseada na evidência”, realizada online na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no dia 20 de outubro de 2023.

Evento “Semana Aproximar”, na realização de duas sessões formativas “Lavagem das Mãos”, realizadas na Escola Básica Foz do Neiva (Castelo do Neiva) a duas turmas dos 6ºA e 6º B, no dia 8 de fevereiro de 2024.

Partilha de experiências, apresentação do trabalho/estudo realizado no Estágio de Natureza Profissional, com o tema "Capacitação para a autogestão da doença crónica, das pessoas com Diabetes tipo 2, em cuidados de saúde primários: implementação de melhores práticas", realizada na ESS 21 de junho de 2024.

CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional, tendo como ponto de partida o Projeto de Estágio para este percurso formativo, pretende espelhar, analisar, refletir todo o processo de desenvolvimento estruturado, consolidação e robustez das competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com o culminar na atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e do grau de Mestre nesta área específica. Pretende-se, também, que este percurso, de desenvolvimento e aperfeiçoamento, contribua de forma efetiva para melhores práticas de enfermagem baseadas na evidência, de cariz colaborativo, partindo das forças para a gestão e minimização das fraquezas, tendo como base contribuir para a implementação da prática de cuidados de enfermagem de saúde familiar especializados, com particular enfoque na capacitação de pessoas e famílias com pessoas idosas no âmbito da autogestão da doença crónica.

A investigação em enfermagem, enquanto competência especializada e na área específica dos CSP e da intervenção do enfermeiro de saúde familiar, procura responder a questões ou resolver situações direcionadas para a pessoa e família, num contributo para prática de cuidados de enfermagem de excelência e para ganhos em saúde. Com a metodologia de investigação-ação adotada, promovendo a participação ativa e o envolvimento de todos os participantes, incluindo a equipa de enfermagem do CS Darque e a equipa multiprofissional da USFTA, procura-se uma proximidade e responsabilidade efetivas de todos os intervenientes neste processo na consecução do planos de ações apresentado de acordo com as necessidades sentidas, com o diagnóstico de situação efetuado e com uma reflexão individual e conjunta que permitiram toda a construção deste caminho, onde se enquadram os estudos empíricos apresentados. Nesta perspetiva, com esta dinâmica colaborativa, participativa e de proximidade, pretende-se contribuir para a implementação de mudanças estruturantes e que permitam a sua sustentabilidade e ganhos em saúde para todos os envolvidos, nomeadamente as equipas multiprofissionais, e as equipas de enfermagem em particular, a pessoa idosa, os utentes e famílias das unidades funcionais envolvidas, sempre num pensamento de aprendizagem ao longo da vida!

Assim, pretende-se com a análise e discussão dos resultados obtidos sistematizar áreas de melhoria, na perspetiva da família, da pessoa e dos enfermeiros de saúde familiar, que

permitam a construção participada de projetos de intervenção adequados que contribuam para o reconhecimento das unidades funcionais prestadoras de cuidados como um recurso efetivo e facilitador nos processos de transição do ciclo vital e nos processos de autogestão da doença crónica. Simultaneamente, que produza evidência de suporte à proposta de um plano de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem de saúde familiar a prestar às famílias, às pessoas com doença crónica, dando resposta às questões de partida formuladas nos dois estudos apresentados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia dos CSP. (2024). Estratégias de Governação Clínica. <https://www.usf-an.pt/academia-csp/organizacional/estrategias-de-governacao-clinica/>
- Airhihenbuwa, C., Tseng, T., Sutton, V., & Price, L. (2021). Perspectivas globais sobre a melhoria da prevenção e gestão de doenças crônicas em diversos cenários. *Prevenção de doenças crônicas*, 18. <https://doi.org/10.5888/pcd18.210055>
- Alligood, M. R. & Tomy, A. M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Almeida, M., Sousa, M. R. & Loureiro, H. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na perceção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(22), 33-42. <https://doi.org/10.12707/RIV19037>
- Alves, G. C. S., Aquino, J. A., Baldoni, A. O., Baldoni, N. R., Fabbro, A. L. D., Flor, C. R., Oliveira, C. D. L. & Sanches, C. (2018). Eficácia de estratégias individuais para o empoderamento de pacientes com diabetes mellitus: Uma revisão sistemática com meta-análise. *Primary Care Diabetes*. 12, 97–110.
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*. 79(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Assembleia Constituinte (1976). Constituição da República Portuguesa. República Portuguesa. <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf>
- Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2020/11/23). Implementação da evidência científica nos contextos da prática Clínica especializada. *Webinar*. Coimbra
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2020). *Portugal Mais Velho: Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Azevedo, L., Riscado, P. & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa – Revisão integrativa da literatura. *HIGEIA*, 7(1), 17-27.

[https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n7/02_A%20INFLUeNCIA%20DO%20ENVE
LHECIMENTO%20ATIVO%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DA
%20PESSOA%20IDOSA%20%E2%80%93%20REVISaO%20INTEGRATIVA%
20DA%20LITERATURA.pdf](https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n7/02_A%20INFLUeNCIA%20DO%20ENVE
LHECIMENTO%20ATIVO%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DA
%20PESSOA%20IDOSA%20%E2%80%93%20REVISaO%20INTEGRATIVA%
20DA%20LITERATURA.pdf)

- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. (1ª ed.). Climepsi Editores.
- Bastos, C., Santos, C., Martins, M. M., Fernandes, C. & Lima L. (2021). Necessidades dos idosos na autogestão da doença crónica: perspetivando um programa de intervenção de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Série V(26), Artigo e830048. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.83048>
- Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. A transição para a doença crónica*. (1ª ed.). Novas Edições Académicas.
- Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. Editora Vozes.
- Bittar, O. J. N., Biczkyk, M., Serinolli, M. I., Novaretti, M. C. Z. & Moura, M. M. N. (2018). Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. *Revista de Administração em Saúde*, 18(70). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.77>
- Bomar, P. & Baker-Word, P. (2005). Promoção da saúde familiar. In S. Hanson (2ª ed). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. (pp. 209-233). Lusociência.
- Braga, C. G. & Silva, J. V. (2011). *Teorias de enfermagem*. Saraiva.
- Braga, M. C. (2021). O papel do enfermeiro de família na USF. *Newsfarma*. <https://www.newsfarma.pt/artigos/216-o-papel-do-enfermeiro-de-fam%C3%ADlia-na-usf.html>
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2(1), 572-577. <file:///C:/Users/85025/Downloads/796-Texto%20Artigo-3144-1-10-20160706.pdf>
- Brás, M. (2020). *Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2! Empoderar a pessoa adulta diabética da UCSP de Ansião*. [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33207/1/BCTFC73.pdf>

- Brás, M. A., Brás, M. F. & Moura, S. C. M. (2013). Enfermeiro de família, um especialista de e com futuro? sim (...)! porque (...)! *In Primeiras jornadas de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança* (pp. 240–245). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9440/1/E-Book 240-245.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9440/1/E-Book%20240-245.pdf)
- Brotto, A. M. & Guimarães, A. B. P. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crónicas. *Periódicos de Psicologia*, 15(1), 43-68. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092017000100004
- Bousso, R. S. (2008). A Teoria dos Sistemas Familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. *Revista de Enfermeria de Minas Gerais*. 12(2), 257-261.
- Busse R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D. & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges*. (20^a ed.). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardoso, D. F. B., Santos, D. G. S., Rodrigues, J. F. C., Rodrigues, R. M. C. & Cardoso, A. F. R. (2021). Promoção da prática baseada em evidências: formação de profissionais de saúde para a síntese da evidência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 55. Artigo e20210180. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0180>
- Castrén, A. & Ketokivi, K. (2015). Estudando a dinâmica complexa dos relacionamentos familiares: uma abordagem figuracional. *Sociological Research Online*, 20, 108-121. <https://doi.org/10.5153/sro.3539>
- Castro, M. E. & Soares, S. (2020). Literacia em saúde e o autocuidado e autocontrolo no idoso com diabetes tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.lsa>

- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn, *Nursing research methodology*. (pp. 237-257). Aspen Publication.
<https://repository.upenn.edu/nrs/9/>
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. (8ª ed.). Elsevier Mosby.
- Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 – Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República I Série, n.º 161 de 2007-08-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 – Regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, n.º 38 de 2008-02-22. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075-187132949>
- Decreto-Lei n.º 183/2008 – Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos. Diário da República I Série, n.º 171 de 2008-09-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/183-2008-453991>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 – Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República I Série, n.º 149 de 2014-08-05. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561?ts=1671580800034>

- Decreto-Lei n.º 103/2023 - Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série, n.º 215 de 2023-11-07, p. 21-48. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direcção Geral da Saúde.
- Eccles, M. P. & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*. 1, pp 1-3. <http://www.implementationscience.com/content/1/1/1>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um foco central da enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Faggian, E., Balduit, C., Labelli, E., Gregori, D. & Martinato, M. (2020). Care Manager nurse for chronic patients in primary care: a literature review. *European Journal of Public Health*, 30(5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1107>
- Feitosa, M. (2019). *A comunicação na enfermagem relacionada ao desafio no processo de cuidar*. <https://pt.linkedin.com/pulse/comunica%C3%A7%C3%A3o-na-enfermagem-relacionada-ao-desafio-processo-feitosa>
- Ferreira, M. (2019). *Qualidade e Governança Clínica: O Papel dos Dados na Tomada de Decisões*. Editora de Ciências da Saúde.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Ferreira, P. L., Morais, C., Pimenta, R., Ribeiro, I., Amorim, I. & Alves, S. M. (2023). Empowerment and Knowledge as Determinants for Quality of Life: A Contribution to a Better Type 2 Diabetes Self-Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20, 4544. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054544>.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do

Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2004) Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes*. 22(3), 123–127. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>

Furtado, M. C. (2017). *É possível religião, estado e educação trabalharem juntas contra a violência de género?* Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress.
https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498849461_ARQUIVO_Texto_completopocongresso.pdf

Gameiro, J. (1992). *Voando Sobre a Psiquiatria*. Edições Afrontamento.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação*. Lusociência.

Hespanhol, A. P. & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 135-136.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515>

International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10^a ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

International Family Nursing Association (IFNA). (2013). *IFNA Position Paper on PreLicensure Family Nursing Education*.
<http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/FNEComplete-PDF-document-in-colour-with-photos-English-language1.pdf>

- JBİ (2021). *JBİ Manual for Evidence Synthesis*. jbi.global.
- Jing, X., Chen, J., Dong, Y., Han, D., Zhao, H., Wang, X., Gao, F., Li, C., Cui, Z., Liu, Y. & Ma, J. (2018). Related factors of quality of life off life of type 2 diabetes patients: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16, 189. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1021-9>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z. & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58-71. <https://doi.org/10.1097/xe.0000000000000155>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing. Theory, Partice, and Research*. Davis Company.
- Kreuz, G. & Franco, M. H. P. (2017). Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas e cuidados com as pessoas. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 117-133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p117-133>
- Kralik, D., Visentin, K. & Loon, A. V. (2006). Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*. 55 (3), 320-329. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lei n.º 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, I Série, n.º 181 (2015-09-16), pp. 8059-8105. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Leonello, V. M., Vieira, M. P. & Duarte, T. C. (2018). Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3), pp. 1136-1142. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0390>
- Levine, C. (Ed.). (2014). *Living in the Land of Limbo: Fiction and Poetry about Family Caregiving*. Vanderbilt University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv16759gk>
- Lizarondo, L., McArthur, A., Moola, S., Albornos-Munoz, L., Badeaux, J., Bennett, M., Puschel, V. A., González-Monasterio, E. I., Mwita, C., Perrenoud, B., Porche, D., Rodrigues, R. & Stannard, D. (2022). Facilitation as a component os evidence

- implementation: a multinational perspective. *JBIEvidence Implementation*. 20(3), 180-188. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000321>
- Lockwood, C. S. & Ivers, N. M. (2023). Editorial. Implementation science: a primer. *JBIEvidence Implementation*. 21(4), 307-309. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000398>
- Madani, F. & Zarani, F. (2022). Gerenciando doenças crônicas na família: uma revisão sistemática. *Journal of Family Research*. <https://doi.org/10.52547/jfr.18.1.57>
- Magtoto, L. (2023). Evidence Summary. Chronic Disease: Self-Management. *The JBIEBP Database*. JBI.
- Mari, F. R.; Alves, G. G.; Aerts, D. R. & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Martire, L. & Helgeson, V. (2017). Relacionamentos próximos e o gerenciamento de doenças crônicas: associações e intervenções. *The American Psychology*, 72(6), 601-612. <https://doi.org/10.1037/amp0000066>
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development and progress* (2ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1ª ed.). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5ª ed.). Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. I., Messias, E., Sawyer L. I. M. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (3), pp. 12-28.
- Melo, P. (2020). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de Decisão Clínica*. Lidel.
- Mendes, M. L. S. (2004). Mudanças familiares ao ritmo da doença: As implicações da doença crônica na família e no centro de saúde. [Dissertação de mestrado,

- Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese%20Mestrado.pdf>
- Mendes, T., Oliveira, S. & Costa, J. (2020). *Sistemas de Informação em Saúde: Impacto nos Cuidados e na Gestão Hospitalar*. Caderno de Estudos em Saúde.
- Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 12427/2016. *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Serviço Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Serviço Nacional de Saúde.
https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Nabeto, A. M. S. (2020). A Transformação Digital no Sector da Saúde. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Gestão]. RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10400.26/33074>
- Neves, T. M. A. & Marques, A. M. (2022). Self-managemnet plano f chronic disease among inpatients admitted to a Portuguese Endocrinillogy unit: a best practice implementation project. *JBIM*, 20, 1-8.
<https://doi.org/10.1097/xe.0000000000000320>
- Nilsen (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. 10(53), 2-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nightingale, J., Fowler-Davis, S., Grafton, K., Kelly, S., Langham, C., Lewis, R., Bianco, B., & Harrop, D. (2020). The role of Allied Health Professions and Nursing Research Internships in developing a research culture: a mixed-methods exploration of stakeholder perspectives. *Health Research Policy and Systems*, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00638-1>
- Noronha, M. M. S. & Parron, S. F. (s.d.). *A evolução do conceito de família*.
<https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170602115104.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAdade-prim%C3%A1rios/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros Centro. (2020). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de enfermeiro especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Climepsi Editores.
- Pereira, M. M. S. (2019). *Direito da Família*. AAFDL Editora.

- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *Evid Based Healthc.* 3(8), 207–215. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x>
- Piccoli, T., Nunes, S. F.L., Tramontina, P.C., Juliane, R. T. O., Santos, E. K. A. & Amante, L. N. (2015). Refletindo Sobre Algumas Teorias De Enfermagem a Partir Do Modelo De Avaliação De Meleis. *Revista Cogitare Enfermagem.* 20(2), 437-442. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i2.37891>
- Pires, D. (2002). *Práticas pedagógicas inovadoras em educação científica – Estudo no 1.º Ciclo do Ensino Básico*. [Tese de doutoramento, Faculdade de Ciência da Universidade de Lisboa]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/15643>
- Porritt K., McArthur A., Lockwood C. & Munn Z. (2020). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI. <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0011610&contexto=bd&selTab=tab2
- Prodanov, C. C. & Frietas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico* (2.ª ed.). Universidade Feevale.
- Puschel, V. A. A. (2022). Implementação de evidências em saúde: reduzindo a lacuna entre a pesquisa e a prática. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Artigo e20226581. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226581>
- Puschel, V. A. A., Oliveira, L. B., Gomes, E. T., Santos, K. B. & Carbogim, F. C. (2021). Formando para implementação de evidências em saúde no Brasil: a metodologia JBI. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 55, Artigo e03718. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718>
- Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República II Série, n.º 79 de 2015-04-23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República II Série, n.º 118 de 2015-06-19.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República II Série, n.º 135 de 2018-07-16.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 de 2019-02-06.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Sampaio, D. (1999). *A Família in Actas dos V Cursos Internacionais de Verão de Cascais* (vol. 4). Câmara Municipal de Cascais.

Sampaio, T. B. (2022). *Gestão Pública em saúde: Metodologia de pesquisa* (1.ª ed.). Universidade Federal de Santa Maria.

Serviço Nacional de Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2023). Planeamento em Saúde: Planos Locais de Saúde. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/planeamento-em-saude/planos-locais-de-saude/>

Serviço Nacional de Saúde. ULSAM (s.d.). *Breve Apresentação da ULSAM, E.P.E.* <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>

Sousa, M. R., Martins, T. & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Referência – Revista de Enfermagem*, 5(6), 55-63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>

Sousa, M. R., Pereira, F., Martins, T., Rua, T., Ribeiro, I., Cerdeira, C., Lopes, L., Sevegrand, C. & Santos, C. (2017). Impact of an educational programme in Portuguese people with diabetes. *Action Research*, 17(2), 258-276. <https://doi.org/10.1177/1476750317736369>

- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In *Autocuidado: um foco central da Enfermagem*. (pp. 15-26). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39477/1/e-book-a.pdf>
- Souza, J. M., Thol, A. D., Córdova, F. P., Heidemann, I. T. S. B., Boehs, A. E. & Nitschke, R. G. (2014). Aplicabilidade prática do empoderamento nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(7), 2265–2276.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Lusociência.
- Tabak, R., Khoong, E., Chambers, D. A. & Brownson, R. C. (2012). Bridging Research and Practice. *American Journal of Preventive Medicine*. 43 (3), 337-350.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
- Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall W., Henderson, A. & Kirkham, S. R. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1257-1268.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x>
- Vilar, A. I. (2009). *Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida da pessoa portadora de diabetes tipo 2: das evidências à decisão em gestão clínica*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Vilar, A. I. (2012). A Família e a Autogestão dos Processos de Saúde Doença: o caso da diabetes tipo 2. In J. C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I., L. Andrade, M. R. Santos, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, M. M. Martins, & P. Oliveira (Coords.). *Transferibilidade de conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 61-66). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª ed.) Edições Sílabo.
- Whitehead, L., Jacob, E., Towell, A., Abu-Qamar, M. & Cole-Heath, A. (2018). O papel da família no apoio à autogestão de condições crónicas: Uma revisão sistemática

qualitativa. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 22–30. <https://doi.org/10.1111/jocn.13775>

Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção familiar* (5ª ed.). Roca.

World Health Organization. (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.

World Health Organization (2018). *Noncommunicable diseases country profiles*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>

Young, A., Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing Research, Theory, and Practice*. Mosby

Ywiżytoniowska N., Sarzyńska K., Szymańska-Chabowska A. & Jankowska-Polańska B. (2019). The role of education in type 2 diabetes treatment. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 151, 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.04.004>

Zamora-Niño, C. F., Guibert-Patiño A. L., La Cruz-Saldaña D., Ticse-Aguirre R. & Málaga G. (2019). Avaliação de conhecimentos sobre sua enfermagem em pacientes com diabetes tipo 2 de um hospital de Lima, Peru e sua associação com a adesão ao tratamento. *Acta Medica Peruana*, 36, 96–103. <https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.809>

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS do Alto Minho: Estudo 1

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MARANHÃO, IPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 38/2023 -CES	Pág. 1 de 3
--	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 31 - 18/05/2023 Assunto: Promoção da autogestão de pessoas com diabetes tipo 2: Implementação da prática na evidência”	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Maria Carminda Soares Moraes – Prof.Coord. IPVC; Maria Luísa carvalho Pereira Pimenta-Co.Coord. Enf USF Arquis Nova; Nicole Conde Coelho Viana –Membro da Com.local de informatização clínica; Olinda da Conceição Amorim Vieira Ferraz – Enf. USF Arquis Nova; Anabela Pires Cosia Meixedo – Enf. UCSP Darque; Vânia Sofia Gonçalves Ribeiro – UCC Darque; Filomena Oliveira – Enf. Gestora CS de Darque
---	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

As investigadoras solicitam autorização para a realização de um projeto de investigação intitulado “*Promoção da autogestão de pessoas com diabetes tipo 2: Implementação da prática na evidência*”. Trata-se de um uma Investigação/ação no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa com diabetes tipo 2 e família, que assenta na abordagem metodológica proposta pelo JBI, para implementação da prática baseada na evidência, no âmbito do tópico autogestão da doença crónica, desenvolvendo-se em quatro fases : **1ª- Auditoria baseline, com apresentação e análise dos resultados com a equipa; 2ª- Coconstrução e implementação do plano de melhoria; 3ª- Auditoria de Follow-up;4ª- elaboração do relatório.**

A Investigação prevê o seu início em junho e seu término em outubro de 2023 e decorrerá na USF Arquis Nova e UCSP de Darque.

São objetivos deste estudo:

- Promover a prática baseada na melhor evidência relacionada com a gestão da diabetes tipo 2. Com os Enfermeiros do CS Darque;
- Documentar as práticas atuais dos Enfermeiros do CS Darque relacionadas com a autogestão da Diabetes tipo 2 face à melhor evidência;
- Aumentar a conformidade das práticas dos Enfermeiros do CS Darque relacionada com a autogestão da diabetes tipo 2 face à melhor evidência;

Parecer nº 38/2023 -CES

- Reforçar o desenvolvimento de percursos formativos orientados para o investimento na transferibilidade de conhecimento em áreas clínicas de interesse para os contextos da prática e para a academia.

São critérios de Inclusão: Utentes com Diabetes tipo 2 com contato ativo no último ano; Enfermeiros da USF Arquis Nova e da UCSP de Darque.

São critérios de exclusão: Utentes com Diabetes tipo 2 com cuidador informal; Enfermeiros que integram a equipa de investigação.

A abordagem da JBI integra várias fases a saber: Realização de uma auditoria base line; Intervenção mediada por programa consensualizado com a equipa; e a realização da segunda auditoria follow-up.

Na auditoria proposta por JBI, serão aplicados 9 dos 11 critérios (já que os critérios 6 e 7 não se adequam á realidade das UCSP e USF), critérios esses que se irão basear:

- **No registo de Enfermagem;**
- **No questionamento de pessoas com diabetes tipo 2** (critério 5 “sentiu-se envolvido pelo enfermeiro no estabelecimento de metas para o seu tratamento?”) e critério 10 “Recebeu do Enfermeiro o apoio de que necessitava para lidar com a sua saúde e ultrapassar os problemas que lhe foram sugeridos?”)
- **No questionamento aos Enfermeiros** (Critério 2 “fez formação nos últimos cinco anos sobre estratégias para facilitar a mudança de comportamento nos utentes?”)

Na operacionalização dos critérios integrados no protocolo de estudo em contexto de auditoria, as investigadoras irão recorrer à consulta de registo de utentes (sem aceder ao contacto), ao questionamento dos mesmos e ao questionamento dos enfermeiros.

Verificados os itens a recolher e o uso do Consentimento informado livre e esclarecido, verifica-se estar garantida a privacidade e confidencialidade dos dados a recolher.

2. Fundamentação

A DM, como algumas doenças crónicas não transmissíveis, é assintomática, conformando um risco acrescido de complicações a longo prazo. Neste contexto a gestão da doença é um constante desafio. Contudo, a gestão eficaz da doença não é passível de ser conseguida apenas com a supervisão dos profissionais de saúde (Aquino, et al, 2018). O controlo da doença passa não só pela aquisição e aprofundamento de conhecimentos específicos na área da DM, mas também na capacidade de as pessoas estabelecerem os seus próprios objetivos e metas.

Face aos indicadores epidemiológicos atuais, urge que as práticas clínicas sejam (re) orientadas com base em lógicas colaborativas, de modo a capacitar as pessoas com DM para a tomada de decisão e controlo dos hábitos de vida e comportamentos de saúde mais adequados à sua situação (Funnek & Anderson, 2004). Neste contexto, as práticas clínicas devem assumir um cariz interativo e multidirecional, tomando como base os valores, os princípios, a cultura, as subjetividades a par com as dimensões

antropobiológica e fisiopatológicas, inerentes ao processo de cuidados humano, neste caso, pessoas com DM e as suas famílias.

Com base nestes pressupostos, estribadas no modelo *Evidence Implementation* da JBI, visa-se desenvolver um projeto piloto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da promoção da autogestão de pessoas com doença crónica, neste caso de pessoas com diabetes tipo 2.

3. Conclusão/parecer

O estudo solicitado cumpre todos os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, Mod. Q741, e Mod. Q755, pelo que nada há a opor à autorização requerida.

Após a conclusão do Projeto as investigadoras deverão comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia do relatório elaborado.

Nota: Referências bibliográficas:

Apresentadas referências bibliográficas

Relator(es)	Ângela Sampaio
Ratificado em reunião do dia	18-05-2023
Enviado parecer: ____/____/____	

18/05/2023

O Presidente da CES _____



DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES


Rosário Barros
Enfermeira
30-5-2023

ANEXO II

Escala de Coesão e Adaptação Familiar – FACES II

Escala de Graffar Adaptada

Escala de FACES II

Escala desenvolvida em 1988 e adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas Vezes [5] - Quase sempre

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

Escala de Graffar Adaptada

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaço e confortável	- Bom local	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - 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	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956. Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

ANEXO III

Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS do Alto Minho: Estudo 2

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº87 de 23/10/2023 Assunto: Autorização para realizar um trabalho científico intitulado "Famílias com pessoa idosa: co-construção do processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar para a autogestão da doença crónica"	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Enf Maria Luísa de Carvalho; Orientadora Enf Maria Carminda Soares Morais da Escola Superior de Saúde, IPVC
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Autorização para realizar um trabalho científico intitulado "Famílias com pessoa idosa: co-construção do processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar para a autogestão da doença crónica" para se produzir evidência de suporte à propostas de um plano de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem da saúde familiar a prestar às famílias das pessoas idosas com doença crónica, com particular enfoque no âmbito da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

Tipo de Estudo:

Estudo observacional.

Objetivo:

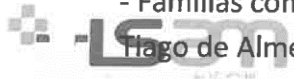
- Caracterizar as famílias das pessoas idosas com doença crónica inscritas na USF Tiago de Almeida;
- Analisar a perceção de famílias acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa;
- Produzir evidência de suporte à proposta de um plano de melhoria -contínua da qualidade de cuidados de enfermagem de saúde familiar a prestar às famílias das pessoas idosas com doença crónica, com particular enfoque no âmbito da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

Metodologia:

População alvo: As famílias das pessoas idosas com doença crónica, das quais se fará uma caracterização sociodemográfica. Serão selecionados informantes privilegiados no âmbito da problemática em estudo, tendo em conta os critérios de inclusão.

Parecer nº 79/2023 -CES

Critérios de Inclusão:

	- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, com doença crónica, inscritas na USF Tiago de Almeida; - Informantes privilegiados selecionados entre famílias de pessoas idosas com diagnóstico de doença crónica em fase inicial, de 6 meses a 1 ano, e em fase de doença instalada, de 2 a 5 anos.	
---	---	---

Critérios de Exclusão:

- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, sem doença crónica, inscritas na USF Tiago de Almeida;
- Famílias com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, em situação de dependência, inscritas na USF Tiago de Almeida.

Numa primeira fase proceder-se-á à caracterização das famílias em estudo. Na segunda fase realizar-se-á uma entrevista semiestruturada a informantes privilegiados no âmbito das famílias das pessoas idosas com doença crónica.

Local de Realização:

Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida – ULSAM

Anonimato e Confidencialidade dos Participantes:

Será preenchido um documento de consentimento informado pelos participantes. A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos serão garantidos, não é exposta a identidade dos participantes. O material recolhido fica na estrita posse da investigadora e será destruído imediatamente após a defesa das provas públicas

Autorizações:

Tem autorização da Coordenadora da USF Tiago de Almeida

2. Fundamentação

A USF Tiago de Almeida, onde será desenvolvido o estudo empírico apresentado, é parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alto Minho. Tem 9787 utentes inscritos, com 2291 utentes idosos, com mais de 65 anos. A área de influência da ULSAM, onde se inclui a USFTA, tem uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos, segundo os resultados provisórios dos Censos 2021, sendo Viana do Castelo um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021, o que contribui para o aumento de doenças crónicas associadas a este envelhecimento populacional.

Atendendo a estes dados demográficos e compreendendo como toda a problemática em torno da população idosa com doença (s) crónica (s) associada (s) interfere nas famílias do Distrito de Viana do Castelo e particularmente nas famílias da USFTA e na equipa de enfermagem desta unidade

		
---	--	--

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO LAGEADO, EPE

Realização de Projeto de Investigação Clínica

Pág. 3 de 3

Parecer nº 79/2023 -CES

funcional, depreende-se a urgência na adoção de cuidados de saúde centrados nas vivências e necessidades das famílias e pessoas idosas enquanto unidade de cuidados, na perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência. Adicionando a este facto, a experiência profissional vivida e experienciada na prática de cuidados diária e os escassos recursos e respostas para os idosos e famílias e percebendo que o enfermeiro de saúde familiar tem um papel preponderante na capacitação para autogestão da doença crónica como algo fundamental para o bem-estar da pessoa e família, para a prevenção e que será traduzida em ganhos em saúde, surge a importância deste projeto de investigação.

3. Conclusão/parecer	
Não se afigura serem desrespeitadas as exigências éticas e legais para o fim em vista do estudo, pelo que deve ser dado parecer positivo ao solicitado.	

Nota: Referências bibliográficas:

Não foram apresentadas

Relator(es)

Nelson Rodrigues

Ratificado em reunião do dia

30/ 11 / 2023

Enviado parecer: / /

30/11 / 2023

O Presidente da CES

12-12-2023
auto
assinado

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

APÊNDICES

APÊNDICE I

Grelha de Auditoria

Auditoria Clínica

Unidade Funcional:

Data:

Auditoria (marcar): Baseline O Follow-up O

N.º	Critério	Registos	Sim	Não	N/A
1	Os utentes com diabetes tipo 2 são avaliados em relação à sua capacidade de autogestão	Avaliar aceitação do estado de saúde			
		Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos			
		Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar			
		Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar (não obrigatório)			
		Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés			
		Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão			
		Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde			
		Avaliar gestão do regime terapêutico			
		Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso			
		Avaliar conhecimento sobre regime dietético			
		Avaliar conhecimento sobre regime de exercício			
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética			
		Avaliar risco de úlcera diabética			
		Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool			
		Avaliar conhecimento sobre uso de tabaco			
3	A capacidade dos utentes, necessidades de suporte, fatores de estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados na atividade diagnóstica (AD) de autogestão	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento			
		Avaliar potencial para melhorar a capacidade			
		Avaliar processo familiar			
		Avaliar suporte			
		Avaliar aceitação do estado de saúde			
		Avaliar ansiedade (ou Avaliar medo)			
		Avaliar medo (ou Avaliar ansiedade)			
		Avaliar auto estima			
		Avaliar auto - vigilância			
		Avaliar adesão ao regime terapêutico			
		Avaliar adesão ao regime dietético			
		Avaliar adesão ao regime de exercício			
		Avaliar adesão a rastreio			
		Avaliar adesão ao regime medicamentoso			
		Avaliar comportamento de procura de saúde			
		Monitorizar uso de álcool (não obrigatório)			
		Monitorizar uso de tabaco			
		Avaliar o sono (não obrigatório)			
	Aceitação do estado de saúde comprometida	Ensinar sobre recursos da comunidade			
		Ensinar sobre estratégias adaptativas			
		Ensinar sobre serviços de saúde			
	Potencial para melhorar a capacidade para administrar medicamentos	Instruir a autoadministrar medicamentos			
		Instruir a autoadministrar insulina			
		Treinar a autoadministração de medicamentos			
	Auto - vigilância comprometida	Treinar a administrar medicamento por via subcutânea			
		Ensinar sobre auto - vigilância			
	Potencial para melhorar a capacidade para promover a autovigilância da glicémia capilar	Instruir a auto - vigilância da glicemia capilar			
		Treinar a auto - vigilância da glicemia capilar			
		Ensinar sobre auto - vigilância			

Sim, com todos os registos, exceto o "não obrigatório"

Sim, com todos os registos, exceto os "não obrigatórios" e um dos "alternativos"

Sim, se, pelo menos, 1 IE por DE (caso existam), exceto na "Capacidade" que deve ter 1 IE do tipo "instruir" e 1 IE do tipo "Treinar"

4	Utentes com Diabetes tipo 2 que são capazes de se autogerir recebem educação sobre a sua condição de saúde, como monitorizar seus sinais e sintomas e como gerir o regime medicamentoso	Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar	Ensinar sobre sinais de hipo / hiperglicemia Ensinar sobre hipoglicemia Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia Instruir a auto - vigilância da glicemia capilar		
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância dos pés	Ensinar sobre auto - vigilância Ensinar a prevenir úlceras do pé Instruir a auto - vigilância do pé		
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	Ensinar sobre comportamento de adesão		
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de procura de saúde	Ensinar sobre recursos da comunidade Ensinar sobre comportamento de procura de saúde Ensinar sobre serviços de saúde		
		Gestão do regime terapêutico comprometido	Ensinar sobre gestão do regime terapêutico Ensinar sobre complicações Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício	Ensinar sobre hábitos de exercício Ensinar sobre exercícios Ensinar sobre padrão de exercício		
		Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	Ensinar sobre hábitos alimentares Ensinar sobre dieta		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	Ensinar sobre regime medicamentoso Ensinar sobre medicamentos		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético	Ensinar a prevenir úlceras do pé Instruir a cortar unhas dos pés Ensinar sobre doença Ensinar sobre complicações da doença Instruir a tratar do pé		
		Úlcera diabética + local do corpo + topologia	Ensinar sobre complicações na úlcera Ensinar a prevenir úlceras do pé		
		Risco (úlceras diabéticas)	Instruir a cortar unhas dos pés Instruir a tratar do pé Treinar a auto - vigilância dos pés		
		Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre uso de tabaco	Ensinar sobre o uso de tabaco		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de álcool	Ensinar sobre o uso do álcool		
8	Os enfermeiros organizam referências comunitárias adequadas para os utentes	Aceitação do estado de saúde comprometida	Referir para o serviço médico Orientar para o serviço de saúde		Sim Não N/A
		Ansiedade	Orientar para o serviço de saúde		
		Não adesão ao regime terapêutico	Orientar para o serviço de saúde		
		Gestão do regime terapêutico comprometida	Orientar para o serviço de saúde		
		Suporte comprometido	Orientar para um grupo de suporte Requerer serviço social		
		Risco de úlcera diabética, em grau elevado	Referir para o serviço médico		
		Abuso de álcool	Orientar para um grupo de suporte Referir para o serviço médico		
		Abuso de tabaco	Orientar para um grupo de suporte Referir para o serviço médico		
		Aceitação do estado de saúde comprometida	Incentivar aceitação do estado de saúde Incentivar a comunicação de emoções Incentivar interação social Incentivar o envolvimento da família Encorajar aceitação do estado de saúde Promover consciencialização		Sim Não N/A

Ansiedade (ou Medo)	Encorajar o auto controlo: ansiedade	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade	
	Encorajar expressão de crenças	
	Incentivar a comunicação de emoções	
Medo (ou Ansiedade)	Incentivar o envolvimento da família	
	Escutar	
	Encorajar auto controlo: medo	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Encorajar expressão de crenças	
Auto estima baixa (ou Auto estima moderada)	Incentivar a comunicação de emoções	
	Escutar	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Encorajar interação social	
	Encorajar expressão de crenças	
Auto estima moderada (ou Auto estima baixa)	Incentivar a comunicação de emoções	
	Incentivar interação social	
	Incentivar o envolvimento da família	
	Escutar	
	Promover auto estima	
Gestão do regime terapêutico comprometida	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Incentivar a comunicação de emoções	
	Incentivar o envolvimento da família	
	Promover auto estima	
	Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso	
Processo familiar comprometido	Planear dieta	
	Negociar um contrato de saúde	
	Incentivar iniciativa	
	Incentivar atividade física	
	Encorajar tomada de decisão	
Suporte comprometido	Apoiar na tomada de decisão	
	Incentivar adesão ao regime medicamentoso	
	Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico	
	Incentivar tomada de decisão	
	Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico	
Abuso de álcool	Incentivar hábitos alimentares saudáveis	
	Incentivar progressos	
	Otimizar processo familiar	
	Otimizar comunicação	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Negociar o processo familiar	
	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	
	Incentivar o envolvimento da família	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Apoiar na tomada de decisão	
	Incentivar o auto controlo uso de álcool	
	Encorajar a diminuir o uso de álcool	
	Incentivar o apoio / suporte da família	
	Apoiar na tomada de decisão	
	Incentivar o auto controlo uso de álcool	
	Vigiar sinais de síndrome de abstinência	

1 IE por DE (caso existam), exceto 1 DE de cada "alternativo"

			Incentivar cessação do uso de álcool		
			Avaliar uso de álcool		
		Abuso de tabaco	Providenciar material de leitura		
			Aconselhar sobre uso de tabaco		
			Planejar cessação do uso de tabaco		
			Encorajar a diminuir o uso de tabaco		
			Incentivar cessação do uso de tabaco		
			Vigiar sinais de síndrome de abstinência		
			Gerir uso de tabaco		
			Avaliar uso de tabaco		
		Aceitação do estado de saúde comprometida	Sem aceitação do estado de saúde comprometida		Sim Não N/A
		Potencial para melhorar a capacidade para administrar medicamentos	Capacidade para administrar medicamentos		
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar	Sem potencial para melhorar a capacidade para administrar medicamentos		
			Conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar		
		Potencial para melhorar a capacidade para promover a auto - vigilância da glicémia capilar	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar		
		Auto - vigilância comprometida	Capacidade para promover a auto - vigilância da glicémia capilar		
			Sem potencial para melhorar a capacidade para promover a auto - vigilância da glicémia capilar		
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância dos pés	Sem auto - vigilância comprometida		
			Conhecimento para promover auto - vigilância dos pés		
		Não adesão ao regime de exercício	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância dos pés		
		Não adesão ao regime dietético	Adesão ao regime de exercício		
		Baixa adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime dietético		
		Não adesão ao rastreio	Adesão ao regime medicamentoso		
		Não adesão ao regime terapêutico	Adesão ao rastreio		
		Gestão do regime terapêutico comprometida	Adesão ao regime terapêutico		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	Sem gestão do regime terapêutico comprometida		
			Conhecimento sobre regime medicamentoso		
			Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso		
		Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	Conhecimento sobre regime dietético		
			Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício	Conhecimento sobre regime de exercício		
			Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético	Conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético		
		Úlcera diabética + local do corpo + topologia	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético		
			Sem úlcera diabética + local do corpo + topologia		
		Risco (Úlcera diabética)	Risco de úlcera diabética, em grau reduzido		
			Risco de úlcera diabética, em grau moderado		
			Risco de úlcera diabética, em grau elevado		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de álcool	Conhecimento sobre uso de álcool		
			Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de álcool		
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de tabaco	Conhecimento sobre uso de tabaco		
			Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de tabaco		

Sim, se existir 1 RE com data de registo posterior ao DE relacionado

Auditora

APÊNDICE II

Guião de Entrevista Semi-estruturada

“Famílias com pessoa idosa: co-construção do processo de cuidados de saúde familiar para a autogestão da doença crónica”

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Legitimação da entrevista

Garantir as informações e explicitações necessárias ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo.

Salientar a importância da participação para a finalidade do estudo.

Solicitar consentimento para participar no estudo e para gravação da entrevista.

A presente entrevista é composta por duas partes: a primeira relativa à caracterização da pessoa idosa com doença crónica e da família, no papel do informante privilegiado, e a segunda refere-se ao conhecimento, ao impacto e ao envolvimento da família na autogestão da doença crónica.

A entrevista é direcionada à família ou ao(s) informante(s) privilegiado(s), caso exista(m).

Data: _____ **ID:** _____

Entrevista realizada a:

Informante privilegiado ____ Família ____ nº elementos: ____

1. Caracterização da Pessoa Idosa com Doença Crónica

1.1. Idade _____ anos

1.2. Género:

Masculino _____

Feminino _____

Outro _____

1.3. Habilitações Literárias:

Analfabeto _____

1º Ciclo _____

2º Ciclo _____

3º Ciclo _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior _____

1.4. Tipo de Patologia / Doença Crónica:

Diabetes _____

Doença Respiratória _____

Doença _____

Cardiovascular _____

Doença Oncológica _____

Obesidade _____

Outra _____

Ano de Diagnóstico da Patologia / Doença Crónica: _____

1.5. Realização de Consultas de Enfermagem de Vigilância

Nenhuma	_____	
Uma por ano	_____	
Duas por ano	_____	
Mais de duas por ano	_____	Quantas? _____

2. Caracterização do Informante Privilegiado

2.1. Idade _____ anos

2.2. Género:

Masculino	_____
Feminino	_____
Outro	_____

2.3. Habilitações Literárias:

Analfabeto	_____
1º Ciclo	_____
2º Ciclo	_____
3º Ciclo	_____
Ensino Secundário	_____
Ensino Superior	_____

2.4. Situação Profissional:

Empregado	_____
Empregado a tempo parcial	_____
Reformado(a)	_____
Desempregado(a)	_____
Doméstico(a)	_____
Estudante	_____

2.5. Grau de Parentesco com a Pessoa Idosa:

Cônjuge/Companheiro(a)	_____
Filho(a)	_____
Irmã(o)	_____
Genro/Nora	_____
Outro	_____

2.6. Distância Geográfica em relação à Pessoa Idosa:

Mesma residência	_____
Mesma rua / bairro	_____
Mesma localidade	_____
Outra localidade	_____

2.7. Há quanto tempo, em anos, apoia a pessoa idosa com doença crónica? _____

Objetivos	Questões
Caracterizar o impacto da doença crónica da pessoa idosa na família	• A doença crónica da pessoa idosa teve algum impacto na família? Fale-me desse impacto...em que dimensões do dia a dia, como interferiu nos diferentes membros da família e na dinâmica familiar... • Como é que a família está a viver ou a adaptar-se à doença crónica da pessoa idosa? • Que dificuldades a família sente na relação estreita entre a pessoa idosa com doença crónica? E quais as necessidades que sente no suporte à pessoa idosa?
Compreender o conhecimento que a família tem acerca da doença crónica e da autogestão	• O que conhece da patologia / doença crónica da pessoa idosa? A evolução, o tratamento, a implicação na qualidade de vida e nos papéis familiares... • Autogestão, o que sabe sobre o conceito? Já ouviu falar? Sente que é importante para a qualidade de vida da pessoa idosa e da família? • Sente que a pessoa idosa tem capacidades físicas e cognitivas para autogerir a sua doença crónica?
Perceber o envolvimento da família na autogestão da doença crónica da pessoa idosa	• A pessoa idosa pede apoio com regularidade? Para a realização das AVD's; para companhia no desenvolvimento de algumas atividades (atividade física, preparação e organização da sua terapêutica...) • A família sente-se parte integrante na autogestão da doença crónica da pessoa idosa? Em que sentido...
Conhecer a perceção que a família tem no processo de cuidados	• Acompanha a pessoa idosa às suas consultas de vigilância? Com a sua presença física e envolvimento nas consultas... • Fale-me do seu sentimento face ao envolvimento da família no processo de cuidados da doença crónica da pessoa idosa.... Sente que é a pessoa idosa ou o enfermeiro que a envolve nesse processo? Como? • A família sente apoio do enfermeiro de família? Fale-me desse apoio... O que espera desse e com esse apoio... vai de encontro às expectativas que tem? • Acha que o enfermeiro de família se tem envolvido na vigilância e acompanhamento à família e à pessoa idosa no que respeita à autogestão da doença crónica?
Finalização da entrevista: Agradecer a colaboração do entrevistado. Sintetizar tópicos da entrevista. Dar oportunidade de completar ou corrigir algum aspeto.	

APÊNDICE III

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

ID: _____

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação “Famílias com pessoa idosa: co-construção do processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar para a autogestão da doença crónica”, realizado por Maria Luísa de Carvalho Pereira Pimenta, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e, de todas, obtive resposta satisfatória.

Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 202 ____

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora responsável:

(Maria Luísa de Carvalho Pereira Pimenta)

APÊNDICE IV

Tabela de análise de conteúdo dos dados obtidos das entrevistas realizadas

Tabela de análise de conteúdo dos dados obtidos das entrevistas realizadas

Área Temática: Impacto da doença crónica	
Categoria	Dinâmica familiar
Subcategoria	Dimensões do quotidiano
Unidades de registo	“Foi um processo normal.” (E01) ““Nessa altura, não. Foi só cuidar. Foi só cuidar dele, acompanhá-lo na medicação. (...) Com paz. Eu acho que quando há paz, não há discussões. Há conversa.” (E03) “Teve bastante, porque eu não posso ir para lado nenhum. Tenho que estar sempre por casa, quando ele está, tenho que estar sempre em casa, porque ele precisa muito de mim. (...) só saio de casa para fazer compras” (E05) “É sim, as mudanças, olha, deixou de poder conduzir, de dar a voltinha de dia. (...) não posso ir a lado nenhum, porque se acontece alguma coisa... aí ficamos limitados a ter que estar sempre em casa. (...) não podemos dizer assim, olha, quero ir a um teatro.” (E06) “Houve um bocadinho mais de cuidado na alimentação, (...) Partilharmos todos.” (E07) “É assim, na primeira situação, quando ela teve cancro da mama, foi muito mal, foi um balde de água fria completamente. Na altura pensámos logo, vamos perder a nossa mãe, foi o que nós pensámos, não é? Foi sem contar, ela não tinha sintoma nenhum. (...) estamos ligados, acabámos sempre por estar.” (E08) “Não, não, não. Eu acho que não teve qualquer impacto.” (E11) “O impacto, a não ser na atenção, ela está bem. Eu meço-lhe a tensão todos os dias, está sempre bem. Nós nunca ficámos muito alarmados com isso.” (E12) “Ela não está na minha casa porque não quer, mas eu também não me preocupo porque eu estou ali ao lado dela, eu estou na minha cozinha e a vê-la na casa dela, percebe? Estamos bem assim.” (E12) “De vez em quando, quando essa úlcera rebenta e assim, não posso ir ao mar, influência no andamento da família, não é?” (E13) “Não vejo nada especial em que viesse trazer algum transtorno, não.” (E14) “... a dinâmica agora com ela não é significativa. A única é... reorganizar. (...) Agora a dinâmica acho que é o normal para quem tem uma pessoa de idade. Agora faço as coisas de maneira a conjugar. (...) as adaptações foram-se fazendo.” (E15) “Ah bem, não tem sido muito fácil. Porque ela não consegue gerir sozinha as coisas. Eu trabalho, o meu marido também, no fundo sou eu que tenho que ver a medicação, sou eu que tenho que ver as

	refeições, recai tudo mais ou menos em cima de mim, o que é uma carga bastante elevada.” (E16) “(…) não saímos tantas vezes, eu e o meu marido não temos momentos a sós, que pode não parecer nada, mas para nós é muito importante... não podemos nos ausentar muito tempo, senão tenho que pedir auxílio aos meus filhos para eles virem lá para casa.” (E16) “Para mim não teve impacto nenhum, porque os cuidados que ele precisa de ter já vinham de trás, uma série de problemas atrás. Agora, nada foi alterado.” (E17)
Subcategoria	Influência nos membros da família
Unidades de registo	“Eu não creio que a hipertensão seja uma doença que interfira, porque à medida que você dá a medicação ela é controlada, fica tudo bem. Mas interferir mesmo, não interferiu não.” (E01) “Já estávamos habituados. (...) só tivemos que redobrar os cuidados, para com ele. Muito cuidado, com medo de que alguma coisa corresse menos bem.” (E03) “Em casa não, não mudou nada. (...) e nós é que temos que corrigir” (E04) “Um bocadinho, mas agora já estou habituada (...). Temos que nos adaptar bem. A minha filha e o meu filho ajudam-me em tudo que podem. Eles ajudam-me muito.” (E05) “Ah, tivemos que nos adaptar, tivemos que andar ao som dele.” (E06) “Não. Continua tudo igual.” (E07) “Interferiu em questão de eu achar que nós deveríamos lhe ter dado mais força, eu e o meu irmão a ela, e não ao contrário, é que ela é que estava a precisar de nós. E eu acho que acabou por ser um bocadinho ao contrário, ela estava doente e ainda tentou animar-nos a nós de alguma forma.” (E08) “Portanto, tinha que ser dividido entre mim e o meu irmão (...). Acabámos por nos ligar ainda mais com esse problema de saúde.” (E08) “Nada, nada. Os papéis da família não mudaram. Tudo normal. (...) Sim, tudo as mesmas coisas.” (E10) “E então passei a monitorizar em casa, não periodicamente, mas quando me lembro. (...). É, só a esse nível. Mas no seio da família, nada... Não, acho que não teve qualquer impacto.” (E11) “Ela está mimada, a minha mãe está mimada. Eu não vou para o lado nenhum que não a leve. Eu não consigo sair de casa e deixá-la, isso é impensável.” (E12) “Sim, sim. Eu estou ao lado dela. A minha irmã também, coitada, é doente. Somos as duas únicas.” (E12)

	“Não, talvez fiquem pesarosos. Porque o pai tem um problema na perna e eles fiquem pesarosos e claro, e sentem, não é? (...) levam a vida deles normalmente, independente de estarem preocupados ou não com o pai, claro.” (E13) “Manteve. Só na questão da medicação, todos os dias me chama a atenção se eu tomei a medicação. É, está-me sempre a lembrar (esposa).” (E14) “Tem um determinado impacto, porque pronto, é estar sempre mais atenta. Temos que estar, quando é preciso ir às compras ou acompanhá-la para médicos, tudo isto cria uma envolvimento que nos tira a nossa dinâmica própria e temos que conjugar, não é? Portanto, o apoio para ela conseguir fazer o que tem que fazer na vida dela.” (E15) “Sim, tem interferido porque não saímos tantas vezes, eu e o meu marido não temos momentos a sós, que pode não parecer nada, mas para nós é muito importante. Não podemos nos ausentar por muito tempo, senão tenho que pedir auxílio aos meus filhos para eles virem lá para casa, tem sido um bocadinho difícil, não tem sido fácil.” (E16) “Sim, sim, sim. Continuou a trabalhar.” (E17)
Categoria	Adaptação à doença crónica
Subcategoria	Vivências da família
Unidades de registo	“Porque à medida que você dá a medicação ela é controlada, fica tudo bem” (E01) “Tive que adaptar. (...) tivemos que nos adaptar na alimentação, procurar comer com regras.” (E04) “(…) mas se eu lhes falto... eu também não sou eterna.” (E05) “Não fizemos obras. Só adaptámos. Só comprámos, adaptámos. As coisas, a banheira que tinha e a sanita e a cadeirinha de rodas.” (E06) “Não era muito fácil, eu estava num trabalho que não tinha muita disponibilidade de poder acompanhar. Portanto, tinha que ser dividido entre mim e o meu irmão. (...) Acabámos por nos ligar ainda mais com esse problema de saúde. Entretanto, veio esse e depois vieram outros.” (E08) “Eu reagi sempre bem e continuo a reagir bem, não tenho qualquer dúvida. (...) Ela é igual, ela até aceita melhor do que eu.” (E09 e E10) “Com naturalidade, acho que é natural, porque é uma coisa que já acontece há tanto tempo que, de vez em quando, quando isto abre, é claro, eles ficam aborrecidos e pensativos e, enfim, sensibilizados.” (E13) “Ela (esposa) também toma medicação para a hipertensão, portanto, nós vamos adaptando-nos um ao outro.” (E14)

	“Assim, eu como já lido com isso há tantos anos, lido muito bem. Os jovens não lidam tão bem, não têm a mesma paciência, não lidam tão bem. Os meus filhos, por exemplo, evitam muitas vezes dizer certas coisas na frente da avó, porque ela vai fazer um filme...” (E16) “Não tem sido muito fácil. Porque ela não consegue gerir sozinha as coisas.” (E16)
Subcategoria	Comportamento da pessoa idosa
Unidades de registo	“A minha mãe criou um pouquinho de resistência éla tem uma forma de ver a vida bem diferente da maioria dos idosos...ela quer agir e fazer as coisas que ela fazia com 60 anos. E ela não conseguia fazer nada. Ela não se aceita com essas limitações.” (E01) “Eu posso chamar a atenção do meu pai, mas o meu pai não... Se tiver que fazer uma coisa, ele faz, não é mesmo? Não liga assim muito.” (E03) “Ele é que se levanta muito cedo para ir buscar o pão, para ir ao café com o irmão dele. Quer-se sentir útil também.” (E03) “Ele também não tem muita força de vontade. Ele também não tem muita força. Acomoda-se muito.” (E05) “Também era capaz de não aceitar as coisas. Tem que ser nos seus padrões. Tem que ser só se ele realmente ver que não pode mesmo... aí ele aceita. Tem que ser negociado.” (E06) “Ele sabe, mas nem sempre aceita que tem que ter mais cuidado com a saúde dele. (...) Mas ele gosta de estar a trabalhar. Está sempre a trabalhar.” (E07) “A minha mãe, no entanto, é uma guerreira, porque ela é a que era a doente e foi a que nos passou sempre muita coragem, muita força. Ela sempre teve uma atitude muito positiva, sempre achou que ia correr bem, vai correr bem, e isso acabou por nos ajudar.” (E08) “... ela faz os seus cuidados, não come o que lhe faz mal. Ela é muito cuidadora. (...) Enquanto ela anda bem, ela nem quer. O meu filho está a teletrabalho, ela é que faz o almoço para ele, para a minha nora e tudo. Ela é muito ativa, a minha mãe está muito bem, nós também estamos sempre de volta dela.” (E12) “A minha mãe cuida-se muito bem, muito bem, não é preciso dizer. (...) levanta-se, toma o pequeno almoço dela faz a higiene dela e depois senta-se num cadeirão que lhe demos todo confortável e passa todo dia a ler e à tarde a ver televisão.” (E12) “Eu sou ativo, sou verdadeiramente ativo. Vou todos os dias para o armazém atar redes, quando não vou ao mar. Outras vezes quando venho do mar, muitas vezes até cansado, mas vou também.” (E13) “Neste momento estou mais sedentário... não gasto, a máquina não funciona e não gasto as calorias que são necessárias.” (E14)

	“... estou aqui tão bem, deixa-me estar em casa, que eu tenho que comer. É da maneira que faço de comer para mim. Foi uma opção.” (E15) “Sim, cuido-me, tomo banhinho, faço a minha cama, arrumo a casa quando é preciso, embora há certos movimentos que eu não posso fazer, mas para isso tenho a colaboradora.” (E15) “É vontade... eu agora tenho-me controlado melhor um bocado.” (E17)
Categoria	Relações familiares
Subcategoria	Dificuldades sentidas
Unidades de registo	“Com relação à doença crônica, sem problemas nenhum. O único transtorno é que ele não respeita muito os limites dele...” (E02) “Tinha muitas dificuldades, teve muitas dificuldades porque os diabetes andavam muito alterados.” (E04) “Um bocadinho, mas agora já estou habituada. Porque eu queria fazer certas coisas e não posso. Tenho que estar sempre ali, com ele,” (E05) “Estamos mais presos no fundo. Estamos mais presos. Nós, mais presos em casa, não podemos dizer assim, olha, quero ir a um teatro. Eu não vou...” (E06) “Sim, sim. A minha mãe, se tem dificuldades, ela não transparece.” (E08) “Há dificuldades no modo de viver. (...) Fiz um bocado à boca.” (E09) “Não. Não, a minha mãe está muito bem. Eu acho que ela está muito bem.” (E12) “Não, acho que não. (E13) “Não, não há grandes dificuldades.” (E14) “Eu sinto dificuldades porque não estamos muito bem informados, a informação que nós temos às vezes não chega, nem sempre temos algum apoio e acho que havia de haver” (E16)
Subcategoria	Necessidades de suporte
Unidades de registo	“E ela não conseguia fazer nada. Ela não se aceita com essas limitações.” (E01) “Há ainda uma falta de aceitação pelo estado atual da saúde dele.” (E02) “Sempre nos apoiámos, sempre nos apoiámos.” (E04) “Tenho. Tenho os meus filhos, mas eles também têm o trabalho, mas quando há coisas mais pesadas que tenho que fazer, eles vêm-me ajudar.” (E05) “Para já, não. Para já, enquanto família conseguimos gerir.” (E06)

	“E eu acho que ela tem sentido também um acompanhamento. Não sei, acho que tem tido também muita sorte com as pessoas que tem apanhado pelo caminho.” (E08) “Não, não. Porque eu... meteu-se-me na minha cabeça que eu tenho que fazer. Eu faço tudo. (...) sou autónoma e independente.” (E09) “Não, até hoje, felizmente.” (E11) “Não, temos o suporte um do outro.” (E14) “Havia de haver uma pessoa que nos responda, porque muitas vezes eu sinto-me impotente e não sei o que fazer. Isso a mim é mais problemático do que estar a lidar com ela. (...) é uma sugestão, mas havia de haver uma pessoa que estivesse aberta às famílias, fazer perguntas e responder. (...) se eu tivesse uma pessoa a quem eu pudesse me dirigir, um telefonema, olha, passa-se isto assim e assim, o que é que eu devo fazer? Para mim era uma segurança.” (E16)
--	--

Área Temática: Conhecimento da autogestão da doença crónica

Categoria	Doença crónica
Subcategoria	Evolução e tratamento
Unidades de registo	“...se ele não tomar medicação e não respeitar os limites que foram impostos, ele vai ter um pico de tensão, vai ter um AVC e vai ficar numa cama.” (E02) “Que é evolutiva.” (E06) “De problemas associados. (...) que pode a qualquer momento dar qualquer coisa.” (E07) “Porque eu não conheço ninguém que tenha sobrevivido mais de um ano com este problema de saúde. E então, quando soubemos que era do pulmão, lá está, pensámos, ok, pronto, este vai ser mau, porque este tipo de tumor é muito mau, ela não pode ser operada, ninguém quis correr o risco para ela, a localização...” (E08) “A quimioterapia não correu bem, ao contrário do que os médicos achavam não resultou. E depois, ao contrário de tudo, foi a radioterapia que foi muito eficaz e conseguiu estagnar ali a situação. É a medicação que faz agora, oral, que tem mantido as coisas.” (E08) “...porque a diabetes está a começar a me levar a muitas coisas, depois mais coisas que eu tenho associadas, não é só o diabetes, não é?” (E10) “Faz uma pergunta que nunca pensei sobre isso. Tenho a noção de que se as tensões saem de valores padrões, valores aceitáveis, que é bastante perigoso. Não é? Isso tenho a noção.” (E11) “Talvez o problema de... eu sou pescador e o facto de estar dentro da casa do leme do meu barco, muitas horas de pé, por exemplo, já

	influencia. Não posso ter a perna levantada porque na vida do mar não se pode andar com as pernas no ar, não é? (...) Já as dores que provoca, na data atual não tem havido dores nenhuma, graças a Deus.” (E13) “Pois, se as coisas evoluírem para o mal, é que é mau. Por isso nós temos que nos precaver, não é?” (E14) “Sim, tenho noção, até porque eu também sou hipertensa, portanto sei o conteúdo, não é? A nível dela, portanto, o conhecimento que tenho a nível dos ossos e tudo é aquilo que eu estudo e aquilo que a doutora nos explica e, portanto, acho que a pior parte é ela que, muitas das vezes, não se aplica mais na própria evolução.” (E15) “Sim, sim. Aliás, só eu ponho os medicamentos na caixinha para ela tomar. Eu sei o que ela toma.” (E16) “E também sei perfeitamente que muitas vezes o risco é pesado.” (E17)
Subcategoria	Qualidade de vida
Unidades de registo	“Vai interferir com a qualidade. Vai, com certeza.” (E01) “O que nós procuramos é manter o meu pai como se fosse numa redoma de vidro. De modo que nada lhe possa prejudicar a saúde. (...) Ele está. Exatamente. Muito bem.” (E03) “É satisfatória, sim, sim, sim.” (E04) “... interferiu na qualidade da vida dele e da família. Sim, sim. Um bocadinho. Para pior.” (E05) “Está cada vez pior. Está cada vez pior. (...) É de sofá para a cama. Da cama para o sofá.” (E06) “Por enquanto, ainda não. São coisas mínimas ainda. E que ela até nem faz essa ligação à própria doença. Acha que está velha. Acha que é velhice. Mas não é assim nada de especial. É que ela continua com qualidade de vida. Para mim, enquanto ela não tiver dores, não tiver dificuldades respiratórias e conseguir fazer o dia-a-dia sem problemas, para mim está ótimo. E se conseguir manter assim.” (E08) “...não melhorou, nem piorou.” (E09) “Se não houver o cuidado, se os limites de tensão máximo e mínimo forem ultrapassados exageradamente, pode haver efeitos extremamente negativos.” (E11) “Nada, nada, ela ainda mata os frangos dela. e que ninguém lhe tire isso, porque não há hipótese. Enquanto eu puder, deixei-me andar, diz ela. E lá anda, no quintal dela, tem um quintal enorme.” (E12) “Digamos que um pouco, não é? Quando, por exemplo, tenho que vir ao centro fazer o penso, não é a mesma coisa que ter a perna direita, não é? (...) E quando sinto dor, também, claro, que modifica um bocado a minha vida.” (E13)

	“Não, não alterou. Nada, nada. É só mesmo ter aquele cuidado de fazer a medicação.” (E14) “Um bocado. Ela está estagnada. (...) ela não tem problemas graves de saúde que a impeçam a ter uma vida normal. (...) gosta muito de costurar, gosta de estar mais ativa.” (E15) “A qualidade de vida dela melhorou. Melhorou muito. Então, desde que a família participa, que a qualidade aumentou... não tem nada a ver.” (E16) “Sinto a diferença. A única coisa que sinto, a diferença é que estou um bocado forte. Perceber isso também, agora tenho que controlar um bocado, porque comecei a ver, aumentei logo 2 kg, assim não pode ser, não pode ser.” (E17)
Subcategoria	Papeis familiares
Unidades de registo	“E era eu que pegava a comida e levava sempre. E aí cuidava da medicação e via como é que estavam as coisas.” (E01) “Nós já oferecemos os nossos cuidados. Já chegamos a cuidar dele, já chegamos a ajudar a vestir.” (E03) “...não posso ir a lado nenhum, porque se acontece... Se acontece alguma coisa... aí ficamos limitados a ter que estar sempre em casa.” (E06) “Ela passou a ser a prioridade. Sim. (...) Desta vez também tenho acompanhado sempre. Portanto, passei o meu lado profissional para o segundo plano.” (E08) “Sim, sim, sim. Eu estou ao lado dela. A minha irmã também, coitada, é doente. Somos as duas únicas. Eu é que tenho que tomar decisão, de ter um papel de maior responsabilidade.” (E12) “A minha mulher fica constrangida. até acho que fica mais próxima, que é mais carinhosa, talvez, não sei. Mais preocupada.” (E13) “Portanto, eu deixei de ter quase a minha vida privada.” (E15) “...os papéis mudaram, porque a minha sogra era uma pessoa muito, como dizer, muito senhora do seu nariz. E agora não pode, não é? Não pode. E muitas vezes isso também interfere no caráter dela, não é fácil também.” (E16) “A responsabilidade é sempre nossa...” (E17)
Categoria	Autogestão
Subcategoria	Conhecimento do conceito
Unidades de registo	“Não. (...) Autogestão é a maneira como o corpo se comporta.” (E01) “Ele não tem autogestão nenhuma.” (E02) “Não. Neste caso, não sei.” (E03) “Assim, pela palavra não estou a ver o significado dela.” (E04) “Não. Não sei, muito bem.” (E05)

	“Não” (E06) “Não” (E07) “Portanto, a autogestão é quando o próprio doente consegue gerir ainda a sua doença.” (E08) “Eu acho que não, não sei. Autogestão, explique-se-me.” (E09) “Não, por acaso não. Por esse termo, não.” (E11) “Não.” (E12) “Não. Autogestão da doença é um comportamento?” (E13) “Tem a ver com autogestão, tem a ver com a própria pessoa ter o controle da doença.” (E14) “Não, isso não.” (E15) “Autogestão da doença crónica, não sei o que isso significa. Autogestão, acho que sei, mas autogestão, ela não consegue. Não, não, não tem capacidade para gerir.” (E16) “Nunca ouvimos falar” (E17)
Subcategoria	Importância (para a qualidade de vida)
Unidades de registo	“Eu acho que ele que vive muito bem, graças a Deus. Muito bem. Está muito bem.” (E03) “Não, não, não, não. Nada alterou” (E04) “Mas ele gosta de estar a trabalhar. Está sempre a trabalhar. E consegue perceber que o facto de se mover e movimentar é importante.” (E07) “Até hoje tem-se mantido bem. Temos conseguido levar isto tudo direitinho.” (E09) “Sim, e eu tinha essa preocupação ao nível também físico. (...) porque eu antigamente caminhava muito e fazia os caminhos de Santiago e tudo isso, portanto praticava muito. Muito esforço físico” (E11) “Ela ainda faz a depilação dela, põe o creme dela todas os dias de manhã e à noite, gosta muito de cremes, adora. A minha mãe cuida-se muito bem, muito bem, não é preciso dizer. (...) Enquanto ela está bem nós também estamos bem” (E12) “... claro que tenho a preocupação de tomar o meu comprimido certinho, e vou ter que resolver estas situações. Na perna é a mesma coisa, quando aparece a úlcera, também tenho que vir constantemente ao centro, fazer o penso, ser muito certinho. Eu procuro sempre cumprir na íntegra todas essas situações. Melhora, sem dúvida nenhuma.” (E13) “Eu entendo que isso é fundamental (autogestão) e eu, por exemplo, eu é que estou a prevaricar... (a esposa) controla muito isso, controla.” (E14) “Quando eu viajo, que deixo a minha sogra ao cuidado dos meus filhos, já tenho que deixar tudo direitinho para o tempo da viagem.

	(...) tenho que pensar nas refeições tenho que pensar em tudo.” (E16) “Porque sabe que vai fazer mal e que um dia mais tarde vai ser pior para ele. Porque é assim, se ele não tiver cuidado, atrasa umas coisas bem como outras. (...) depois atrás de umas vêm as outras.” (E17)
Subcategoria	Capacidades físicas e cognitivas (da pessoa idosa)
Unidades de registo	“Ainda tem opinião própria. Graças a Deus. (...) E eu chamo-o independente. Preocupa-se com a sua doença.” (E03) “Sim, quer dizer, a física já não é bem o caso (...) Já diminuiu. (...) na parte psicológica, de momento, a gente tenta gerir.” (E04) “E a capacidade física também já não é muita. Ele diz-me, primeiro estou eu, depois estão as outras coisas. Está muito dependente de mim. Muito.” (E05) “E está perfeitamente consciente dos problemas de saúde que ele tem. (...) Fisicamente está. É o pior, é dependente. Agora, de resto, não. De resto, ele está bem.” (E06) “Tem. Está bem.” (E07) “Ela sabe o que tem, ela sabe o facto de ser uma doença muito grave. Mas também consegue gerir ali as coisas da melhor forma, fazer as coisas da melhor forma. (...) E consegue gerir ainda a sua doença.” (E08) “...porque eu perdi muito, perdi muita memória, muitas coisas que eu não me consigo lembrar.” (E10) “Sim, sim, sim.” (E11) “A mãe está muito bem, cabeça e tudo está muito bem. Ela vem todas as sextas-feiras para a Viana, vai ali à missa do Carmo e ninguém lhe tira isso. Autónoma e independente. Sim.” (E12) “Sim, sim, perfeitamente.” (E13) “Perfeitamente, sinto-me perfeitamente à vontade.” (E14) “Apesar de se sentir um bocadinho limitada fisicamente. Sim, mas na cabeça não.” (E15) “Não dá para ela fazer nada, não. Ela não tem capacidade.” (E16)

Área Temática: Envolvimento da família na autogestão

Categoria	Apoio à pessoa idosa
Subcategoria	Pedidos de apoio
Unidades de registo	“Não. Não, eles não pedem apoio.” (E01) “Ele não pede apoio porque... Ele é autónomo.” (E03) “Ah, sim, sim. Porque ele vê que não consegue fazer as coisas e pede. (...) Mas ele pede apoio, ele necessita. Necessita e aceita esse apoio. Sim, aceita.” (E06)

	“Não é assim muito de pedir, mas também não consegue esconder muito bem. Se nós acharmos que ela não está bem, basta olhar para ela, que se consegue perceber.” (E08) “Não, ela nunca pede apoio.” (E12)
Subcategoria	Necessidades de apoio
Unidades de registo	“Sabe aquela coisa do eu posso, eu não estou doente, eu estou bem, eu não preciso de ninguém.” (E02) “Cuidar dele, medicações, controlar tudo, ver se estava bem, tudo ali direitinho. E nessa altura nós tínhamos que ajudar a calçar, tínhamos que ajudar a vestir. Chegámos a ajudar-lhe a dar banhinho.” (E03) “Tenho lá uma lista do que ele pode comer, do que não pode. (...) A medicação, ... sou eu, tudo. Porque se eu não estou, ele não sabe quais são. Porque também nunca se interessou.” (E05) “Para já é autónomo.” (E07) “Sim, sim, tudo, tudo. Ela faz tudo. No banho, no resto da higiene, na alimentação, ela cozinha. Sim, ela cozinha. (...) O facto, por exemplo, às vezes, de eu querer ajudá-la a calçar umas meias, mas ela não a deixa: eu para já ainda consigo.” (E08) “Eu só lhe passo a roupa, mas ela faz tudo. Ela, tem o cestinho dela (medicação), sabe de manhã o que tem a tomar e o que tem à noite, tudo. E é muito ativa. E ela mais velha que algumas (irmãs)” (E12) “Mais ou menos, o apoio da família? Quase que nem vale a pena, porque eles sabem, eles conhecem-me tão bem, e esta situação em que eu vivo, que praticamente, vai acontecer isto assim, assim e vou ter que ir ao centro.” (E13) “Sou autónomo, perfeitamente autónomo.” (E14) “Sim. Para o transporte. Para ir às compras, se quer vir a Viana fazer as coisas, vir aqui à doutora, vir aqui à enfermagem, tudo o que é necessário. Só para transporte.” (E15) “Ela é uma pessoa que precisa de muito apoio. Higiene, comida, medicação, para se deslocar... Tudo. (...) Não dá para ela conseguir gerir, não.” (E16)
Subcategoria	Redes de apoio
Unidades de registo	“Nós, entre a Areosa, Carreço, Nossa Senhora de Fátima, que também tem centro, a gente tenta procurar essas três instituições. (...) Estamos perto de tudo e temos ainda as coisas todas se forem necessárias.” (E06) “O hospital particular é do outro da nossa rua... Não vamos estar a sobrecarregar um hospital nas urgências nem um centro de saúde, que fazem falta para outras pessoas...recorremos a outros serviços.” (E14)

	“Na alimentação, ela tem o apoio do centro social. (...) sempre me informei, sempre tive apoio em tudo” (E15)
Categoria	Família como parte integrante (Centralidade na família)
Unidades de registo	“Sem dúvida. Se ele estivesse sozinho, não sei o que seria. Não sei o que seria. Não sei, não... Para o bem-estar dele. (...) Ele sente-se, ele é um felizardo, ele sente-se um felizardo.” (E03) “O que está ao nosso alcance, nós fazemos. Com paz. Eu acho que quando há paz, assim, óbvio, não há discussões. Há conversa.” (E03) “É, muito mesmo. Porque como disse, se a família falhar... As coisas não vão correr... tem que ser (...)” (E05) “Eu tento incentivá-lo a fazer um bocado de exercício. A caminhar.” (E07) “Mesmo a nível da alimentação, acho que eu tenho um cuidado redobrado, medicação sempre certinha, sem falhar nunca nada. (...) Claro, claro. Muito importante, porque nos sentimos mais seguros.” (E08) “...o filho, se nós estivermos a comer alguma coisa que não devemos, ele chama-nos logo à atenção. É isso mesmo.” (E09 e E10) “E os filhos quando sabem que a gente vai ao médico, à noite, já nos ligam. O que é que se passou? É muito importante. Tanto um como o outro. Sim, isso é muito importante. (...) Também, telefonam. Estão os dois longe.” (E11) “E ela não está na minha casa porque não quer, mas eu também não me preocupo porque eu estou ali ao lado dela, eu estou na minha cozinha e a vê-la na casa dela, percebe? E pronto, está muito bem, estamos bem assim. (...) Ela cuida-se, mas a família também a incentiva.” (E12) “Só às vezes é que eu digo, olha, o tempo está bom, vamos andar um bocadinho. Mas era importante caminhar.” (E14) “Sim, porque há coisas que nós temos que ir observando para ver, para detetarmos falhas que existam de comportamentos, de dificuldade de certas coisas, portanto nós temos que ir vendo a evolução da capacidade dela para ela viver sozinha. Portanto temos que ir acompanhando e estando atentos.” (E15) “Portanto, nós somos sempre responsáveis, quer dentro de casa ou fora de casa, nós somos responsáveis. E temos que acompanhar a parte médica e a enfermagem. Porque não há um enfermeiro para cada doente.” (E15) “Eu até nem acho que seja importante. É essencial. Eu acho que sim, completamente implicada, porque sou eu que faço tudo, por isso... O meu marido, coitado, também ajuda no que pode.” (E16) “Eu até acho que a família é o mais importante. A mim dizem-me muitas vezes, porquê que não se põe no lar? Eu acho que não é

	solução, podendo a família, acho que o melhor que pode haver é estar no meio da família. De quem lhes quer, não é?” (E16) “Mas eu tento gerir o mais que eu consigo.” (E17)
--	--

Área Temática: Perceção no processo de cuidados

Categoria	Consultas de vigilância
Subcategoria	Acompanhamento
Unidades de registo	“Sempre, porque eu sou a tradutora dele, ele não abre a boca para nada, eu tenho que dizer tudo.” (E02) “De princípio, chegámos a vir juntos, mas agora venho eu numa data e vem a minha mulher na outra.” (E04) “Acompanha-o sempre. Sempre. (...) Ele já não tem capacidade e porque eu não sabia nada dele, não é?” (E03) “Eu venho sempre...” (E05) “Eles vinham os dois sozinhos... E depois começaram a baralhar... vamos os três.” (E06) “Não. Vêm os dois (pai e mãe).” (E07) “Não, não, não. (...) Portanto, em presença física, não. As consultas físicas, não, nunca vamos.” (E08) “Sim, sim, sempre. Sempre. Sempre fomos juntos, assim, como agora.” (E10) “Lembro-me de ir com ela sempre que possível ao Porto. Lembro-me de ir a todas as consultas. (...) Porque eu acho que é importante. Ela sente-se mais segura, não é? Depois, ela tem receio de não conseguir compreender tudo o que os médicos dizem. Ou as enfermeiras. Ou tem alguma dificuldade em não entender ou saber explicar.” (E11) “Para já tem ido sozinha (consulta de enfermagem de saúde familiar). Quando é no hospital vou com ela.” (E12) “Sozinho, sempre sozinho.” (E13) “Eu faço questão de vir... gosto de assistir. gosto de saber.” (E14) “Venho eu sempre com ela. Porque primeiro gosto de ficar, às vezes só diz o que quer, não está a ver a dica, (...) mas por uma questão de também saber se há casos novos que temos que estar atentos, porque isso também nos diz respeito, não é?” (E15) “...ou venho eu ou vem o meu marido, vem sempre acompanhada, sim. Porque ela interpreta mal as coisas... melhor nós acompanharmos, porque sabíamos dizer o que ela tinha, o que não tinha, o que fazia, o que não fazia...” (E16) “Vem sozinho.” (E17)
Subcategoria	Envolvimento
Unidades de registo	“Sim. Naquilo que eles poderiam fazer melhor um bocadinho. Sim. Naquilo que já está bem feito e incentivo a continuar.” (E01 e E02)

	“E eu achei que devia começar a vir com ele para saber um pouco dos problemas dele. Porque senão não sabia.” (E03) “E participo ativamente também nas consultas, porque tenho que ver o que é que o médico diz.” (E06) “Acho que o único que age um bocadinho assim é o médico que a segue a nível da oncologia. Mas nós já percebemos que ele gosta que seja a minha mãe a falar, a minha mãe a dizer tudo. Portanto, ali sim, eu sinto que só estou mesmo a apoiar. A espectadora.” (E08) “Precisamos de saber o que um tem e o que o outro tem.” (E09 e E10) “...chegámos a casa e um diz ao outro. Falamos, conversarmos, o que eu disse, o que me disseram” (E11) “Enquanto ela pode, deixamos fazer o que ela quer. Nós estamos sempre preocupados com ela, não é? Estamos sempre a falar, se a avó precisar disto, quem vai, quando se precisa de alguma coisa, quem é que vai com a avó. E eu não vejo nenhuma dificuldade, porque nós estamos todos os dias com ela, todos.” (E12) “Os filhos já foram todos embora. Então se não cuidarmos um do outro, se não tivermos aquela preocupação então também não vale a pena.” (E14) “Sim, sim (envolvida enquanto filha). Também a equipe está habituada comigo. (...) Por isso é que eu gosto de ir às consultas para ir avaliando.” (E15) “Sem dúvida, sim, tem que ser.” (E16) “Não. Ou seja... Cada um olha por si. (...) Porque eu acho que não o devo fazer. Porque acho que não adianta nada. O meu marido ainda é jovem, ainda tem todas as capacidades... tem de ser ele a tomar conta das tuas coisas.” (E17)
Categoria	Envolvimento no processo de cuidados
Subcategoria	Necessidade da pessoa idosa
Unidades de registo	“Mas é isso sempre que ele que pede, por algum motivo diz assim, oh filha anda comigo.” (E03) “E aceita muito bem as sugestões. E aceita, aceita, aceita. Ele sabe que nós lhe queremos mais. Mas essas aceita. (...) O que nós queremos é que ele seja feliz e que esteja bem” (E03) “(...) mas para já não temos tido, graças a Deus. Para já não foi preciso de ajuda nenhuma.” (E06)
Subcategoria	Apoio do enfermeiro de saúde familiar
Unidades de registo	“A relação que eu tenho com a enfermeira, que é a enfermeira deles, é perfeita. (...) Sinceramente, eu não sinto falta de nada com relação à enfermagem.” (E01 e E02) “A enfermeira é muito boa (...) sempre tive apoio.” (E03)

	“Havia, havia orientações, sim (...) Sim, esclarecia, não ficavam com dúvidas.” (E04) “Apoia... Sim, sim... sentimo-nos muito, muito bem.” (E05) “Sim, sim, mas pronto, se é na consulta só, como nós ainda não tivemos necessidade de chamar fora das consultas, também não temos... Está a perceber para já, temos gerido as coisas lá em casa.” (E06) “Ai, de certeza (...) Isso de certeza. É importante. Esta relação.” (E07) “Sim. O nosso, enquanto enfermeiro de família. (...) Mas é bom sentirmos que temos sempre assim alguém a quem podemos pedir ajuda ou a quem podemos falar. E que sabemos que está lá. (...) Se alguma coisa não estiver bem ou alguma dúvida, que pode conversar connosco. Isso é muito bom, sentir isso.” (E08) “Ai, muito bom. Eu gosto muito dela. Não há ninguém para pôr no lugar dela. Se ela não está comigo... Ai, eu gosto tanto dela. (...) E dá conselhos.” (E09) “A esse nível, ao nível da enfermagem, eu não posso pronunciar muito bem porque não há muito contacto. Eu tenho, normalmente, a consulta médica. E, previamente, antes de entrar, vou medir a tensão, eu falo um bocadinho com a senhora enfermeira, mas é só aquele momento e depois vou para a médica.” (E11) “Ah, (o enfermeiro) é um amigo, é um amigo muito perto, muito preocupado, que se preocupa muito com o atendimento, com o estado da úlcera... Aliás, eu já venho a dizer isto há muitos anos, os enfermeiros, incluindo a senhora, são os anjos do céu.” (E13) “É impecável, incentiva.” (E14) “Sim, tivemos na integra. Todo, telefonava para aqui, para a enfermeira... Sempre foi na totalidade.” (E15) “Nunca tive problemas Elas também, coitadas têm os doentes delas, não tem só um, não é? Tem muitos. Eu quando mando um e-mail sou sempre respondida. Eu confesso, sou muito chata, quando tenho um problema com a minha sogra.” (E16) “Está só para mandar vir. Está só para mandar vir comigo. Ah, eu não mando nada... O mandar vir é uma expressão.” (E17)
Subcategoria	Expectativas
Unidades de registo	“Foi a enfermeira que me orientou. (...) ela ajudou-me muito. Porque eu entrei aqui em desespero. (...) é primordial para mim aqui” (E02) “É verdade. E ajuda o pai também a... Sim, falam com ele. Falam com ele, portanto... Incentivo... dizem-lhe sempre para ele ter cuidado” (E03)

	“Pelo menos é muito cuidadoso. Tenta que a mãe consiga sempre ir mais longe.” (E08) “É como que seja um tesouro de família. É a mesma coisa. Ela está lá à vontade connosco, nós vamos à vontade com ela, não temos problema nenhum, na graça de Deus.” (E09) “Eu não quero dizer com isto que esperaria algo mais, porque eu também não sei se haveria algo mais para fazer por parte do serviço de enfermagem. É isto, não sei, provavelmente é o necessário, é o suficiente, não é?” (E11) “Eu sou tão bem recebido que acho que não há mais nada que me possa dar do que aquilo que me tem dado constantemente, acho que não posso pedir mais nada.” (E13) “Fui sempre muito bem atendido pelas enfermeiras... Muito bem. Não tenho razão de queixa do nosso sistema de saúde.” (E14) “É assim, eu acho que todo o apoio que eu recebi, eu acho que mais não era possível fazerem (...) E quando era preciso, bastava ligar, eles estavam presentes.” (E15) “É uma sugestão. (...) a maior necessidade que eu tinha era essa, era um apoio quando eu tenho algum problema, alguma dúvida, alguma coisa que eu quero fazer por exemplo... mas o que fazer? O que faço? (...) eu confesso que sim, porque se tenho uma dúvida e sei que posso telefonar e contar com alguém é o essencial. (E16) “Ah, eu não estou à espera de nada. Também não lhe pergunto nada.” (E17)
Categoria	Intervenção do enfermeiro de saúde familiar
Subcategoria	Vigilância
Unidades de registo	“Eles vêm, acho que sempre que têm consulta eles vêm.” (E01 e E02) “É muito bem recebido. Nós somos muito bem recebidos. Muito, muito mesmo.” (E05) “Vigilância. Pelo menos para ter um bocadinho de noção em que têm que vir, porque tem uma doença. Porque senão parece que esquece e assim, pelo menos vigiam.” (E07) “Eu acho que tem feito realmente aquilo que nós temos precisado. Eu acho que nunca senti assim a falta de nada. Tanto do enfermeiro, como da médica de família, como mesmo até dos próprios administrativos. Acho que nunca sentimos... acho que sempre tivemos uma boa aproximação.” (E08) “A nossa enfermeira diz-me, há algum problema, venha aqui que eu estou aqui. Fala comigo. É, vamos contar com ela.” (E10) “Eu, para já, não senti mais necessidade, de mais nada da parte de enfermagem. (...) Eu acho que são complementares (consulta de enfermagem e médica)” (E11)

	“Não tenho noção nenhuma, ela vem muito pouco, ela só vem de meio em meio ano...” (E12) “Vamos sempre à enfermeira. Ela viu que eu engordei, viu que a minha barriga ficou maior, é um alerta. Isso é importante.” (E14) “(...) mas a enfermeira de vez em quando, faz uma visita domiciliária...” (E16) “Assim, eu na realidade nunca tive assim muito em contacto com a enfermeira. Porque não tenho precisado, não é? (...) eu nunca tive queixa nenhuma dela.” (E17)
Subcategoria	Acompanhamento
Unidades de registo	“Porque toda vez que eu precisei, eu tive resposta. Então... O que é que eu preciso mais? Continuar? Assim? Com certeza.” (E01) “Em relação à doença crónica, tenta o chama-lo à razão, tenta perceber o porquê de algumas situações que não estão tão... Ela conhece bem eles dois” (E02) “Eu acho que não há muito mais a fazer neste caso. Para já, graças a Deus... Continuar... Continuar.” (E03) “Quer dizer, o fazer mais ou não fazer mais não está em causa porque eu acho que o que faz já é o suficiente no que diz respeito a isso e é o suficiente porque há informação e nós procuramos colaborar.” (E04) “Eu acho que temos sido bem acompanhados, pelo menos aqui. Aqui eu não tenho queixa nenhuma...” (E07) “É importante. Esta relação. Serem um bocadinho controlados porque às vezes desleixam-se e pelo menos é um meio de informação, para terem um bocadinho mais cuidado.” (E07) “Que estamos envolvidos no fundo. (...) Aqui, o centro de saúde, o enfermeiro, a médica de família sempre estiveram ao meu lado. (...) E que eu consegui aceitar. De uma melhor forma. E consegui lidar com essa situação.” (E08) “E diz tudo como é, como é, direitinho. Tem que ser assim, mas tem que ser assim.” (E09) “Não se conversa assim muito, a nível do serviço de enfermagem não. É assim um bocado mais para o rápido assim, medir a tensão e tal, o peso, isso está tudo bem. (...) Também, a situação acho que não justifica mais nada. Sim, sim. Na enfermagem também se fala da questão física, mas...” (E11) “Vamos ao centro de saúde e somos muito bem atendidas.” (E12) “É gratificante a gente falar um bocadinho sobre isto, porque às vezes até a gente sente-se um bocado esquecido, digamos assim, de falar sobre esta situação, torna-se tão rotineiro que acabamos por ficar gratos por estes bocadinhos.” (E13)

	“Sim, sim, sentimos (envolvimento). Aliás, isso é bem no sentido daquilo que eu lhe acabei de dizer, quer dizer, o facto dela se preocupar.” (E14) “Sim, consideramos uma família também. Eles estão totalmente integrados connosco. Pelo menos para nós é assim que consideramos. (...) Antes quero vir para aqui do que para o hospital.” (E15) “(...) às vezes estes momentos servem para nós falarmos um bocadinho e pensarmos um bocadinho nas questões que no dia a dia nos passam assim despercebidas, porque estamos tão habituados a lidar com as situações que não pensámos nelas... estes momentos fazem-nos falta.” (E15) “Que me envolve a mim? Sim. Eu acho que estamos muito seguras de que nós vamos conseguir lidar com a situação e conseguimos, eu não estou a dizer que não se consegue! Mas há momentos e há situações que nos ultrapassam e aí é que precisávamos assim de um apoio.” (E16) “É, falar é muito importante. E ajuda muito nós falarmos, termos um momento como este para pôr as dúvidas para dizer o que se poderia fazer mais, porque nunca se faz demais.” (E16) “Claro, está a fazer bem o trabalho dela. Eu sei, isso eu sei, e que tenta puxar para cumprir, mas eu nunca levo a mal o que ela diz. Eu sei, nós estamos a conversar e eu sei muito bem aquilo que me faz mal e o que me faz bem.” (E17) “... todos aqui são independentes e autónomos. Pronto, é isso mesmo, cada um toma conta da sua parte.” (E17)
--	--

APÊNDICE V

Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa



**MANUAL DE APOIO À
FAMÍLIA E
À PESSOA IDOSA**

Rua Nova de Santana, S/N – 1º Piso
4900-530 Viana do Castelo
Telefone: 258 806 888
usf.tiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt

Data de Elaboração: Março de 2024

Validação: Aprovado em Conselho Geral em março de 2024

MANUAL DE APOIO À FAMÍLIA E À PESSOA IDOSA

Elaborado por: Cristina Arieira e Luísa Pimenta

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Março de 2024



Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e uma das mais difíceis tarefas na grande arte de viver.

Henri Amiel

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	1
CAPÍTULO 1. À PESSOA IDOSA	3
1. À PESSOA IDOSA	4
1.1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA	4
1.2. O ENVELHECIMENTO E A VELHICE	9
1.2.1. AS MUDANÇAS QUE OCORREM	10
1.2.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: COMO PREPARAR A LONGEVIDADE ..	12
1.2.3. APARECIMENTO DA DOENÇA CRÓNICA	14
1.3. PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E RESPEITO À PRIVACIDADE .	15
1.4. MAUS TRATOS E VIOLÊNCIA	16
1.5. SEGURANÇA E SEGURANÇA DO CUIDADO	21
CAPÍTULO 2. À FAMÍLIA	23
2. À FAMÍLIA	24
2.1. O PAPEL DA FAMÍLIA	24
2.2. VALORIZAR A COMUNICAÇÃO	25
2.3. O RESPEITO, A PRIVACIDADE E A SEGURANÇA	26
CAPÍTULO 3. À FAMÍLIA CUIDADORA	30
3. À FAMÍLIA CUIDADORA	31
3.1. O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA	31
3.2. O CUIDAR DO CUIDADOR... CUIDAR DE MIM!	31
3.3. A FAMÍLIA CUIDADORA E A EQUIPA DE SAÚDE	38
3.4. CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE	40
3.4.1. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO	41
3.4.2. CUIDADOS À PELE E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	48
3.4.3. CUIDADOS DE HIGIENE	50
3.4.4. PREVENÇÃO DE QUEDAS	55
3.4.5. POSICIONAMENTOS, MARCHA E LEVANTE	60
CAPÍTULO 4. REDE DE APOIO	67
4.1. APOIOS SOCIAIS	68
4.2. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS DA COMUNIDADE	78
4.3. CONTACTOS ÚTEIS	83
NOTA CONCLUSIVA	87
BIBLIOGRAFIA	88

NOTA INTRODUTÓRIA

O envelhecimento faz parte do percurso da vida. Envelhecer sem a presença de situações limitadoras da atividade diária é um desafio notável. O processo de envelhecer pode resultar em mudanças na vida da família e da pessoa idosa, com impacto na sua funcionalidade, mobilidade e saúde, trazendo, consequentemente, alterações valorizáveis de autonomia, de bem-estar e interferindo na qualidade de vida.

Com o aumento do índice de envelhecimento, e, simultaneamente, do grau de dependência da pessoa idosa, do aparecimento das doenças crónicas e incapacitantes associadas ao aumento da esperança média de vida, tem surgido a preocupação inerente aos cuidados à pessoa idosa e sua família. A importância de conhecer alguns aspetos básicos sobre o processo de envelhecimento e os cuidados necessários decorrentes do mesmo torna-se crucial.

Percebendo que, na maioria dos casos, os cuidados à pessoa idosa, relacionados com a sua idade e os problemas de saúde associados, são prestados pela família, esta assume a responsabilidade da prestação do cuidado diário, sendo o principal pilar de suporte à pessoa idosa, incluindo quando a dependência se instala.

Este Manual de Apoio destina-se à pessoa idosa, à família e à família cuidadora, com sugestões, orientações e esclarecimentos acerca de aspetos gerais da pessoa idosa, do processo de envelhecimento, da família e dos cuidados a prestar à pessoa idosa dependente, estimulando o envolvimento entre a família, a pessoa idosa e a equipa de saúde, com vista a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de ambos.

A presença da família é importante para que o processo de envelhecimento seja um percurso saudável!



CAPÍTULO 1.

À PESSOA IDOSA

1. À PESSOA IDOSA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada pessoa idosa aquela que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, essa etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos, vendo o idoso simplesmente como uma pessoa, com potencialidades, vontades e especificidades, num estadió do seu ciclo de vida onde, cada vez mais, há mais pessoas a viver com plenas capacidades para gerirem a sua pessoa e a sua vida de forma livre e autónoma (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2014). A pessoa idosa representa, hoje, uma parte importante da população com implicações diretas na estrutura familiar e social (Hespanhol & Santos, 2022), sendo fundamental a preocupação com o seu bem-estar, o seu conforto e a sua segurança.

1.1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa tem os mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade, devendo ser respeitada a autonomia na gestão da sua vida e integrando as suas especificidades no plano de cuidados de saúde, no apoio social e no enquadramento familiar. Segundo o artigo 72º da Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional, 1976):

A pessoa idosa tem direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social e respeitem a sua autonomia pessoal, oferecendo oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através da participação ativa na sociedade.

Os 11 direitos da pessoa idosa em Portugal

Direito à Participação:

- Permanecer integrada na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar, transmitir e partilhar aos mais jovens conhecimentos e habilidades;
- Aproveitar e procurar oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses e capacidades;
- Poder formar movimentos ou associações de idosos.

Direito à Saúde:

Direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, com direito a cuidados e tratamentos dignos e respeito pelas decisões que toma sobre o seu cuidado e a qualidade da sua vida!

- Desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade;
- Ter acesso a serviços de saúde, tendencialmente gratuitos, que ajudem a manter e/ou recuperar a qualidade de vida e a prevenir e/ou retardar o aparecimento da doença;
- Ter apoio económico e bonificação na comparticipação nas despesas com medicamentos e fraldas;

Direito à Auto-realização:

- Aproveitar as oportunidades para o completo desenvolvimento das suas capacidades e potencialidades;
- Ter acesso aos recursos educativos, espirituais, culturais e recreativos que a sociedade oferece.

Direito à Dignidade:

Todos os direitos da pessoa idosa devem ter, na sua base, o **respeito pela dignidade humana!**

- Poder viver com dignidade e segurança, livres de exploração e de maus tratos físicos e/ou mentais;
- Ser tratada com justiça e dignidade, qualquer que seja a idade, sexo, raça ou etnia e deficiências, independentemente da condição económica ou outros fatores.

Direito à Informação:

O exercício destes direitos **não pode ser impedido ou limitado** por **qualquer tipo ou forma de censura!**

- Ter direito à expressão e divulgação livre do seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio;
- Ter o direito de informar, de se informar e de ser informado, sem impedimentos nem discriminações.

Direito à Alimentação:

- Ter direito a receber pensão de alimentos dos filhos ou outros descendentes, desde que não possuam meios próprios de se sustentar (em situação total de carência, precaridade e abandono).

Direitos na Justiça:

O sistema de acesso ao direito e aos tribunais destina-se a assegurar que **não seja dificultado ou impedido às pessoas**, em razão da condição social ou cultural ou por insuficiência de meios económicos, **o conhecimento, o exercício ou a defesa dos seus direitos!**

Direitos Sociais:

Direito à **Segurança Social**. Direito a **Prestações Sociais**: prestações e complementos que visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência e/ou de **combate à pobreza** à pessoa idosa (com 65 ou mais anos).

- **Pensão Social**: pensão atribuída às pessoas com pelo menos 66 anos e 4 meses de idade em 2024, com baixos rendimentos e que não efetuaram descontos, que não tenham direito à pensão de velhice nem auferiram rendimentos de outra natureza.
- **Pensão de velhice**: é um valor pago mensalmente, destinado a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, que reúnam as condições exigidas (66 anos e 4 meses de idade em 2024), substituindo as remunerações de trabalho.
- **Complemento de Dependência**: é uma prestação paga mensalmente aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (pode ser requerida em adição à pensão).
- **Complemento Solidário para Idosos**: é um apoio pago mensalmente aos idosos de baixos recursos, com pelo menos 66 anos e 4 meses de idade e residentes em Portugal.
- **Benefícios Adicionais de Saúde**: é um apoio à pessoa idosa que receba o Complemento Solidário para Idosos e que reduz as despesas com a saúde.

Direito à Independência:

- Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, ao apoio da família e da comunidade;
- Ter oportunidade de trabalhar ou de ter acesso a outros meios de obter rendimentos e de decidir o momento de se afastar do mercado de trabalho;
- Ter acesso à educação permanente e a programas de (re)qualificação profissional;
- Poder viver em sua casa pelo tempo que entender e for possível;
- Poder viver em ambientes seguros e adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças.

Direito ao Trabalho:

- Exercer a atividade profissional, com respeito pelas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas;
- Ter direito à retribuição e à prestação pelo trabalho efetuado;
- Trabalhar em condições de higiene e segurança.

Direito à Assistência:

- Beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade de acordo com os valores culturais da sociedade;
- Ter acesso a cuidados de saúde que ajudem a manter ou a readquirir o bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o aparecimento de doenças;
- Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a sua autonomia, proteção e assistência;
- Gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais, enquanto residente de qualquer lar ou instituição, que garantam o respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade;
- Ter direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade da sua vida.



1.2. O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

O envelhecimento e a velhice são dois processos naturais da vida, que devem ser vistos como processos de mudanças progressivas que se desenvolvem e manifestam ao longo do ciclo da vida. Facto descrito no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da Direção Geral da Saúde, que caracteriza esta etapa como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção-Geral da Saúde, 2006, p.5).

O **envelhecimento** traduz-se num processo dinâmico e progressivo que tem o seu próprio ritmo e que é influenciado por vários fatores, desde genéticos às condições de saúde física e mental e condições ambientais e sociais de acordo com o desenvolvimento de cada indivíduo (Kreuz & Franco, 2017). Assim, o maior desafio neste processo relaciona-se, não apenas no viver mais e na maior longevidade, mas viver de forma saudável e com qualidade de vida (Mari et al., 2016).

Por sua vez, a **velhice** é considerada uma das fases do ciclo de vida, tal como a infância e a fase adulta e deve ser compreendida no seu todo englobando todas as suas dimensões. Tal como o envelhecimento, não diz só respeito

às alterações físicas presentes no corpo, mas também aos aspetos sociais e culturais, que causam impacto nesta etapa de vida (Kreuz & Franco, 2017).

Certo é que o envelhecimento e a velhice, apesar de serem conceitos muito familiares, não têm uma definição simples, englobando uma série de alterações, adaptações e vivências ao longo de uma vida.

O desejável é que ambos os processos sejam vividos, enquanto possível, de forma autónoma, saudável e independente!

1.2.1. AS MUDANÇAS QUE OCORREM...

O envelhecimento, tal como já foi descrito, é um processo contínuo e gradual, com alterações naturais que começam no final da idade adulta. Durante este processo, verifica-se um declínio progressivo no funcionamento dos órgãos e sistemas do corpo, ou seja, o envelhecimento de uma pessoa corresponde ao envelhecimento das suas células (Portal Idoso, 2024)!

O corpo muda com o envelhecimento... E essas mudanças resultam em mudanças na função e na aparência (Stefanacci, 2022).

Mas, envelhecer é inevitável, faz parte do percurso da vida! A mudança do corpo, o envelhecimento das células e dos órgãos e todas as alterações físicas, funcionais e psicológicas decorrem do processo de evolução da espécie humana (Lifestars Cuidadores, 2020).

O avançar da idade pode ser associado à diminuição da capacidade intelectual, da capacidade de raciocínio e da memória. A pessoa idosa apresenta manchas na pele, mudança da cor do cabelo, diminuição da capacidade visual e auditiva, alteração do sabor e do cheiro, diminuição dos reflexos, perda de habilidades (Portal Idoso, 2024)!



diminuição e perda progressiva de aprendizagem, a capacidade tende a ter rugas, algumas para cinza ou branco, alterações na percepção do

Todas estas alterações que surgem do processo natural de envelhecimento podem ser minimizadas adotando um estilo de vida saudável, refletindo-se no aumento da qualidade de vida da pessoa idosa e sua família.

1.2.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: COMO PREPARAR A LONGEVIDADE

O **envelhecimento saudável**, associado ao envelhecimento ativo, é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para a **melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas** (World Health Organization, 2015)!

A adoção de estilos de vida saudável, desde o início da vida, é o melhor investimento para que o processo de envelhecimento seja o mais natural possível, como contributo à manutenção da saúde e à prevenção das doenças crónicas. Maximizando as capacidades individuais da pessoa idosa proporciona um acréscimo significativo da funcionalidade, independência e autonomia da mesma (World Health Organization, 2015).

Claro que, a promoção de hábitos saudáveis, que incluem a alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação de fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais. Medidas essas capazes de manterem a capacidade funcional da pessoa idosa, para que esta possa dar continuidade ao seu desenvolvimento pessoal e ao seu papel ativo na sociedade (Ministério da Saúde, 2017).

A oportunidade de manter essas capacidades funcionais, à medida que se envelhece, permite à pessoa idosa saber prevenir e lidar com determinadas situações do seu dia-a-dia, destacando-se exemplos de capacidades, que mantidas nesta fase da vida, promovem a integração e a participação da pessoa idosa:

- Capacidade de satisfazer as necessidades básicas;
- Capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada;
- Capacidade de se movimentar;
- Capacidade de fazer e manter relacionamentos;
- Capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades.

É importante que a pessoa idosa e a família consigam identificar atividades preferidas e que tenham condições para realizar, como:

- Dedicar tempo à leitura;
- Desenvolver atividades e trabalhos manuais;
- Procurar cozinhar;
- Adotar um animal de estimação;
- Sair com os amigos, tomar café, ir à feira, ir ao teatro;
- Praticar exercício físico regular em grupos de ginástica, entre outras...



O autocuidado inclui todas estas atividades do dia-a-dia que a pessoa idosa pode fazer para proteger e/ou cuidar da sua própria saúde e das suas necessidades, com ou sem o apoio de profissionais de saúde, cuidadores, familiares e amigos.

Envelhecer de forma ativa e saudável permite à pessoa idosa e sua família prepararem-se para o envelhecimento ao longo da vida, e, para além de todos os benefícios de saúde que pode ter, permite também que a pessoa idosa se mantenha autónoma por mais tempo, socialmente ativa e participativa (APAV, 2020).

1.2.3. APARECIMENTO DA DOENÇA CRÓNICA

Tendo em conta o descrito nos pontos anteriores deste manual de apoio, consegue-se perceber que, atualmente, a maioria das pessoas idosas tendem a ser mais saudáveis. Facto devido quer à melhoria e aposta no sistema de saúde quer ao avanço da tecnologia e dos medicamentos nos últimos anos.

A verdade é que ter uma ou mais doenças consideradas crónicas pode fazer parte do processo de envelhecimento (Ministério da Saúde, 2023). É comum a pessoa idosa ter, por exemplo, o diagnóstico de diabetes, de hipertensão, de insuficiência cardíaca ou de doença de Alzheimer, isoladamente ou ao mesmo tempo, implicando o aumento das complicações associadas a estas doenças e, por vezes, traduzido num aumento da dependência física. Daí a importância e o desafio de entender as particularidades de cada uma dessas doenças.

O aparecimento de complicações pode requerer e aumentar as idas aos serviços de saúde, causando desconforto para a pessoa idosa e para a família. A vigilância e o tratamento adequado das doenças existentes tornam-se fundamentais.

1.3. PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E RESPEITO À PRIVACIDADE

Na sociedade atual, percebe-se que existe preconceito face à pessoa idosa. Como resposta a este julgamento desfavorável e antecipado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2021, definiu este preconceito associado à idade como idadismo.

O idadismo refere-se, segundo a OMS (2021), à forma de pensar (estereótipo), de sentir (preconceito) e de agir (discriminação), direcionada a outros ou a si mesmo com base na idade, podendo começar na infância e reforçada à medida que a idade avança.

O **idadismo** pode interferir negativamente, com consequências sérias e a longo prazo na saúde, no bem-estar e nos direitos humanos das pessoas, nomeadamente da pessoa idosa.

Este preconceito associado à idade é a terceira causa de discriminação mais comum no mundo. Na pessoa idosa pode estar associado, também, a uma expectativa de vida mais curta, a uma pior saúde física e mental, a uma recuperação mais lenta na doença, a um aumento da solidão e do isolamento social, a uma maior insegurança financeira e a diminuição da qualidade de vida (Silva, 2022).

A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Esta consideração corresponde a ter em conta as necessidades profundas da pessoa e não diminuir com a idade. Daí a importância que deve ser dada à preocupação e delicadeza em tudo o que se prende com a privacidade e intimidade da pessoa idosa.

A pessoa idosa merece, assim, uma atenção especial nomeadamente no que respeita às suas necessidades básicas, às relações que estabelece com os outros e a todos os problemas e questões pessoais e familiares (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, s.d.).

1.4. MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA

A violência contra a pessoa idosa é, atualmente, uma realidade que se verifica em diferentes países, independentemente do seu nível de desenvolvimento. É um problema social grave que afeta milhões de idosos em todo o mundo. Este tipo de violência pode ocorrer nos mais diversos ambientes, seja na casa da própria pessoa idosa, na casa de familiares, ou até mesmo nos lares, quer sejam abusos psicológicos, financeiros ou físicos.

TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência pode surgir de variadas formas e pode ser um ato isolado ou ser repetido por diversas vezes. Em particular na pessoa idosa, tendo em conta a sua vulnerabilidade, esta torna-se menos capaz de reagir contra possíveis situações mais violentas e de maus tratos, tornando-se, assim, um potencial alvo para a prática deste crime.

Na maioria dos casos, a pessoa idosa mantém-se em silêncio, por medo e/ou vergonha, podendo mesmo viver anos em sofrimento sem nunca denunciar o abuso e a violência (Stannah, 2024).

Existem inúmeras razões pelas quais a pessoa idosa não denuncia os abusos que sofre...

- Não compreender que está a ser negligenciado e vítima de violência;
- Sofrer de perda de memória ou demência;
- Não ter conhecimento dos seus direitos e saber que tais práticas de violência, inclusive a psicológica, são crime;
- Viver isolado e sem contacto com outras pessoas que possam ajudar e intervir, denunciando a situação;
- Medos de denunciar os maus tratos e vir a sofrer represálias por parte do agressor, caso as autoridades competentes falhem na sua proteção.

A violência contra a pessoa idosa pode, assim, assumir várias formas e implicar a prática de diferentes crimes.

Violência física:

Qualquer ato que resulte na agressão física é considerada violência física. Para além dos crimes de ofensa à integridade física e/ou maus tratos físicos, o sequestro ou intervenções/tratamentos médicos injustificados ou sem razão.

Violência psicológica:

Entende-se por violência psicológica qualquer comportamento, verbal ou não verbal, que cujo propósito é causar dor, medo, desespero, recorrendo a insultos, ameaças, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de realizar atividades como sair de casa e conversar com outras pessoas.

Violência sexual:

É um tipo de violência na qual o agressor abusa do poder que tem sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem o seu consentimento, sendo a vítima induzida ou obrigada a práticas sexuais com ou sem violência. Para além das práticas sexuais, é também considerado violência sexual quando o agressor obriga a pessoa idosa a assistir a pornografia, a presenciar atos sexuais ou a despir-se sem o consentimento da mesma.

Negligência e abandono:

A negligência ou abandono da pessoa idosa, como o ato de omissão de auxílio do responsável pela pessoa idosa em providenciar as necessidades básicas, necessárias à sua sobrevivência constitui uma grande parte dos crimes denunciados contra a pessoa idosa.

Violência financeira:

Este tipo de violência centra-se na prática de qualquer exercício que visa a apropriação ilícita do património de uma pessoa idosa, seja esta realizada por familiares, profissionais cuidadores ou meros conhecidos.

Reconhecer os sinais de alerta de maus tratos à pessoa idosa

Os sinais de alerta de violência ou maus tratos à pessoa idosa nem sempre são fáceis de serem reconhecidos e detetados, pois alguns dos sinais estranhos que a pessoa idosa possa apresentar podem ser associados à sua fragilidade ou a possíveis doenças suscetíveis de aparecerem com o aumento da idade. Por outro lado, a justificação que o potencial agressor dá pode ser convincente e desviar a atenção referindo que seria incapaz de atentar contra a integridade física ou psicológica da pessoa idosa (Stannah, 2024).

Este tipo de argumento é frequentemente usado por agressores que são também familiares da vítima, como filhos, netos, sobrinhos.

No entanto, existem alguns sinais a que se devem estar atentos!

Sinais de violência física:

- Lesões sem explicação como feridas, nódoas negras ou cicatrizes recentes;
- Fraturas;
- Armações de óculos partidas;
- Marcas que evidenciam o ato de ser amarrado (ex.: marcas nos pulsos)

Sinais de violência psicológica:

- A pessoa idosa encontra-se emocionalmente perturbada;
- Medo de estar na presença de outras pessoas;

- Receio de falar;
- Depressão;
- Recusar participar nas atividades diárias sem explicação;
- Depreciação do seu bem-estar e baixa autoestima.

Sinais de violência sexual:

- Nódulos negros nos seios ou genitais;
- Doenças transmitidas sexualmente ou infecções genitais inesperadas;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação;
- Roupa interior rasgada, manchada ou com sangue.

Sinais de negligência ou abandono:

- Perda de peso, má nutrição, desidratação;
- Falta de condições de higiene, como encontrar-se sujo ou sem banho tomado;
- Roupa ou agasalhos inadequados para a estação do ano;
- Falta de condições de segurança em casa (falta de aquecimento, infiltrações, etc.);
- Desaparecimento da pessoa idosa em local público.

Sinais de violência financeira/económica:

- Tomar decisões abruptas sobre o próprio património;
- Levantamentos bancários significativos da conta da pessoa idosa;
- Mudanças suspeitas de beneficiários de testamentos, seguros ou de bens.



DIREITOS DA PESSOA IDOSA...

Independentemente da idade e/ou da situação de dependência, a pessoa idosa tem os mesmos direitos que outra pessoa.

A pessoa idosa é cidadã com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma. Em qualquer circunstância, deve ser respeitada a sua autonomia na gestão da sua vida e património não permitindo que, seja quem for, a substitua sem que lhe sejam autorizados poderes legais.

1.5. SEGURANÇA E SEGURANÇA DO CUIDADO

O processo de envelhecimento corresponde a uma etapa da vida que exige cuidados especiais e contínuos quer pelas necessidades acrescidas que a pessoa idosa possa apresentar quer pela maior debilidade associada à idade. Assim, é necessário uma maior atenção e a adoção de medidas de segurança que proporcionem um dia-a-dia mais tranquilo à pessoa idosa, assegurando maior conforto e bem-estar nesta fase da vida (Guardiões de Vidas, 2018).

A segurança da pessoa idosa é um fator fundamental para garantir o bem-estar e prevenir acidentes, com algumas adaptações que devem ser feitas, nomeadamente no ambiente físico da pessoa idosa e da família (KDCare, 2024). Ter em atenção especialmente a:

- Adaptação da casa: garantir uma boa iluminação; não deixar objetos soltos pela casa; remover tapetes; ter corrimão nas escadas; utilizar camas baixas.
- Medicação: ter atenção às indicações da dose e horários corretos da toma da medicação; esclarecer as dúvidas que possam surgir com os profissionais de saúde; ter cuidados com a interação entre os medicamentos.
- Ao sair à rua: ter suporte ao caminhar (ex: companhia de outra pessoa ou uso de bengala); não levar objetos de valor; levar os documentos e números de contacto.

Muitos dos acidentes e incidentes podem ser evitados com medidas simples, o que favorece a **segurança e garante o bem-estar da pessoa idosa**.

A segurança do cuidado à pessoa idosa transcende a própria pessoa, contemplando a família, a pessoa idosa e a intervenção especializada da equipa de saúde, incluindo do enfermeiro de família.



CAPÍTULO 2.

À FAMÍLIA

2. À FAMÍLIA

A Família, enquanto unidade e um todo (Figueiredo, 2012), tem um papel fundamental ao longo do ciclo de vida, uma vez que a saúde de um elemento afeta toda a função familiar e, reciprocamente, a saúde da família também afeta o elemento.

Mas, quando se trata da pessoa idosa, esse papel torna-se ainda mais importante, quer pela fase da vida em que se encontra quer pela maior vulnerabilidade que apresenta, visto que muitas vezes pode necessitar de cuidados e atenção especiais.

Perante o idoso, a família assume um papel crucial e preponderante!

2.1. O PAPEL DA FAMÍLIA

Perante a pessoa idosa, a família assume, assim, um papel essencial, quer no acompanhamento das transformações naturais, quer no processo de saúde/doença que surgem ao longo desta fase da vida.

Com a fragilidade que acompanha o processo de envelhecimento, é comum surgirem alterações, necessidades de apoio e adaptação, incluindo o reajustar de papéis entre filhos e pais, passando a pessoa idosa a exigir novas responsabilidades e maiores cuidados. Cabe à família entender as transformações de vida da pessoa idosa, conhecer melhor suas fraquezas e modificar a visão e as atitudes face ao envelhecimento, colaborando para que o elemento idoso mantenha o seu lugar no grupo familiar e na sociedade (Morada do Sol, 2020).

Muitas vezes a rotina precisa ser adaptada. O respeito pelas fragilidades, necessidades, desejos e expectativas da pessoa idosa, pode ser facilitador cativar a sua atenção e a colaboração, fomentando o seu protagonismo no núcleo familiar.



2.2. VALORIZAR A COMUNICAÇÃO

Estabelecer uma boa comunicação é fundamental para que a família e a pessoa idosa possam atingir um estado de completo bem-estar físico e psicológico. Uma particular atenção na comunicação com a pessoa idosa passa por permitir que esta possa desfrutar dos efeitos benéficos de uma comunicação significativa e saudável com a família, os amigos e os seus cuidadores (Ministério da Saúde, 2023).

Estar presente pode fazer a diferença na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa!

Alguns aspetos a ter em conta:

- Expressão da face, gestos e tom de voz;
- Nunca fazer promessas que não se possam cumprir;
- Não dar falsas esperanças;
- Não fazer julgamentos do que o idoso refere ou faz e tentar não mudar de assunto para o próprio não se sentir desvalorizado;
- O idoso necessita de afeto e compreensão: o toque, o abraço, o segurar da mão e acariciar, são formas de o demonstrar;
- Cumprimentar a pessoa idosa utilizando palavras e gestos simples;
- Perguntar sobre a forma como a pessoa idosa gosta de ser chamada;
- Demonstrar empatia e manter uma escuta ativa (saber escutar);
- Posicionar-se de frente à pessoa idosa e à mesma altura;
- Falar de forma calma e clara; utilizar frases curtas e simples;
- Ser paciente e aguardar que a pessoa idosa conclua o seu pensamento;
- Utilizar mensagens escritas;
- Programar atividades com antecedência;
- Respeite o tempo e as alterações corporais da pessoa idosa;
- Ficar atento a sinais de desconforto corporais e faciais.

Cuidar é perceber o outro como ele se mostra...nos seus gestos e palavras, na sua dor e na sua limitação!

2.3. O RESPEITO, A PRIVACIDADE E A SEGURANÇA

A pessoa idosa deve ser sempre tratada pelo seu nome e com respeito, evitando constrangimentos e desconfortos. Ações como: pedir em vez de assumir, pedir em vez de ordenar e oferecer escolhas sempre que possível, podem ser algumas das formas de minimizar esses constrangimentos e de potenciar a força e o envolvimento ativo da pessoa idosa (Ministério da Saúde, 2023).

O respeito e a proteção dos direitos denominados “fundamentais” visam garantir que a pessoa idosa exerça, em condições de igualdade, o seu protagonismo na sociedade.

Garantir o respeito no cuidado com a pessoa idosa dependente...

- Respeitar a independência, a liberdade da pessoa idosa e personalizar a sua atenção;
- Deixar que a pessoa idosa faça as suas próprias escolhas;
- Respeitar os objetos pessoais, pois têm valor afetivo e contam histórias de vida;
- Respeitar a inteligência e a experiência da pessoa idosa;
- Dedicar tempo a escutar as propostas, experiências e histórias das pessoas idosas.
- Respeitar os horários. A pessoa idosa aprecia uma rotina e hábitos diários;
- Comprometer-se. Para realizar o cuidado de qualidade, é importante estar comprometido com esse trabalho, ter boa vontade para apoiar e Ser compreensivo;

- Não tratar a pessoa idosa de maneira infantil. Cumprimentar e reconhecer a pessoa idosa, oferecendo-lhe confiança;
- Demonstrar interesse e escutar de maneira atenciosa, mesmo que seja algo repetido ou uma história que já ouvida antes;
- Ser um bom “escutador” de histórias, de sonhos e de desejos.

Compreender a pessoa idosa e conhecer a sua história de vida, garante o seu respeito e a sua privacidade!

A falta de privacidade no cuidado com a pessoa idosa dependente resulta em...

- Vergonha, embaraço e humilhação;
- Exposição do corpo e falta de confidencialidade, ou seja, não se devem discutir questões e problemas pessoais em locais inadequados ou na presença de pessoas que não tenham proximidade com a pessoa idosa e a confiança dela;

Quando a pessoa idosa se torna vulnerável e necessita de cuidados é crucial preservar a privacidade, a dignidade e o respeito, pois são aspetos de importância acrescida para a manutenção da qualidade de vida. Deve ser, também, assegurado um meio de interação acolhedor que favoreça e preserve a sua privacidade e a sua identidade (Henkes & Areosa, 2019).

Garantir a segurança no cuidado com a pessoa idosa dependente...

O ambiente onde a pessoa idosa vive ou circula pode não ser muito seguro e por em risco a sua saúde e o bem-estar, daí a importância de adaptar os locais de forma a garantir a segurança dos mesmos, prevenindo lesões e situações que se possam torna ainda mais complicadas.

A pessoa idosa não pode ser deixada sozinha, pelo risco acrescido que tem em se envolver em acidentes, dentro ou fora de casa. A família, em especial da pessoa idosa já com limitações e défices físicos e cognitivos, deve ter em atenção algumas estratégias que garantam segurança e conforto (Ministério da Saúde, 2023):

- Guardar em local seguro objetos pontiagudos, cortantes, quebráveis, pesados ou muito pequenos;
- Não deixar a pessoa idosa sozinha a executar atividades na cozinha;
- Não deixar ao alcance da pessoa idosa medicamentos ou produtos tóxicos. Devem permanecer em armários fechados.
- No armário do quarto de banho, guardar apenas os objetos de higiene de uso diário, como pente, escova de dentes e sabonete;
- Deixar no mesmo lugar os objetos de uso frequente, sendo mais fácil de encontrá-los quando forem precisos;
- A cama deve estar encostada à parede e, se possível, ter uma proteção lateral.

A segurança da pessoa idosa vai para além dos cuidados prestados, passa também pela supervisão dos cuidados e pela prevenção de acidentes, com o principal enfoque na melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família.



CAPÍTULO 3.

À FAMÍLIA

CUIDADORA

3. À FAMÍLIA CUIDADORA

3.1. O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA

A percepção de qualidade de vida passa pelas oportunidades que a pessoa idosa dependente tem de se envolver e participar nas atividades do dia-a-dia.

O papel da família, enquanto cuidadora, é essencialmente de suporte, promovendo um ambiente seguro, reforçando a autonomia da pessoa idosa e respeitando as suas escolhas, interesses e preferências. Não substituir a pessoa com maior dependência, dar-lhe tempo para desenvolver as atividades, observar as suas dificuldades e, em conjunto, tentarem ultrapassá-las recorrendo a estratégias de adaptação (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).

3.2. O CUIDAR DO CUIDADOR... CUIDAR DE MIM!

Quando alguém muito próximo, algum elemento da família, adoece ou fica dependente, numa situação que se pode prolongar no tempo sem que seja previsível a duração do cuidar, exige que a família se reorganize, se adapte e redefina os seus papéis e atividades do dia-a-dia para que responda à situação de dependência que se instalou.

O familiar que cuida, que passa a ter o papel de cuidador da pessoa idosa dependente, pode ficar e sentir-se sobrecarregado, pois, muitas vezes, assume sozinho a responsabilidade dos cuidados. Soma-se a esta responsabilidade a sobrecarga emocional da transição para um processo de doença e maior debilidade, que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Perante esta situação é comum o familiar cuidador passar por cansaço físico, psicológico, por vezes depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e da família, modificando por completo a sua rotina diária e interferindo na qualidade de vida pessoal e familiar, o que exige uma fase de mudança, adaptação e reorganização (Ministério da Saúde, 2023).

Assim, quando o familiar se envolve nos cuidados à pessoa idosa, precisa de adotar novas rotinas que permitam cultivar um bom estado de saúde física e emocional para cuidar de si e da outra pessoa.

Por isso, cuidar de si próprio não é um luxo, torna-se indispensável para sustentar o seu envolvimento no cuidado da pessoa idosa dependente, a médio e longo prazo...

O QUE PRECISO FAZER PARA ME CUIDAR?

Ao Familiar Cuidador

Manter-se saudável exige uma adaptação e atenção diárias. Optar por realizar algumas mudanças pode criar condições para uma vida de maior qualidade.

Até os fatores mais simples do dia-a-dia afetam o bem-estar e a saúde. Além da saúde física, é preciso cuidar de necessidades psicológicas e sociais (Losada, 2017), nomeadamente decidir partilhar algumas responsabilidades com outros elementos da família, procurar momentos de distração e diversão com amigos, praticar algum exercício físico regular.

É importante aceitar que para poder continuar a cuidar do seu familiar dependente, não se pode esquecer de cuidar de si próprio... Assim, veja ou reveja alguns conselhos dos cuidados que deve ter para consigo!

Vigilância da Saúde:

- Compareça às consulta programadas pela sua equipa de saúde;
- Cumpra o esquema da medicação prescrita;
- Mantenha a sua situação vacinal actualizada;
- Participe nos rastreios de saúde preconizados pelo Serviço Nacional de Saúde e pela sua Unidade de Saúde.

Alimentação:

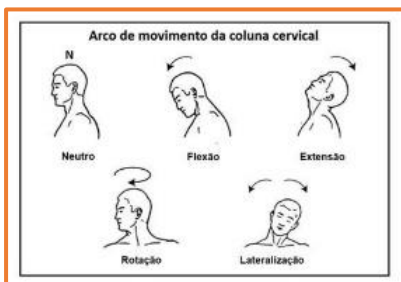
- Faça uma alimentação saudável, equilibrada e completa; comer alimentos diversificados, de acordo com as quantidades aconselhadas, e beber água;
- Não fique mais de três horas sem comer. Não salte as refeições. Para sobremesa prefira fruta;
- Reduza o consumo de sal, de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcares;
- Comece o seu dia com a toma do pequeno-almoço e, se possível, tome-o ao mesmo tempo que a sua família;
- Prepare refeições completas para toda a família, cumprindo o horário das mesmas;
- Quando cozinha, faça sempre mais quantidade de comida do que o necessário para essa refeição, para ficar com sobras;
- Escolha refeições leves e saudáveis, como frutas e bolachas integrais, para os momentos em que está mais ocupado e precisa de se alimentar;
- Beba pelo menos 1,5 litros de água; as infusões de chá também são uma ótima escolha.

Atividade física e relaxamento:

Atividade Física

Durante o dia-a-dia, o familiar que cuida pode realizar alguns exercícios para ajudar a manter-se em forma como os seguintes exemplos demonstram:

Exercícios para a coluna cervical (pescoço):

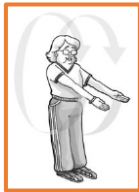


- Faça flexão da cabeça até encostar o queixo no peito, em seguida estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando o céu.
- Gire a cabeça, primeiro para um lado e depois para o outro.
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.

Exercícios para os ombros:

- Enchendo os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.

Exercícios para os braços:



- Rode os braços esticados para frente e para trás,



fazendo círculos.

Exercícios para o tronco:

- Na posição de pé, coloque uma das mãos na cintura ou, numa cadeira, levante o outro braço passando por lateralmente o seu corpo. Vá repetindo este



se achar mais fácil apoie-se cima da cabeça, inclinando movimento alternadamente.

Exercícios para as pernas:



- Deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por

alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia [SPGG], 2014).

Faça atividade física, como caminhadas e alongamentos, ajuda a reduzir o cansaço e melhora a sua saúde física e mental.

Relaxamento

- Assista a programas do seu interesse nas horas em que se encontra com mais disponibilidade; Enquanto assiste televisão movimente as mãos e os pés, estimulando a circulação;
- Sempre que possível faça massagens a si próprio ou solicite a colaboração de outra pessoa;
- Dedique algum do seu tempo à leitura;

- Escute música da sua preferência enquanto dedica cuidados ao seu familiar, promovendo relaxamento para ambas as partes;
- Convide um amigo ou familiar para tomar café e mudar de ambiente, partilhando histórias agradáveis; se não for possível sair de casa, convide-o para ir a sua casa;
- Se o seu familiar tiver capacidade de sair leve-o consigo numa cadeira de rodas quando for às compras e aproveite para usufruir das zonas verdes envolventes;
- Sorrir e rir são ótimos exercícios de relaxamento que lhe proporciona uma sensação de bem-estar;
- Solicite a ajuda de familiares, vizinhos ou amigos para participarem na prestação de cuidados quando se sentir mais cansado;
- Fale com a sua enfermeira de família ou a sua médica se se sentir muito cansado ou esgotado, pois existem outros recursos de apoio na comunidade.

Gestão das Emoções:

Quando se começa a prestar cuidados à pessoa idosa dependente é normal ter sentimentos negativos?

Sim. Por vezes a família cuidadora sente frustração ou desânimo em relação às rotinas de cuidar ou em relação à pessoa idosa de quem se cuida (Ferreira et al., 2017).

Estes sentimentos não significam que seja um mau cuidador ou que seja uma pessoa sem valores, podem ser indícios de sobrecarga emocional e física. Quando surgem, devem ser vistos como um sinal de alerta e devem despertar para a necessidade de se reorganizar nos cuidados prestados ao seu familiar dependente, podendo ser necessário dividir a responsabilidade do cuidado com outras pessoas para que esses sentimentos sejam atenuados (Ministério da Saúde, 2023).

Algumas sugestões que podem ajudar a lidar e ultrapassar esses sentimentos:

- Identifique os sentimentos que sente mais frequentemente e com maior intensidade de forma a conseguir lidar com os mesmos;
- Partilhe e desabafe os seus pensamentos e sentimentos;
- Reconheça a importância do seu papel enquanto familiar cuidador;
- Dedique tempo para si próprio e crie rotinas conciliando o tempo dedicado ao familiar dependente e conseguindo cuidar de si mesmo, usufruindo das atividades que mais gosta;
- Mantenha os seus contactos sociais e a ligação com a restante família, pois esta também necessita de si, podendo dar-lhe apoio sempre que necessário;
- Pesquise e coloque em prática técnicas que lhe ajudam a aliviar a tensão causada pela situação de cuidar do seu familiar (fazer uma caminhada, telefonar a uma pessoa amiga);
- Procure falar com famílias cuidadoras de forma a não se sentir sozinho e aprender novas competências e ferramentas para lidar com as suas emoções.

Aprender a colocar-se em primeiro lugar não é egoísmo, nem orgulho. É Amor Próprio.

Charles Chaplin

3.3. A FAMÍLIA CUIDADORA E A EQUIPA DE SAÚDE

A Família Cuidadora, designada como a família responsável pelo cuidado à pessoa idosa, maioritariamente representada pelo elemento que cuida quando se instala um quadro de maior dependência e quando para tal for solicitado. Esta pessoa, geralmente escolhida pelo seio familiar, assume funções para as quais, na maioria das vezes, não se sente preparada. É importante, por isso, que a equipa de saúde tenha sensibilidade e disponibilidade para acompanhar, apoiar e sustentar a família cuidadora.

A USF Tiago de Almeida faz um acompanhamento contínuo de todos os seus utentes, incluindo os mais dependentes e suas famílias no domicílio, com visitas domiciliárias feitas pela equipa de enfermagem ou a equipa de saúde (médico/enfermeiro de família), sempre que necessário.

Quando o cuidador pode procurar ajuda?

A dificuldade de cuidar de outra pessoa não é constante e pode aumentar repentinamente. Como reconhecer quando precisa de ajuda:

- O seu apetite sofreu alterações, aumentou ou perdeu peso?
- Sente-se deprimido, irritado, sem esperança?
- Tem dificuldades em adormecer e relaxar?
- Recorre ao uso de álcool ou de medicação para adormecer?
- Adoece com maior frequência?
- Perdeu o interesse em se relacionar com familiares e amigos?
- Sente-se quase sempre exausto, física e emocionalmente?
- Não sente interesse em cuidar do seu familiar, como fazia antes?
- Sente-se irritado e saturado com as responsabilidades de cuidar?
- Não se importa mais com o seu familiar?

Onde posso encontrar ajuda?

- Pode recorrer aos seus familiares e amigos que estejam mais disponíveis e que possam colaborar um pouco mais.

Nem sempre é possível contar com a colaboração dos familiares, pois também trabalham e podem não ter disponibilidade. Quando essa colaboração for insuficiente, por parte dos familiares e amigos, considere outras possibilidades:

- Recursos e redes de apoio domiciliário.
- Sempre que necessário a família cuidadora cuidador pode solicitar colaboração ao seu enfermeiro e médico de família.
- Se necessário, a pessoa idosa dependente, será referenciada para outras especialidades.

CUIDE DE SI...E SÓ ASSIM, CUIDARÁ BEM DO OUTRO...

3.4. CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE

A pessoa idosa dependente deve ter a oportunidade de participar nas atividades diárias promovendo a sua autonomia individual, integração e realização pessoal, ou seja, tem o direito a viver uma vida tão normal quanto possível. Incentivar a pessoa idosa dependente a auto cuidar-se: a fazer a sua higiene, a vestir-se e a realizar levante diário são boas maneiras de se exercitar, manter a função do corpo e da mente, e de ser mais independente. Assim, deverá ser estimulada a realizar todas as atividades que seja capaz.

A família deve fornecer-lhe a ajuda mínima necessária, pois é a atividade normal diária que a manterá ativa e manterá a sua capacidade física e mental por mais tempo.

Acreditar nas capacidades da pessoa idosa e acreditar em si e no poder das suas intervenções...

Aplauda os pequenos ganhos!

Estimule a autoconfiança!

Estimule a independência!

Ajude a pessoa idosa a adaptar-se às suas incapacidades!

3.4.1. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação variada e equilibrada tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças das pessoas idosas.

A família deve proporcionar uma alimentação saborosa, colorida e equilibrada, respeitando as preferências individuais. Em situação de doença e maior debilidade é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da variedade e quantidade dos alimentos ingeridos. É importante seguir as orientações dos profissionais de saúde que orientam e ajudam a definir a dieta adequada (Queirós, 2017).

A dieta da pessoa idosa deve ter por base a roda dos alimentos e as suas necessidades específicas. Deve ser rica em proteínas, vitaminas, minerais e fibras, moderada em hidratos de carbono e relativamente baixa em gorduras.

A água é muito importante, recomenda-se 6 a 8 copos de água por dia.



Cuidados a ter com e na alimentação:

- Ter presente que a pessoa idosa pode não ter noção das horas e ficar sem se alimentar, pois, por vezes, esquece-se dos horários das refeições;
- Fornecer as refeições a horas certas, em vez de esperar que a pessoa idosa se lembre de as pedir;
- Na hora das refeições, a pessoa idosa deve estar acordada; colocá-la na posição de sentada com a cabeça bem elevada, se a refeição for no leito (as almofadas podem ajudar no posicionamento);
- Permitir, sempre que possível, que a pessoa idosa se alimente sozinha, mesmo que seja necessário auxílio para o corte dos alimentos;
- Após todas as refeições, a pessoa idosa deve manter-se sentada, durante cerca de 30min para facilitar a digestão;
- Se no decorrer das refeições a pessoa idosa tossir ou se engasgar com frequência, não insistir e perguntar à sua equipa de saúde / enfermeiro de família se é seguro continuar a alimentá-la;
- Antes de servir os alimentos, estar atento à temperatura dos mesmos. A pessoa idosa pode ter alguma alteração na sensibilidade que dificulte a perceção da temperatura;
- Observar se as refeições estão a ser bem toleradas, caso contrário, procurar apoio junto da sua enfermeira/médico de família para conhecer outras alternativas de dieta;
- A dor altera o apetite. Certificar que a pessoa idosa está medicada com a terapêutica prescrita pelo médico para que a dor não comprometa a alimentação;
- Oferecer sempre pequenas quantidades de comida e permitir que a pessoa idosa escolha entre várias opções de alimentos;
- No caso da pessoa idosa com problemas na mobilidade dos braços, lembrar sempre de colocar os alimentos e a água próximos do lado não afetado.

Como proporcionar uma alimentação variada e equilibrada:

- Ter presente os alimentos favoritos da pessoa idosa e apresentá-los de forma apelativa;
- Ao longo do dia, servir cinco ou seis pequenas refeições;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos, em pequenas quantidades;
- O pequeno-almoço deve ser uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Preferir alimentos fáceis de mastigar;

- Se a pessoa idosa estiver muito magra, dar alimentos calóricos como sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados e pudins;
- Fornecer líquidos ligeiramente espessos, se a pessoa idosa tiver dificuldade em engolir, como batidos de leite, de fruta ou iogurtes;
- Durante as refeições da pessoa idosa, usar uma colher na sua alimentação para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Procurar que a pessoa idosa beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições mesmo que ela não os solicite. É muito importante manter a hidratação oral;
- Se a pessoa idosa recusar água pode ser oferecida gelatina;
- Antes e após as refeições, lavar a boca da pessoa idosa.

Alguns conselhos para a dieta da pessoa idosa

Ser variada e equilibrada, dividida em 4 a 6 refeições durante o dia.

Ter pelo menos, uma refeição quente por dia.

Ter comida saborosa e bem apresentada (atrativa na cor e textura) para estimular o apetite.

Ser fácil de mastigar e de fácil digestão.

De preferência ter alimentos cozidos, assados ou grelhados, evitar os fritos e o sal (usar gotas de limão ou ervas aromáticas, para dar mais sabor aos alimentos), evitar o picante e os condimentos fortes.

Ser limitada e restritiva em açúcares.

Conter alimentos com alto teor em fibra (farelo de trigo, aveia, arroz integral, pão integral, frutas, vegetais frescos e legumes).

CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e realiza-se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos à pessoa idosa que se encontre incapacitada de deglutir (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).



Preparação dos alimentos

- Os alimentos devem ser bem passados e de consistência líquida para não obstruírem a sonda;
- Os alimentos devem estar mornos para evitar as queimaduras.

Antes da refeição

- A pessoa idosa deve ficar na posição de sentada (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas);
- Se não for possível, deve-se deitá-la de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);
- Verificar se a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado e se a sonda é visível no interior da boca;
- Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida, contactar a equipa de saúde;
- Verificar se a sonda está no estômago. Com a seringa da alimentação, tentar aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, é porque esta está bem colocada e pode alimentar a pessoa idosa;
- Verificar o volume/quantidade de conteúdo aspirado:
 - Se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduzir novamente o conteúdo e esperar cerca de 1 hora;
 - Recomeçar a alimentação com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora, depois pode progredir para alimentos mais consistentes.
- Sempre que se tirar a tampa da sonda deve-se fechar (clampar) a sonda com a mão para não entrar ar nem sair líquido.

Durante a refeição

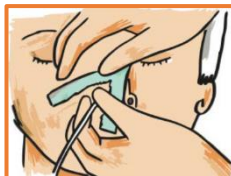
- Fornecer a refeição lentamente;
- A seringa da alimentação deve ser colocada acima da cabeça da pessoa idosa para facilitar a descida dos líquidos;

Após a refeição

- Após a refeição por sonda a pessoa idosa deve permanecer sentada cerca de 30 minutos para facilitar a digestão;
- No fim da refeição introduzir uma seringa de água para lavar a sonda.
- Ao longo do dia deve-se administrar água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação da pessoa idosa;
- O intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas.

Cuidados especiais com a sonda nasogástrica

O adesivo do nariz deve ser mudado sempre que todos os dias, tendo o cuidado de não retirar a sonda

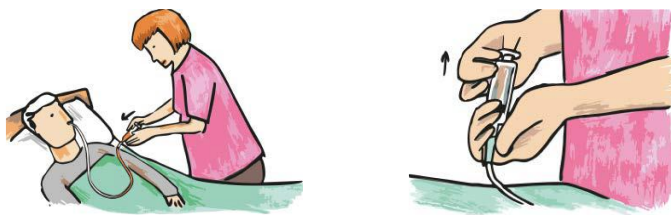


necessário, preferencialmente do sítio.

Dar atenção à higiene diária do nariz da pessoa idosa.

Fazer os cuidados de higiene à boca da pessoa idosa, mesmo que a pessoa idosa seja alimentada apenas por sonda nasogástrica.

Se a sonda nasogástrica sair do sítio (exteriorizar) não se deve voltar a introduzir. Entrar em contacto com a equipa de saúde para que possa verificar o seu posicionamento e funcionalidade.



Se tiver dificuldades ou dúvidas sobre os cuidados a serem prestados, entre em contato com a equipa de saúde da sua USF. O profissional de saúde/enfermeiro de família poderá orientá-lo.

...Saiba que a equipa de saúde da USF Tiago de Almeida está sempre presente e disposta a atender os seus utentes da melhor maneira possível!

3.4.2. CUIDADOS À PELE E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

A pele deve estar sempre limpa e sem humidade! Ter especial atenção e observar se existem zonas de pressão onde a pele aparece ruborizada (avermelhada).

Caso se observe zonas do corpo avermelhadas, talvez haja necessidade de providenciar um colchão anti escaras e protetores de pura lã para os calcanhares! Pedir orientações e sugestões à equipa de enfermagem, pois a partilha de informação pode ser útil para um apoio e suporte mais adequados (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.c).

As **zonas de pressão** e, numa fase mais avançada, as **úlceras de pressão** surgem quando a pessoa idosa fica mais dependente e não consegue movimentar-se, permanecendo por longos períodos na mesma posição. No entanto, existem fatores que contribuem para o aparecimento e agravamento das mesmas, incluindo se a pessoa é muito magra ou se tem excesso de peso, se não controla os esfíncteres (urina e fezes) ou se transpira muito...

Medidas para prevenir as úlceras de pressão:

- A pele deve permanecer bem limpa e seca;
- Massajar a pele com creme hidratante;

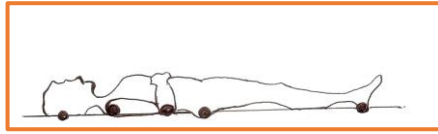
Se a pessoa idosa apresentar uma zona da pele vermelha que, após o alívio da pressão, não desaparece, poderá indicar o início de uma úlcera de pressão e, neste caso, a massagem pode causar danos. Massageie apenas a zona envolvente.

- Sempre que mobilizar a pessoa idosa, esta deve ser levantada e nunca arrastada na cama (a fricção causa lesões na pele);
- Posicionar o idoso de 2/2 h;
- Recorrer às almofadas para aliviar as zonas de pressão do corpo.

A família e/ou o familiar cuidador deverá contactar a Equipa de Enfermagem caso a pessoa idosa apresente úlceras de pressão, mesmo que todos os cuidados adequados se cumpram e permaneçam.

Locais comuns de úlceras de pressão em **posição de decúbito dorsal**:

- Cabeça;
- Cotovelos;
- Cóccix (base da espinha);
- Calcanhares.



Locais comuns de úlceras de pressão em **posição de decúbito lateral**:



- Orelha;
- Ombro;
- Anca (quadril);
- Joelhos;
- Tornozelos.

Estas zonas devem ser vigiadas com regularidade, por exemplo durante os cuidados de higiene e no banho...

3.4.3. CUIDADOS DE HIGIENE

É importante, para a pessoa idosa, ser capaz de participar mesmo nas mais pequenas atividades como: segurar no sabonete, lavar a cara, segurar no espelho, colocar o lenço na cabeça. A participação nos cuidados pessoais e de higiene é uma forma de exercício e de promoção do bem-estar, da dignidade e da autoestima (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).

Higiene oral

A higiene oral é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, não só mantém o doente mais confortável como:

- Previne infeções, cáries e aftas;
- Elimina restos de alimentos e microrganismos;
- Estimula a circulação do sangue;
- Evita o mau hálito.

Quando realizar?

Após as refeições: ao pequeno-almoço, almoço e jantar, tenha o idoso dentes naturais ou prótese dentária e mesmo que não se alimente pela boca (uso de sonda).

Qual o material necessário?

- Toalha de rosto;
- Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fio dentário;
- Escova de dentes ou espátula envolta em compressa;
- Copo com água;
- Recipiente para água suja;

- Hidratante para os lábios (vaselina líquida ou batom de cieiro);
- Escova de dentes, sem uso anterior, para limpeza de próteses ou coroa.



Procedimento:

- Colocar a pessoa idosa na posição de sentada, ajudá-la a levantar a cabeça (a higiene oral nunca deve ser realizada na posição de deitada pelo risco de asfixia);
- Colocar uma toalha seca por baixo do queixo;
- Fornecer à pessoa idosa um pouco de água para humedecer a boca;
- Utilizar ou fornecer uma escova de dentes com dentífrico e escovar suavemente os dentes, bochechas, gengivas e língua (onde a escova não for possível chegar, utilizar o fio dentário);
- Se a pessoa idosa usar prótese dentária, retirar a mesma e lavar com água morna e pasta de dentes ou um produto adequado (água muito quente pode danificar a prótese). Se a pessoa idosa apresentar feridas na boca, colocar a prótese apenas na hora das refeições;
- Fornecer um pouco de água morna à pessoa idosa para bochechar e cuspir para a bacia;
- Se a pessoa idosa estiver inconsciente, passar suavemente uma espátula com uma compressa embebida em desinfetante oral (elixir) nos dentes. Evitar elixires com álcool;
- Hidratar os lábios com batom do cieiro ou vaselina;
- Se a pessoa idosa morder a escova ou a espátula, não tentar retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair.

O Banho

O banho proporciona conforto físico e emocional à pessoa idosa e reforça os laços entre a pessoa idosa cuidada e a pessoa cuidadora, sendo um dos cuidados de higiene mais importante, evitando as irritações da pele e prevenindo o corpo contra o aparecimento de futuras infecções.

Facilite o ato de tomar banho com o mínimo de ajuda!

Adapte a casa de banho às necessidades da pessoa idosa... Para que esta seja um espaço seguro!

Quando realizar?

Proporcionar diariamente o banho. A higiene das partes íntimas e das mãos deve ser realizada sempre que necessário.

Respeitar a preferência da pessoa idosa, no entanto, pode ser dado a qualquer hora do dia, preferencialmente pela manhã que é quando a pessoa tem mais energia.

Onde realizar?

O familiar cuidador deve optar sempre pelo banho de chuveiro, deixando o banho no leito apenas para a pessoa idosa mais dependentes e com dificuldade em sair da cama.

BANHO DE CHUVEIRO:

- Se a pessoa idosa permanecer muitas horas deitada, é importante de a levar para a casa de banho;
- Podem ser necessárias algumas adaptações do ambiente para ou durante o banho;
- Em caso de dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira para apoio durante o banho;
- Ajudar sempre a pessoa idosa a entrar e a sair do chuveiro/banheira.



horas deitada, é importante de a levar para a casa de banho; adaptações do ambiente para ou durante o banho;

BANHO NO LEITO:



- Antes de iniciar o banho explicar sempre à pessoa idosa o procedimento que se vai realizar e dar a possibilidade de fazer as suas necessidades fisiológicas (quando existe controlo);
- Se possível, elevar a cama, para diminuir o esforço nas suas costas;
- A privacidade da pessoa idosa é muito importante, recorrer a um lençol para a cobrir e destapar e lavar uma parte do corpo de cada vez;

Qual o material necessário?

- Dois recipientes com água morna, um deles com sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com pH neutro;
- Esponja e toalhas;
- Creme hidratante;
- Roupa: pijama ou fato de treino;
- Fralda, se necessário;
- Escova de dentes macia, copo, pasta dentífrica e elixir;
- Pente ou escova do cabelo;
- Saco plástico (para colocar o material a eliminar após utilização);
- Forro de plástico e de pano para proteger a cama.

É importante manter a temperatura agradável no quarto e assegurar que não há correntes de ar. Lavar as mãos antes de prestar qualquer cuidado.

Procedimento:

- Deve-se iniciar o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prosseguir até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
- Utilizar gel de banho neutro, tendo o cuidado de o remover por completo;
- Em movimentos suaves, secar todas as zonas do corpo tendo especial atenção às pregas do corpo (as mamas, axilas e entre os dedos) e secar bem os cabelos recorrendo ao secador;
- Observar e avaliar o estado da pele e do cabelo;

- Manter as unhas cortadas a direito e limpas, recorrendo a uma lima ou ao corta-unhas;
- Após terminar o banho, massajar o corpo com um creme hidratante de forma suave, incidindo nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares);
- Ajudar a pessoa idosa a voltar-se de lado para lhe lavar as costas;
- A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás. Se a pessoa idosa for homem, puxar cuidadosamente a pele que cobre pénis, lavar e secar;
- Trocar a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando a pessoa idosa numa posição confortável e segura;
- Vestir a pessoa idosa e colocá-la numa posição confortável.



3.4.4. PREVENÇÃO DE QUEDAS

Com o envelhecimento surgem mudanças na forma como o corpo reage à informação do meio, estas mudanças refletem-se na capacidade para ajustar os movimentos corporais às situações do seu dia-a-dia. Com o avançar da idade, surge diminuição da visão, da audição, da força muscular, do tempo de reação e do equilíbrio, aumentando o risco de queda. As quedas na pessoa idosa, nomeadamente com maior dependência, são responsáveis por muitas das mortes acidentais e acidentes graves, daí ser essencial proporcionar ambientes seguros e adotar hábitos de vida saudáveis (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.b).

Fatores de Risco

Para prevenir as quedas, para além de alterar alguns estilos de vida, pode haver necessidade de fazer pequenas alterações em casa.

Quais os principais motivos de queda na pessoa idosa?

Motivos relacionados com o próprio:

- Alteração da marcha e postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição da força muscular e do equilíbrio;
- Aparecimento de doenças (osteoarticulares, cardíacas);
- Ansiedade e depressão;
- Estado demencial;
- Negação da fragilidade;
- Uso de medicamentos.

Motivos devido a fatores relacionados com o meio:

Calçado e roupa

- Sapatos não adaptados;
- Roupas demasiado compridas, cintos soltos.

Chão

- Superfícies escorregadias;
- Objetos dispersos pelo chão;
- Tapetes soltos;
- Escadas com tapetes e sem corrimão.

Casa de banho

- Piso escorregadio;
- Ausência de barras de apoio.

Mobília

- Móveis instáveis;
- Camas muito altas ou baixas;
- Cadeiras baixas sem apoio para braços;
- Mobília fora do sítio.

Auxiliares de marcha (andarelho, cadeira de rodas ou bengala)

- Inadequados ou mal adaptados.

Iluminação

- Insuficiente e/ou inadequada.

Complicações das Quedas

As quedas, na pessoa idosa, podem provocar várias lesões...

Fraturas, traumatismos cerebrais e lesões nos músculos que, por sua vez, dificultam a capacidade da pessoa idosa de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida!

Por outro lado, podem também provocar efeitos psicológicos na pessoa idosa, como alteração da autoimagem e da autoconfiança, medo, vergonha, depressão.

Na família cuidadora a queda poderá ter também impacto, levando, muitas vezes, a necessidade de reajuste da dinâmica familiar, encargos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste da mesma (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.b).

Prevenção de Quedas

Observar o tipo de calçado e roupa:

- Os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados e estarem presos ao pé;
- Os sapatos e as meias devem apresentar solas antiderrapantes;
- As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece, assim como retirar também os cintos dos roupões.

Em casa, verificar o ambiente:

No interior da casa

- A iluminação é suficiente?
- Os interruptores estão acessíveis?

- As luzes de presença noturna são suficientes?
- As beiras dos tapetes são lisas e retas?
- O chão encontra-se livre de objetos?
- As cadeiras/sofás têm a altura adequada para permitirem uma transferência segura?
- As cadeiras têm braços de apoio?

Na casa de banho

- Existem tapetes antiderrapantes na banheira e no polibã?
- Os tapetes estão em bom estado de conservação?
- Existem barras de apoio?
- Existe cadeira/banco no polibã?
- O chão é antiderrapante?

Nas escadas

- Têm iluminação adequada?
- Apresentam corrimão bilateral?
- O corrimão está bem firme?
- Os degraus estão em bom estado?
- As beiras dos degraus estão marcadas para permitir boa visibilidade?
- Os degraus estão livres de tapetes?

MEDIDAS DE PREVENÇÃO RESULTAM EM QUALIDADE DE VIDA E CONTRIBUEM PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL!

O exercício físico ajuda a que a pessoa idosa se movimente melhor e que tenha menor risco de queda, contribui para aumentar a mobilidade sem comprometer a sua autonomia.

O ambiente deve estar adequado às necessidades da pessoa idosa, tendo em consideração as outras pessoas (família) que vivem na casa. A segurança é mais importante que a estética...

3.4.5. POSICIONAMENTOS, MARCHA E LEVANTE

Como familiar cuidador, ao mobilizar a pessoa idosa com maior dependência, ter em atenção a própria postura antes de realizar os movimentos e posicionamentos.

Cuidar da postura do(s) familiar(es) cuidador(es)... E evitar lesões:

- Adotar uma postura correta para que o peso seja distribuído por todos os músculos do corpo;
- As costas devem estar direitas;
- Os joelhos devem estar dobrados e os pés separados um do outro cerca de 30 cm;

- O corpo deve estar perto do corpo da pessoa idosa e orientado para a direção do movimento que se vai realizar;
- Os posicionamentos devem ser realizados devagar.

Como sugestões:

- Pedir colaboração à pessoa idosa, dentro das suas capacidades, e explicar todos os passos que se vão dar;
- Sempre que possível pedir a colaboração de outra pessoa de forma a fazer corretamente os posicionamentos necessários, evitando lesões para quem cuida e para quem está a ser cuidado.

POSICIONAMENTOS DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE NA CAMA

A mudança de posição da pessoa idosa na cama, com ou sem colaboração, de acordo com as necessidades individuais tem muitos benefícios (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a):

- Melhora a capacidade respiratória;
- Ajuda a prevenir complicações circulatórias, estimulando a circulação;
- Regula o trânsito intestinal;
- Previne a perda muscular;
- Facilita a mobilidade das secreções;
- Previne posições viciosas;
- Previne lesões na pele (úlceras de pressão);
- Proporciona conforto e bem-estar.

Mobilizar para a cabeceira da cama

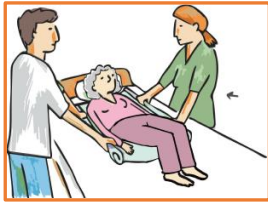
Aspetos a ter em conta no posicionamento:

- Manter o corpo alinhado;
- Posicionar com movimentos firmes e sem arrastar o corpo;
- Utilizar um lençol dobrado ao meio “como elevador” para auxiliar nos posicionamentos;
- Proteger as zonas de proeminência óssea (locais do corpo com os ossos mais salientes);
- Sempre que possível, pedir colaboração a outro familiar;
- No caso de cama com barras laterais, estas devem ser baixadas;
- Remover as almofadas da cama;
- Baixar a cabeceira e pés da cama;



- O(s) familiar(es) cuidador(es) deve estar posicionado(s) ao lado da cama;
- Se for possível, colocar as pernas da pessoa idosa com os joelhos dobrados;
- Segurar no resguardo com as mãos, perto do corpo da pessoa idosa;
- Ao mesmo tempo, levantar o resguardo e puxar para cima;
- Verificar o alinhamento do corpo;
- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Colocar almofadas para evitar as zonas de pressão e para apoiar o corpo nos posicionamentos;

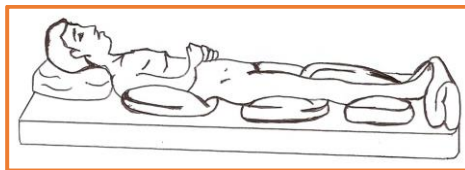
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares tipo pele de carneiro.



Posição de decúbito dorsal (deitado de costas)

Aspetos a ter em conta no posicionamento:

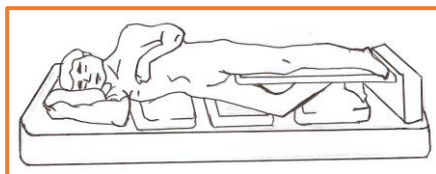
- Firmar os seus pés, bem separados;
- Dobrar os joelhos da pessoa idosa;
- Colocar uma mão nas costas e outra nas coxas da pessoa idosa e elevá-la no sentido da cabeceira da cama;
- Proteger os calcanhares com uma almofada, de maneira a que não toquem no colchão.
- Retirar as almofadas suplementares;
- Utilizar o resguardo para mobilizar a pessoa idosa, tendo o cuidado de a levantar e não arrastar para não provocar feridas por fricção.



Posição de decúbito lateral (deitado de lado)

Aspetos a ter em conta no posicionamento:

- Colocar a mão no ombro e na anca da pessoa idosa e fazer rolar o corpo na sua direção. Deste modo, a pessoa idosa, começará naturalmente a virar-se;
- Colocar uma almofada nas costas da pessoa idosa e dobrar a mesma confortavelmente contra ela para lhe dar mais apoio e conforto;
- Verificar se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável; o braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
- Posicionar a perna que fica por cima ligeiramente para a frente, para evitar que fique pousada sobre a de baixo e colocar uma almofada ao longo da coxa;
- Colocar outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoitados.



Transferir da cama para a cadeira de rodas

Aspetos a ter em conta no levantar:

- Vestir a pessoa idosa com calças e calçado bem adaptado ao pé e com sola antiderrapante;
- Posicionar a cadeira de rodas ao lado da cama;
- Remover o braço da cadeira do lado da cama;
- Remover os pedais da cadeira de rodas; Travar a cadeira!
- Verificar se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;
- Antes do levantar, sentar a pessoa idosa na beira da cama e verificar se apresenta tonturas;
- Posicionar-se à frente da cadeira e voltado para a pessoa.



- Dar indicação, à pessoa idosa, para onde se vai mobilizar para que os movimentos sejam iguais;
- Se a pessoa idosa colaborar, contar até três para que todos se mexam ao mesmo tempo;
- Ajudar a pessoa idosa a sentar-se com as pernas para fora da cama.
- Segurar a pessoa idosa pela cintura, pela parte de trás das calças;
- Se a pessoa idosa colaborar, pedir que incline o tronco para a frente;
- Ao rodar para fazer a mobilização da pessoa idosa, rodar também os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos;
- Se a pessoa idosa começar a cair não resistir à queda. Acompanhá-la suavemente e protegerem-se ambos para não se magoarem. Proteger a cabeça dela para que não bata no chão.



A família da pessoa idosa deve...

Assegurar que a pessoa idosa permanece alternadamente entre a cama e a cadeira.

Posicionar a pessoa idosa na cama com frequência, idealmente de 2 em 2 horas, posicionando-a sobre o lado esquerdo e o direito e de costas alternadamente.

Contactar a equipa de saúde / enfermeiro de família se verificar que a pele da pessoa cuidada tem zonas avermelhadas e de maior pressão.

Utilizar um colchão de pressões alternas ou almofadas que evitem a pressão, conforme as indicações da equipa de saúde / enfermeiro de família.

Sempre que a roupa da cama represente um peso significativo, utilizar mecanismos (ex: caixa de cartão) para que a mesma não faça pressão nos pés.



CAPÍTULO 4.

REDE DE APOIO

4.1. APOIOS SOCIAIS

Sempre que necessário, a família e a pessoa idosa podem solicitar e usufruir dos apoios que existem a nível da Saúde e da Segurança Social, como uma fonte de apoio e ajuda, daí a importância de procurar aconselhamento e esclarecimentos junto dos profissionais e das instituições adequadas para fornecerem informação útil, atualizada e oportuna de acordo com as necessidades apresentadas.

APOIOS SOCIAIS – SAÚDE

Atestado Médico de Incapacidade Multiusos

O Atestado Médico de Incapacidade Multiusos é um documento que comprova a existência e o grau de incapacidade, física ou mental, da pessoa, podendo ser permanente ou temporária, prevendo a atribuição de vários benefícios sociais, fiscais e económicos, consoante o grau de incapacidade (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Este atestado é atribuído a pessoas com deficiência ou em situação clínica grave. Assim, tanto pode ser emitido a cidadãos reformados ou com atividade profissional ativa, desde que apresentem em junta médica, doenças e problemas de saúde documentados com relatórios médicos e exames auxiliares efetuados, que permitam ponderar um grau de incapacidade global, que sendo igual ou superior a 60%, pode dar acesso a direitos, medidas e benefícios como:

- Isenção de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde;
- Atendimento prioritário
- Transporte não urgente de doentes;
- Acesso a material de apoio que previna, compense e alivie as incapacidades, as limitações e as restrições;
- Benefícios fiscais de IRS (Autoridade Tributária);
- Isenção do Imposto único de Circulação – IUC (Autoridade Tributária);
- Cartão de estacionamento para pessoas cuja incapacidade condicione a sua mobilidade (IMT);
- Isenção de IVA na aquisição de triciclos, cadeira de rodas (com ou sem motor) e automóveis ligeiros de passageiros (Autoridade Tributária);
- Subsídio de Renda (Segurança Social);
- Desconto em algumas empresas de energia e telecomunicações (incapacidade associado ao baixo rendimento económico);
- Entre outros.

O pedido para obtenção do Atestado Médico de Incapacidade Multiusos deve ser entregue no Gabinete do Cidadão da ULSAM, após preenchimento de um impresso próprio, disponível no referido Gabinete do Cidadão, acompanhado dos relatórios médicos e exames que fundamentem esse pedido.

Para começar a usufruir dos direitos do Atestado Médico de Incapacidade Multiusos, a cópia do mesmo deve ser entregue no local de trabalho, na Repartição de Finanças e na Segurança Social da área de residência.

Reembolso de Fraldas

Critérios para obter o reembolso de fraldas, cumulativamente (Circular Normativa Conjunta, 2017):

- Atestado Médico de Incapacidade Multiusos, com incapacidade igual ou superior a 60%;
- Isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica.

Como pedir o reembolso:

- Pedir prescrição médica (receita) ao Médico de Família das fraldas, não sendo necessária a apresentação do orçamento das mesmas;
- Adquirir comprovativo do IBAN;
- Reunir os comprovativos / recibos de pagamento, isolados das restantes compras, com o NIF do beneficiário;
- Entregar no balcão da Unidade de Saúde Familiar (USF) esses comprovativos / recibos de pagamento.

Banco de Produtos de Apoio

O Banco de Produtos de Apoio, da responsabilidade do Serviço Social do Centro de Saúde de Viana do Castelo, destina-se ao empréstimo gratuito de produtos de apoio (PA) a utentes com deficiência ou incapacidade, inscritos nas diferentes Unidades Funcionais de Saúde do Centro de Saúde, mediante pedido efetuado pelo utente/família/cuidador ou pela equipa prestadora de cuidados, de acordo com critério clínico.

Este recurso dispõe de equipamentos cuja atribuição é efetuada mediante a disponibilidade dos mesmos e validade com a assinatura do Termo de Responsabilidade.

Relativamente ao procedimento de atuação, compete ao Serviço Social da Unidade de Saúde:

- Validar a informação / pedido do PA junto da equipa de saúde;
- Avaliar a disponibilidade do mesmo no banco de PA para cedência imediata ou para ficar a aguardar em lista de espera;
- O utente/família/cuidador é responsável pela recolha e posterior devolução de todo o material no CS;
- O período de empréstimo é definido, aquando da avaliação, pelos profissionais de saúde e posteriormente comunicado à pessoa responsável;
- Nas situações de indisponibilidade do PA, compete ao Serviço Social orientar para as diferentes alternativas existentes na comunidade.

Complemento por Dependência

O Complemento por Dependência é uma prestação social paga mensalmente aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente:

- Realização das atividades domésticas
- Apoio na alimentação
- Apoio à locomoção / deambulação (deslocação)
- Apoio nos cuidados de higiene.

O complemento por dependência **não pode acumular** com:

- Rendimentos do trabalho
- Cursos de formação
- Outra prestação para o mesmo fim
- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal.

Quem pode requerer

A pessoa dependente, os respetivos familiares ou outras pessoas ou instituição que lhe preste ou se disponha a prestar-lhe assistência.

A situação de dependência é certificada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social.

Como requerer

Através do formulário **Mod.RP5027-DGSS**, disponível na “Documentação relacionada” da Segurança Social Direta ou em qualquer serviço de atendimento da Segurança Social, e dos documentos necessários anexar ao formulário. O formulário preenchido e os documentos anexos devem ser entregues:

- Nos serviços de atendimento da Segurança Social;
- Nas instituições previstas nos instrumentos internacionais aplicáveis e, na sua falta, nos serviços da instituição gestora da pensão a que a pessoa dependente tenha direito, no caso de beneficiária residente no estrangeiro.

O Complemento por Dependência pode ser requerido conjuntamente com a pensão (Segurança Social, 2024).

Estatuto do Cuidador Informal

O Estatuto do Cuidador Informal regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. Começou por avançar em projetos piloto experimentais, em janeiro de 2022 e foi alargado a todo o País. No entanto, algumas medidas de apoio ao cuidador informal precisam ainda de regulamentação, assim como os direitos laborais dos cuidadores informais não principais (DECOPROTeste, 2024).

Quem é considerado Cuidador Informal?

A lei permite que seja considerado cuidador informal o **cônjuge da pessoa dependente ou em união de facto**, assim como um parente ou afim (familiar do cônjuge) até ao quarto grau (filho, neto, bisneto, irmão, pais, tio, primo, tio-avô, sobrinho-neto) ou outra pessoa que, mesmo não tendo laços familiares com a pessoa cuidada, viva com ela, a acompanhe e cuide dela regularmente. A partir de março de 2024, também os progenitores com regime de guarda partilhada da pessoa cuidada poderão ser considerados cuidadores informais não principais.

Cuidador informal principal...	Cuidador informal não principal...
Alguém que viva com a pessoa dependente e cuide de forma permanente, mesmo que a pessoa cuidada frequente alguma instituição, uma resposta social de natureza não residencial (Ex: Centro de Dia), ou receba outro apoio similar.	Alguém que acompanhe regularmente a pessoa dependente mas não de modo permanente.

A lei permite que cada pessoa cuidada tenha só um cuidador informal principal e o máximo de três cuidadores informais não principais.

A lei não define um limite máximo de pessoas cuidadas por cuidador principal, ainda que cada pedida só possa dizer respeito a uma. Quanto ao cuidador não principal, não há impedimento legal a que um cuidador preste cuidados a mais do que uma pessoa.

O cuidador não principal poderá, ou não, auferir remuneração de atividade profissional, ou até pelos mesmos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Como pedir o Estatuto de Cuidador Informal?

O Estatuto de Cuidador Informal pode ser solicitado nos serviços da **Segurança Social** ou através do portal da **Segurança Social Direta**. Seguir os passos indicados e assinalar o tipo de estatuto que solicita: cuidador informal principal ou cuidador informal não principal.

Se possível, a pessoa dependente deverá assinar o consentimento informado. Este consentimento é revogável a qualquer momento.

Para o reconhecimento do estatuto de cuidador informal, o cuidador tem de reunir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- Residência legal em território nacional;
- Idade superior a 18 anos;
- Condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada;
- Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.

Para ser **cuidador informal principal** tem também de reunir as seguintes condições:

- Viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada;
- Prestar cuidados de forma permanente;
- Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;
- Não se encontrar a receber prestações de desemprego;
- Não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

A cessação da coabitação é um dos casos que determina o fim do reconhecimento, mas também o será a desistência ou a morte do cuidador ou do cuidado, ou até a invalidez permanente e definitiva do cuidador.

APOIOS SOCIAIS – MUNICÍPIO

Serviço de Ação Social do Município de Viana do Castelo

A Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Viana do Castelo disponibiliza um serviço de atendimento social aos Municípes, para orientação e apoio social a pessoas e famílias em situação de carência ou outras dificuldades, mobilizando recursos próprios ou comunitários, encaminhando para programas, equipamentos, serviços ou prestações pecuniárias (apoio monetário).

Com este apoio pretende-se contribuir para que as famílias e os seus elementos aumentem a sua autoestima, melhorem a capacidade de construção de respostas adequadas aos problemas e situações da vida quotidiana,

pessoal e profissional; estruturam hábitos promotores de estilos de vida mais saudáveis, melhorem as competências familiares e domésticas, com maior autonomia e iniciativa na área inserção/trabalho e independência de apoios/subsídios de Serviços e Instituições (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2023).

Academia Sénior - IPVC

A Academia Sénior do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2023) é um projeto do IPVC, direcionado a cidadãos com mais de 50 anos que queiram aprofundar conhecimentos e investir numa melhor qualidade de vida, alicerçados nos princípios da cidadania e nos deveres da solidariedade, visando a construção, ampliação e consolidação das bases da cultura e do saber.

Este projeto concretiza-se num programa de desenvolvimento técnico-científico, cultural e lúdico, com o propósito de promover as capacidades e a desenvolver a autoestima dos cidadãos, incluídos na faixa etária estabelecida, como combate à solidão e exclusão e contribuindo para afirmação de uma cidadania ativa.

Trata-se de um espaço privilegiado de inserção e participação social da população mais velha na instituição de ensino superior, a fim de investir e promover **ANOS COM MAIS VIDA!**

4.2. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS DA COMUNIDADE

Instituição: Centro Social e Paroquial de Afife

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Afife

Morada: Estrada Pedro Homem de Mello, nº 1232, 4900-012

Contacto: 258981786

Email: cspafife@sapo.pt

Instituição: DomusVi Villa Carolina

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Areosa

Morada: Rua do Mirante, nº 85, 4900-837

Contacto: 2588369390

Email: geral@domusvi.pt

Instituição: Centro Social e Paroquial de Areosa

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Areosa

Morada: Largo da Liberdade, nº 36, 4900-813

Contacto: 258835221

Email: cspa.vc@gmail.pt

Instituição: Centro Social e Cultural da Paróquia de Cardielos

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Cardielos

Morada: Avenida da Igreja, nº 4, 4925-344

Contacto: 258831815

Email: centrocardielos@sapo.pt

Instituição: Centro Social e Cultural de Carreço

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Carreço

Morada: Avenida Nossa Senhora da Graça, nº 530, 4900-279

Contacto: 258835043

Email: cscarreco@sapo.pt

Instituição: Páginas da Vida Lda (Privado)

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Meadela

Morada: Rua João Martins Viana, Bl. C, nº 105, 4900-746

Contacto: 258845419

Email:

Instituição: Centro Social e Paroquial da Meadela

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Meadela

Morada: Rua Padre Alfredo Guerreiro, nº 59, 4900-763

Contacto: 258843797

Email: cspmeadela@mail.telepac.pt

Instituição: Congregação Nossa Senhora da Caridade

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Santa Maria Maior

Morada: Rua dos Bombeiros, 4900-533

Contacto: 258808010

Email: servicoscentrais.caridade@gmail.com

Instituição: Centro Social e Paroquial Nossa Senhora de Fátima

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Santa Maria Maior

Morada: Rua da Bandeira, nº 637, 4900-561

Contacto: 258823029

Email: centrosocial@paroquiafatima.pt

Instituição: Lar de Santiago (SCM Viana do Castelo)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Praça General Barbosa, nº 99, 4900-037

Contacto: 258808510

Email: geral@scmviana.pt

Instituição: Lar Santa Teresa

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Largo das Carmelitas, 4900-463

Contacto: 258809140

Email: lar.s.teresa@mail.telepac.pt

Instituição: Lar da Piedade (SCM Viana do Castelo)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua Mateus Barbosa, nº 7, 4900-532

Contacto: 258827925

Email: geral@scmviana.pt

Instituição: Oldcare – Serviços Gerontológicos

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua Padre Himalaia, nº 57, 4900-926

Contacto: 273324125

Email: viana.do.castelo@oldcare.pt

Instituição: HG Residences Viana (Hotel Geriátrico – Privado)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Passeio das Mordomas da Romaria, 4900-532

Contacto: 258824905

Email: geral@hgviana.com

Instituição: ARPVC – Associação dos Reformados e Pensionistas do Distrito de Viana do Castelo

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua do Assento 4900, 4900-350

Contacto: 258820257

Email: arpvc.sad@gmail.com

4.3. CONTACTOS ÚTEIS

APAV – Apoio à Vítima

116 006, chamada gratuita, dias úteis das 08h às 23h

800 219 090, Linha Internet Segura, dias úteis das 08h às 22h

Bombeiros Voluntários de Viana do Castelo

258 800 840, Central de Atendimento

258 800 844, Serviços Administrativos, das 09h às 17h

bombeiros.viana@ahbvvc.com

Câmara Municipal de Viana do Castelo

258 809 300 (custo de chamada para a rede fixa)

cmviana@cm-viana-castelo.pt

Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação do Alto Minho, Viana do Castelo

258 821 821

962 752 575

Extensão de Saúde Dr. Tiago de Almeida – SLAT Viana do Castelo

258 823 324 (fins de semana e feriados, das 08h às 20h)

Guarda Nacional Republicana – Comando Territorial de Viana do Castelo

258 840 470

ct.vct@gnr.pt

Hospital de Santa Luzia – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

258 802 100

Hospital Particular de Viana do Castelo – Grupo Saúde

258 808 030

hospart@hospitaldeviana.com

Junta de Freguesia de Afife

258 981 610

geral@jf-afife.com

Junta de Freguesia de Amonde

258 951 482

amonde.geral@gmail.com

Junta de Freguesia de Areosa

258 835 145

presidente@jfareosa.pt

Junta de Freguesia de Carreço

258 835 185

jfcarreco@sapo.pt

Junta de Freguesia de Freixieiro de Soutelo

258 951 152

geral@jf-freixieirodesoutelo.com

Junta de Freguesia de Lanheses

258 733 280

geral@jf-lanheses.pt

Junta de Freguesia da Montaria

258 733 363

jfmontaria@gmail.com

Junta de Freguesia de Outeiro

258 829 316

juntaouteiro@sapo.pt

Junta de Freguesia de Santa Marta de Portuzelo

258 830 605

junta@santamartadeportuzelo.pt

Polícia de Segurança Pública – Comando Distrital de Viana do Castelo

258 809 880

258 822 022

(Chamada para rede fixa nacional)

Segurança Social – Centro Distrital de Viana do Castelo

300 522 675

União de Freguesias de Cardielos e Serreleis

258 832 094

jfcardieloseserreleis@sapo.pt

União de Freguesias de Nogueira, Meixedo e Vilar Murteda

258 732 481

jfnmvm.vcastelo@gmail.com

União de Freguesias de Torre e Vila Mou

258 733 378

geral@torrevilamou.pt

União de Freguesias de Viana do Castelo – Santa Maria Maior, Monserrate e Meadela

Meadela

258 841 284

meadela@ufvc.pt

Monserrate

258 826 534

monserrate@ufvc.pt

Santa Maria Maior

258 824 185

santamariamaior@ufvc.pt

Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida – Viana do Castelo

258 806 888

usf.tiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt

NOTA CONCLUSIVA



Ser família é cada vez mais um desafio!

Ser pessoa idosa um desafio ainda maior! Saber ter qualidade de vida e optar por um envelhecimento saudável pode tornar-se um propósito de vida...

Ser família cuidadora, para além do desafio confronta-se com todas as exigências inerentes ao cuidar e ao cuidado!

A elaboração e a divulgação deste Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa pretende chegar a todas as famílias, a todas as pessoas idosas dessas famílias e a todas as famílias que cuidam... pretende tornar-se um contributo para a formação, informação e capacitação de cada um, com a finalidade de contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar de todos os intervenientes. Este Manual tem como propósito ser um recurso válido para o leitor, não querendo substituir as informações e orientações dos profissionais de saúde, mas consolidar e sustentar essas mesmas orientações, com uma leitura calma e atenta.

O Enfermeiro de Família é um dos elos de ligação com a restante equipa de saúde. Recorra no caso de alguma dúvida e quando necessário!

BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2014). *Direitos da Pessoa Idosa*. <https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/direitos-da-pessoa-idosa>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2020). *Portugal Mais Velho: Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos De Saúde Pública*, 19(3), 733–781. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19n3/733-781/pt>
- Câmara Municipal de Viana do Castelo. (2023). *Atendimento Social*. <https://www.cm-viana-castelo.pt/viver/coesao-social/atendimento-social/>
- Carvalho, M. S., Duarte, A., Fonseca, M., Gomes, F. & Prata, M. (2014). *Manual do Cuidador*. Unidade de Saúde Familiar Anta.
- Circular Normativa Conjunta n.º 28/2017 - Regras de reembolso de produtos de apoio usados no corpo para absorção de urina e fezes no SNS – Esclarecimento. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Circular-Normativa-Conjunta_28_ACSS_DGS_INFARMED_SPMS.pdf
- Cruz, F. (2019). *Manual do Cuidador da USF ALPHA*. USF ALPHA.
- DECOPROTeste. (2024). *Cuidadores Informais: Regras e condições para pedir o estatuto*. <https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/cuidadores-informais-regras-condicoes-pedir-estatuto>
- Dias, M. & Viegas, A. (2023). *Avaliação do Idoso: Guia prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar*. GESI – Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direcção Geral da Saúde.
- Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.a). *Manual do Cuidador - cuidados à pessoa dependente: promoção do autocuidado e lazer*. Governo Regional dos Açores.
- Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.b). *Manual do Cuidador – prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Governo Regional dos Açores.
- Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.c). *Manual do Cuidador – prevenção de úlceras por pressão*. Governo Regional dos Açores.
- Ferreira, C. M.; Queluz, F. N.; Ximenes, V. S.; Isaac, L. & Barham, E. J. (2017). P3Es e a diminuição da sobrecarga em cuidadores: Confirmando efeitos em curto e longo prazo. *Revista Kairós Gerontologia*. 20(3), 131-150. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p131-150>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Guardiões de Vidas. (2018). *Guia completo de segurança para idosos*. <https://guardioesdevidas.com/03/09/2018/guia-completo-de-seguranca-para-idosos/>

- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. CID – Crianças, Idosos e Deficientes. (s.d.). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Henkes, R. & Areosa, S. V. C. (2019). Sentidos e Significados da Vida Institucionalizada na Visão de Idosos. *Revista Universo*, 1(1), 60-80.
- Hespanhol, A. P. & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 135-136. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515>
- KDCare. (2024). *Segurança do idoso: o que você precisa saber*. <https://www.kdcare.com.br/seguranca-do-idoso-o-que-voce-precisa-saber/>
- Kreuz, G. & Franco, M. H. P. (2017). Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas e cuidados com as pessoas. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 117-133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p117-133>
- Lei Constitucional n.º 86/1976 – Decreto de Aprovação da Constituição da República Portuguesa. Diário da República I Série, de 1976-04-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49472575>
- LifeStars Cuidadores. (2020). O processo de envelhecimento e as mudanças no corpo. <https://lifestars.com.br/blog/2020/09/09/o-processo-de-envelhecimento-e-as-mudancas-no-corpo/>
- Losada, A. (2017). Theories of stress and coping in caregivers. In *Encyclopedia of Geropsychology*. (pp. 2276-2285). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_121
- Maisquecuidar. (2020). *Saiba quais são os 11 direitos dos idosos em Portugal*. <https://www.maisquecuidar.com/direitos-dos-idosos-em-portugal>
- Malva, J., Pinto A. M. & Veríssimo, M. (2019). *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual de Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Mari, F. R.; Alves, G. G.; Aerts, D. R. & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Mendes, C. I. G. (2020). *Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33508>
- Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 12427/2016. *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Serviço Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral (2023). *Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa*. (1ª ed.). Ministério da Saúde.
- Morada do Sol. (2020). *A importância da família na Terceira Idade*. <https://casaderepousoemsaopaulo.com/blog/cuidado-com-idosos/familia/>

- Novo Cuidar. (2022). *Como ajudar a prevenir situações de violência contra os idosos?* <https://novocuidar.pt/como-prevenir-a-violencia-contra-os-idosos>
- Portal Idoso. (2024). *O envelhecimento: mudanças físicas e cognitivas*. <https://idoso.com.br/dicas/o-envelhecimento-mudancas-fisicas-e-cognitivas>
- Portugal. Ministério Público. (1991). *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosa*. Procuradoria-Geral da República.
- Queirós, A. (2017). *Manual do Cuidador: Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes Dependentes*. USF de Valongo.
- Vicente, R. S. & Rodrigues, D. (2021). *Manual do Cuidador Informal*. USF Villa Romana.
- Segurança Social. (2024). *Complemento por dependência*. <https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>
- Serviço Nacional de Saúde: SNS24 (2023). *Atestado Médico de Incapacidade Multiuso*. <https://www.sns24.gov.pt/servico/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/#o-que-e-o-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso>
- Silva, S. M. (2022). Causas Sociais: Idadismo, a discriminação invisível. *Gerador*. <https://gerador.eu/idadismo-a-discriminacao-invisivel/>
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2014). *A Cuidar Consigo*. Lindor Care Ausonia.
- Stannah. (2024). *Violência contra idosos: identifique os sinais e perceba como ajudar*. <https://blog.stannah.pt/cuidador/violencia-contra-idosos-identifique-os-sinais-e-perceba-como-ajudar/>
- Stefanacci, R. G. (2022). Considerações gerais sobre o envelhecimento. *Manual MSD, Versão Saúde para a Família*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal>
- World Health Organization. (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.

APÊNDICE VI

Matriz de Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Família

Matriz de Competências Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar			
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Domínios	Competências	Ações	Objetivos
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	C1 - 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.	Todas as ações	Garantir a tomada de decisão alicerçada na parceria com a pessoa e a família, nas suas necessidades e prioridades, na melhor evidência disponível, no conhecimento e experiência pessoal, assente nas normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da profissão. Refletir sobre o processo de tomada de decisão, os conhecimentos adquiridos e prática diária. Assegurar a consultadoria na área da especialidade.
	C2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Todas as ações	Demonstrar uma prática de cuidados especializada e garantir que as ações delineadas se pautem pela proteção e respeito dos direitos humanos (quanto ao acesso, confidencialidade e segurança de informação; à privacidade, escolha e autodeterminação; e aos valores, costumes e crenças) das pessoas e famílias.
Melhoria Contínua da Qualidade	C3 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Ação 2 e Ação 4	Participar e dinamizar a (co)construção de projetos institucionais, numa perspetiva de otimização de cuidados e de governação clínica.
	C4 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Ação 1 e Ação 3	Reconhecer a importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua. Gerir e colaborar em programas de melhoria contínua.
	C5 - Garante um ambiente terapêutico centrado na pessoa e na família e promove um ambiente seguro. Garante um ambiente terapêutico e seguro.	Todas as ações	Promover um ambiente terapêutico centrado nas singularidades culturais e espirituais. Participar na gestão de riscos ambientais.
Gestão dos cuidados	C6 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Todas as ações	Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da assessoria e articulação com outras equipas ou profissionais.
	C7 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	Todas as ações	Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática especializada. Usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	C8 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Todas as ações	Reconhecer a influência pessoal na relação profissional e interprofissional, os recursos e limites pessoais e profissionais.
	C9 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	Ação1; Ação 2 e Ação 3	Atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, incluindo a identificação de prioridades e a divulgação de resultados. Promover a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Assegurar o planeamento e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Competência: C10 - 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.			Considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação e centrar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.
Unidades de competência	Ações	Objetivos	
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	Ação 2 e Ação 3	Construir o processo de cuidados com as pessoas e as famílias numa abordagem colaborativa e dinâmica, baseado nas suas forças e na consecução de objetivos negociados, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde e bem-estar das mesmas.	
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	Ação 1	Identificar fatores ambientais que possam afetar o estado da saúde das pessoas e das famílias. Identificar crenças e cultura familiar que possam ter impacto na saúde. Identificar forças e vulnerabilidades na resposta familiar às transições de vida.	
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	Ação 1 e Ação 2	Reconhecer a influência das diferentes etapas do ciclo vital e desenvolvimento familiar e individual, e dos diversos fatores envolvidos na resposta a transições complexas.	
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	Ação 1; Ação 2 e Ação 3	Proporcionar um ambiente seguro à reflexão e discussão de temas complexos. Considerar a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais na influência aos cuidados à família.	
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	Todas as ações	Integrar e fomentar a investigação e evidências clínicas recentes nas intervenções de enfermagem familiar. Definir com a família estratégias que potenciem os processos adaptativos a situações complexas. Proporcionar ambientes seguros e saudáveis para as famílias.	
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	Ação 1; Ação 2 e Ação 3	Promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de mudança. Explorar e negociar estratégias que promovam a dinâmica familiar saudável facilitem o alcance dos objetivos. Analisar com a família os recursos necessários às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, ao longo do ciclo vital.	
Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	Todas as ações	Solicitar orientação que promova a melhoria contínua da prática em enfermagem de saúde familiar. Avaliar e refletir a prática especializada, enquanto enfermeiro de saúde familiar para o contributo de ganhos em saúde. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar especializada.	
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	Ação 1; Ação 2 e Ação 4	Avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. Integrar a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.	
Competência: C11 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar			Gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.
Unidades de competência	Ações	Objetivos	
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	Ação 1; Ação 2 e Ação 3	Promover a colaboração interdisciplinar, entre equipas, de saúde na prestação de cuidados de saúde à família. Referenciar a família em articulação com a equipa multiprofissional. Contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais.	
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	Todas as ações	Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. Participar ativa e intencionalmente no desenvolvimento de medidas, relacionadas com a saúde e direitos da família.	

APÊNDICE VII

Plano de Ações a desenvolver no Estágio de Natureza Profissional

Plano de Ações a desenvolver em Estágio de Natureza Profissional

Ação 1: Análise participada e colaborativa da situação

Objetivo: Caracterizar/Mapear o processo de cuidados tomando como ponto de partida a percepção das famílias acerca da intervenção do enfermeiro de saúde familiar na promoção da autogestão da doença crónica da pessoa idosa.

Estratégias:

Realização do estudo de investigação;

Partilha e reflexão crítica da evidência produzida aos participantes, incluindo a equipa multiprofissional da USFTA.

Ação 2: Co-construção do projeto de intervenção

Objetivo: Co-construir o projeto de intervenção especializada em enfermagem de saúde familiar assente na evidência produzida, nas necessidades e potencialidades identificadas em contexto.

Estratégias:

Sensibilização/capacitação da equipa multiprofissional;

Elaboração do Manual de Apoio à Pessoa Idosa e Família de apoio à consulta de Enfermagem e à prática de cuidados de enfermagem baseada na evidência;

Implementação de outras estratégias que decorram da evidência produzida.

Ação 3: Divulgação da Consulta de Planeamento Familiar

Objetivo: Capacitar as pessoas em idade fértil para a tomada de decisão em Planeamento Familiar; Divulgar a Consulta de Planeamento Familiar da USFTA e contribuir para o aumento efetivo da adesão à Consulta de Planeamento Familiar das pessoas em idade fértil.

Estratégias:

Elaboração do folheto e do vídeo informativo “Consulta de Planeamento Familiar”, para apoio à consulta de Enfermagem e com divulgação no ecrã da sala de espera da USFTA;

Elaboração do artigo informativo da Consulta de Planeamento Familiar da USFTA para divulgação no jornal local;

Incentivo / Promoção do envolvimento da equipa multiprofissional na divulgação da Consulta de Planeamento Familiar.

Ação 4: Participação na promoção da Prática Baseada na Evidência para a construção do processo de cuidados de enfermagem consensualizado

Objetivo: Participar no Projeto de Implementação “Capacitação para a autogestão das pessoas com diabetes tipo 2 no contexto de cuidados de saúde primários: um projeto de implementação da melhor evidência”, relacionado com a promoção da Prática Baseada na Evidência.

Estratégias:

Continuação da intervenção face a dar seguimento aos desenvolvimentos inerentes ao compromisso decorrente da participação no 3rd Curso da *Joanna Briggs Institute (JBI) - Evidence Implementation Training Program (EITP)*, nas Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Darque (USF e UCSP).

APÊNDICE VIII

Atividade de Planeamento Familiar

COM QUEM...

Agende a sua Consulta de Planeamento Familiar com a sua equipa de saúde familiar.

Preconiza-se a realização de **1 consulta programada** por ano, na sua Unidade de Saúde.

COMO AGENDAR...

O agendamento da consulta pode ser feito por e-mail, por telefone ou presencialmente.

Preferencialmente na Unidade de Saúde onde está inscrito!

<https://eportugal.gov.pt/servicos/marcar-uma-consulta-no-centro-de-saude>
<https://ipdi.gov.pt/consulta-de-planeamento-familiar>
https://usf-saudenofuturo.min-saude.pt/servicos/consultas_programadas/plan_familiar/Paginas/default.aspx
<https://blog.farmacianovadamaia.pt/saude-bem-estar/consulta-planeamento-familiar/>
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada.aspx>

A importância da realização da **Consulta de Planeamento Familiar** deve ser valorizada!

Aposte na prevenção e na promoção, opte por tomar decisões informadas e conscientes.



O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa, pela [Lei n.º 93/84](#) e reforçado pela [Lei n.º 120/99](#).

Elaborado a: novembro 2023
Revisão a:

CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

O que é?
Para quê?
Para quem?
Com quem?
Como agendar?



USF Tiago de Almeida
Rua Nova de Santana
Viana do Castelo
Tel: 258886888
usftiagodealmeida@csvgiana.min-saude.pt

PLANEAMENTO FAMILIAR

O QUE É...

... É um recurso disponível para assegurar o acesso a informação adequada e apropriada que permita às pessoas a vivência da sexualidade de forma segura e saudável e oriente homens e mulheres (família) para a tomada de decisões planeadas!

A **Consulta de Planeamento Familiar** visa várias áreas e momentos relacionados com a saúde das famílias.



PARA QUÊ...

- **Promover** comportamentos saudáveis e seguros para a vivência de uma sexualidade responsável (métodos contraceptivos gratuitos e adequados)
- **Regular** a fecundidade segundo o desejo do casal;
- **Preparar** para uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez;
- **Identificar, orientar e referenciar** problemas de fertilidade;
- **Prevenir e reduzir** a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa;
- **Sensibilizar e orientar** para diagnóstico precoce de doenças (rastreios do cancro do colo do útero e da mama);
- **Melhorar** a saúde e o bem-estar das pessoas e da família.

PARA QUEM...

A **Consulta de Planeamento Familiar** destina-se a todas as pessoas em idade fértil e podem ser solicitadas por:

- Mulheres até aos 54 anos
- Homens, sem limite de idade

São consultas totalmente gratuitas, disponibilizadas nos Centros de Saúde.

Prevalece o direito à informação e à privacidade.

MULHERES DOS 25 AOS 60 ANOS!

Rastreio do Cancro do Colo do Útero, um exame ginecológico de cariz preventivo de deteção precoce deste tipo de cancro.

Realiza-se de **5 em 5 anos**, a mulheres sexualmente ativas, com início aos 25 anos de idade...

A **Consulta de Planejamento Familiar** visa várias áreas e momentos relacionados com a saúde das famílias...

PLANEAMENTO FAMILIAR

PARA QUÊ...

Promover comportamentos saudáveis e seguros para a vivência de uma sexualidade responsável (métodos contraceptivos gratuitos e adequados)

Regular a fecundidade segundo o desejo do casal

PLANEAMENTO FAMILIAR

PARA QUÊ...

Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez

Identificar, orientar e referenciar problemas de fertilidade

PLANEAMENTO FAMILIAR

PARA QUÊ...

Prevenir e reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa

Sensibilizar e orientar para diagnóstico precoce de doenças (rastreiros do cancro do colo do útero e da mama)

Melhorar A Saúde E O Bem-estar Das Pessoas E Da Família!

PLANEAMENTO FAMILIAR

PARA QUEM...

A **Consulta de Planeamento Familiar** destina-se a todas as pessoas em idade fértil e podem ser solicitadas por:

- ✧ Mulheres até aos 54 anos
- ✧ Homens, sem limite de idade

PLANEAMENTO FAMILIAR

PARA QUEM...

São consultas totalmente **gratuitas**, disponibilizadas nos **Centros de Saúde**.

Prevalece o **direito à informação e à privacidade**.

PLANEAMENTO FAMILIAR

MULHERES DOS 25 AOS 60 ANOS!

Rastreio do cancro do Colo do Útero, um exame ginecológico de cariz preventivo de deteção precoce deste tipo de cancro.

Realiza-se de **5 em 5 anos**, a mulheres sexualmente ativas, com início aos 25 anos de idade...



PLANEAMENTO FAMILIAR

COM QUEM...

Agende a sua Consulta de Planeamento Familiar com a sua equipa de saúde familiar.

Preconiza-se a realização de **1 consulta programada** por ano, na sua Unidade de Saúde.



PLANEAMENTO FAMILIAR

COMO AGENDAR...

O agendamento da consulta pode ser feito por **e-mail**, por **telefone** ou **presencialmente**.

Preferencialmente na Unidade de Saúde onde está inscrito!

USF Tiago de Almeida
Rua Nova de Santana
Viana do Castelo
Tel: 258886888
usftiagoalmeida@coviana.min-saude.pt



A importância da realização da **Consulta de Planeamento Familiar** deve ser valorizada!

Aposte na **prevenção** e na **promoção**, opte por tomar decisões informadas e conscientes.

O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa, pela [Lei n.º 3/84](#) e reforçado pela [Lei n.º 120/99](#).



Planeamento Familiar...



...Pensar com e na Família!

Pensar com e na Família!



CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

CORPOS, SEXUALIDADES E AFETOS

O QUE É...

... É um recurso disponível para assegurar o acesso a informação adequada e apropriada que permita às pessoas a vivência de sexualidades de forma segura e saudável e oriente as mesmas (família) para a tomada de decisões planeadas!

PARA QUÊ...

Promover comportamentos saudáveis e seguros para a vivência de sexualidades responsável (métodos contraceptivos gratuitos e adequados);

Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;

Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez;

Identificar, orientar e referenciar problemas de fertilidade;

Prevenir e reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa;

Sensibilizar e orientar para diagnóstico precoce de doenças (rastreamento do cancro do colo do útero e da mama).

PARA QUEM...

A **Consulta de Planeamento Familiar** destina-se a todas as pessoas em idade fértil e pode ser solicitada por:

- ❖ Mulheres até aos 54 anos
- ❖ Homens, sem limite de idade

São consultas totalmente **gratuitas**, disponibilizadas nos **Centros de Saúde**, prevalecendo o **direito à informação e à privacidade!**

COMO AGENDAR...

O agendamento da consulta pode ser feito por **e-mail**, por **telefone** ou **presencialmente**, na unidade de saúde onde está inscrito.

Melhorar a Saúde e o Bem-estar das Pessoas e da Família!

Aposte na prevenção e na promoção, opte por tomar decisões informadas e conscientes.

