



**e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE FAMILIAR**

**Relatório final de estágio**

**Necessidades sentidas pela família,  
constituída por idosos**

**Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro**

Coimbra, setembro de 2023





e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE FAMILIAR**

**Relatório final de estágio**

**Necessidades sentidas pela família,  
constituída por idosos**

Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

Orientadora: Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira,  
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves,  
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Coimbra, setembro de 2023



“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres.”(Sêneca, citado em Oleide Prethi, 2014, p. 174)



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira e à Professora Doutora Marília Neves, agradeço a disponibilidade, compreensão, incentivo, orientações e confiança demonstrados ao longo deste meu percurso.

Ao Professor Doutor Rogério Rodrigues, que orientou o estágio do 2º semestre, agradeço a orientação, incentivo e dedicação demonstrada.

À Enfermeira cooperante, Especialista Maria José Martins, pela sua dedicação, orientação, amizade e disponibilidade incondicional, de participar neste meu percurso académico, pelo entusiasmo e força que sempre transmitiu.

Às famílias, que participaram no estudo, pela sua amabilidade e disponibilidade, sem os quais este trabalho não seria realizável.

Aos meus colegas de serviço, pelo apoio fornecido nesta “caminhada”.

Ao meu marido Francisco Ribeiro pelo amor incondicional, compreensão, disponibilidade, incentivo, companheirismo, paciência, sem o qual não seria possível esta caminhada.





## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES PIN – Agrupamento dos Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte

APGAR – *Adaptation* (Adaptação), *Participation* (Participação), *Growth* (Crescimento), *Affection* (Afecto) e *Resolution* (Resolução)

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CIPE 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2

CPH – Consulta de Prolongamento de Horário

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF – Ciclo de vida da família

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – página

RCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar



## **RESUMO**

Este relatório reporta-se à prática clínica, desenvolvida numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do ACES PIN.

Numa abordagem inicial caracterizam-se as famílias do ficheiro da Enfermeira Especialista cooperante, tendo como referências teóricas os Modelos de Intervenção Familiar. Constatou-se que 23% dos utentes têm idade igual ou superior a 65 anos. Muitos idosos, vivem sozinhos ou com o seu cônjuge/companheiro e alguns em casa de seus familiares, dependentes de cuidados. Para que o Enfermeiro de Família possa intervir de forma mais eficaz, junto das famílias constituídas por idosos, será necessário identificar as suas necessidades. Assim sendo, estudámos as necessidades sentidas por uma amostra de 27 famílias, constituída por idosos.

Realizámos um estudo exploratório e descritivo, tendo como objetivos identificar necessidades em relação às atividades de vida familiar, os tipos de apoio mobilizados pela família, as dificuldades sentidas no dia a dia familiar, e avaliar a funcionalidade da família.

Das necessidades sentidas sobressairam a ajuda das necessidades instrumentais, ajuda nas AVD's, total ou parcial.

Relativamente aos apoios mobilizados identificou-se como o mais significativo o da rede familiar.

Quanto às dificuldades sentidas no quotidiano identificaram-se a falta de tempo pessoal e cansaço como papel de cuidador e os condicionantes da idade.

O desenvolvimento da aplicação na prática de uma consulta de enfermagem à família surge como um desafio deste trabalho de investigação na área da intervenção familiar em contexto dos CSP. Desenvolver conhecimentos sobre os contextos familiares, ao nível do ambiente, do rendimento familiar, da habitação, da classe social e da capacidade nesta etapa do ciclo de vida onde se encontram. As intervenções de enfermagem foram sugeridas de acordo com as necessidades específicas de cada família. Foram atingidos os objetivos propostos no início do estágio.

**Palavras-chave:** Família; Idosos; Necessidades; Enfermagem familiar;



## **SUMMARY**

This report refers to clinical practice, developed in a Family Health Unit (USF) at ACES PIN.

In an initial approach, the families in the file of the cooperating Specialist Nurse are characterized, using Family Intervention Models as theoretical references. It was found that 23% of users are aged 65 or over. Many elderly people live alone or with their spouse/partner and some in their family's home, dependent on care. In order for the Family Nurse to intervene more effectively with families made up of elderly people, it will be necessary to identify their needs. Therefore, we studied the needs felt by a sample of 27 families, made up of elderly people.

We carried out an exploratory and descriptive study, with the objectives of identifying needs in relation to family life activities, the types of support mobilized by the family, the difficulties experienced in the family's daily life, and evaluating the family's functionality.

Of the needs felt, help with instrumental needs, help with ADLs, total or partial, stood out.

Regarding mobilized support, the family network was identified as the most significant.

As for the difficulties experienced in daily life, the lack of personal time and tiredness as a caregiver and the constraints of age were identified.

The development of the practical application of a family nursing consultation appears as a challenge of this research work in the area of family intervention in the context of PHC. Develop knowledge about family contexts, in terms of the environment, family income, housing, social class and capacity at this stage of the life cycle in which they find themselves. Nursing interventions were suggested according to the specific needs of each family. The objectives proposed at the beginning of the internship were achieved.

**Keywords:** Family; Elderly; Needs; Family nursing;



## **LISTA DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> – Pirâmide Etária dos utentes Inscritos na USF | 24 |
| <b>Figura 2</b> – Diagrama da síntese dos resultados do estudo | 77 |

## **LISTA DE GRÁFICOS**

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Distribuição dos elementos das famílias em estudo por grupo etário                              | 66 |
| <b>Gráfico 2</b> – Distribuição da classificação da funcionalidade familiar pelos elementos das famílias em estudo | 69 |





## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Elementos que constituem a USF   | 23 |
| <b>Tabela 2</b> – <i>Áreas de atenção da Avaliação Familiar por dimensões de avaliação no MDAIF; Fonte: (Figueiredo, 2012)</i> | 53 |
| <b>Tabela 3</b> – Pontuação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein  | 54 |
| <b>Tabela 4</b> – Características sociodemográficas dos elementos das famílias em estudo: sexo, estado civil e grupo etário    | 65 |
| <b>Tabela 5</b> – Características sociodemográficas dos elementos das famílias em estudo: profissão/ocupação                   | 66 |
| <b>Tabela 6</b> – Características dos agregados familiares em estudo   | 67 |
| <b>Tabela 7</b> – Resultados da aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein, pelos elementos das famílias em estudo    | 68 |
| <b>Tabela 8</b> – Matriz de redução de dados da categoria “Necessidades sentidas nas AVD’s                                     | 70 |
| <b>Tabela 9</b> – Matriz de redução de dados da rede de apoio em uso pelas famílias  | 71 |
| <b>Tabela 10</b> - Matriz de redução de dados da categoria “Dificuldades sentidas” no dia a dia familiar                       | 72 |
| <b>Tabela 11</b> – Resultados da matriz de redução das Emoções vivenciadas pelos elementos da amostra em estudo                | 73 |



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 19 |
| <b>CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA</b> .....                                   | 21 |
| <b>1 – CONTEXTO(S) CLÍNICOS</b> .....   | 21 |
| 1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....  | 21 |
| 1.2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO .....                            | 23 |
| 1.3 – ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA USF.....                               | 23 |
| 1.4 – CORMOBILIDADES NOS UTENTES INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ..... | 24 |
| <b>2 – ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....             | 25 |
| 2.1 – OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM/COMPETÊNCIAS .....                            | 25 |
| 2.2 – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS.....      | 27 |
| <b>CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO</b> .....                          | 39 |
| <b>1 – AS FAMÍLIAS CONSTITUÍDAS POR IDOSOS</b> .....                          | 39 |
| 1.1 – FAMÍLIA.....  | 40 |
| 1.2 – ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....   | 45 |
| 1.3 – IDOSO .....   | 46 |
| 1.4 – SAÚDE FAMILIAR .....  | 48 |
| <b>2 – MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR</b> .....                  | 51 |
| 2.1 – ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN .....                            | 53 |
| <b>3 – MÉTODO</b> .....   | 55 |
| 3.1 - OBJETIVOS DO ESTUDO: QUESTÕES ORIENTADORAS .....                        | 55 |
| 3.2 – METODOLOGIA QUALITATIVA .....   | 57 |
| 3.3 –ANÁLISE QUALITATIVA.....   | 61 |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....  | 62        |
| <b>4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADO.....</b>                                   | <b>65</b> |
| 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS FAMILIARES E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR .....     | 65        |
| 4.2 – NECESSIDADES APOIOS E DIFICULDADES SENTIDAS PELAS FAMÍLIAS CONSTITUÍDAS POR IDOSOS ..... | 69        |
| 4.3 – SINTESE DOS RESULTADOS.....  | 76        |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>79</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>   | <b>82</b> |

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA USF**

### **ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA: E**

### **ANEXO IV- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSC**

### **ANEXO V - APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978)**

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA**

### **APÊNDICE II – MATRIZ DAS ENTREVISTAS**

### **APÊNDICE III - PROJETO DE ESTÁGIO**

## **INTRODUÇÃO**

A Prática Clínica é fundamental no processo de aprendizagem do aluno, dado que permite, em conjunto com os outros profissionais de saúde, desenvolver conhecimentos e capacidades nas várias vertentes do saber.

As competências que se pretendem desenvolver no 3º semestre do 2º ano, do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, enquadram-se no âmbito do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da Qualidade”; da “Gestão dos Cuidados”; do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, designadamente “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 nº 428/2018 de 16 de julho).

No período de 27 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, a prática clínica decorreu numa USF da ARSC, ACES PIN, sob a orientação da Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira, da coorientadora: Professora Doutora Marília Neves. professoras da Escola Superior de Enfermagem Coimbra.

No 2º semestre, no período de 24 de abril a 7 de julho de 2022, a Prática Clínica decorreu na mesma Unidade de Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Rogério Rodrigues, professor da Escola Superior de Enfermagem Coimbra.

A Enfermeira Especialista Maria José Martins, foi orientadora cooperante em ambos os momentos da Prática Clínica.

A elaboração deste relatório permitirá uma reflexão cuidada sobre o período da Prática Clínica, e o trabalho desenvolvido, assim como competências adquiridas e objetivos cumpridos, conforme Projeto apresentado anteriormente (ApêndiceIII). Assim sendo, é pertinente salientar que o objetivo primordial deste documento será o de refletir e espelhar, da forma mais real e aproximada, o percurso e trabalho

desenvolvido ao longo da Prática Clínica, tendo presentes os objetivos desta Unidade Curricular (UC):

- Desenvolver processos de prestação de cuidados especializados à família;
- Avaliar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem familiar;
- Enquadrar na Prática Clínica a evidência disponível;
- Desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares;
- Identificar questão/problema clínico, passível de formulação de questão de investigação como fundamento para a realização de investigação.

Todo o percurso clínico foi orientado e norteado pelos Objetivos Gerais que tinham sido traçados para a UC.

Como metodologia, apresenta o método descritivo e reflexivo. Estruturalmente, é constituído por duas partes. O primeiro capítulo consiste na caracterização dos contextos da Prática Clínica e por fim, face aos vários domínios de competências a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências e descritas as atividades realizadas, através da reflexão das situações vivenciadas, fundamentada em referência bibliográfica.

O segundo capítulo, descreve a atividade de investigação, sob a temática: Necessidades sentidas pela família, constituída por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, com o objetivo geral de identificar as necessidades sentidas pelas famílias, constituídas por idosos, inscritos no ficheiro da orientadora cooperante, justificação e enquadramento do problema, modelos de avaliação, intervenção familiar, procedimentos metodológicos e principais conclusões.

Após esta introdução à temática em estudo, procederemos à explicitação do enquadramento teórico que nos norteou no decorrer da investigação. No enquadramento metodológico explicamos as etapas utilizadas para a realização da investigação. Em seguida procedemos à apresentação e análise e, posteriormente à discussão dos resultados obtidos. Concluímos efectuando uma síntese dos resultados obtidos com mais relevância, afigurando-se a partir destes, produção de conhecimento, visando como beneficiários, em primeiro lugar, as famílias constituídas por idosos e o enfermeiro de família.

## **CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA**

### **1 – CONTEXTO(S) CLÍNICOS**

Pretende-se, neste capítulo, descrever e analisar o percurso de aprendizagem efetuado ao longo da Unidade Curricular, caracterizando os contextos da prática clínica especializada e refletir criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Competência, é entendida por Leonello, Vieira & Duarte (2018), como o conjunto articulado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver e saber ser), para enfrentar uma situação difícil. Segundo os mesmos autores, para a aquisição de competências, é necessário identificar tais saberes a partir das ações da prática profissional. A realização do Estágio, inserido num processo amplo de socialização profissional, apresenta-se como uma oportunidade de escuta, diálogo e partilha de diferentes saberes. Pretende-se, neste processo, 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).

#### **1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

A unidade curricular de Estágio, de Ensino Clínico, foi desenvolvida em dois momentos diferentes, mas na mesma USF, do ACES PIN. Primeiro momento de 24 de Abril a 7 de Julho de 2022, sob orientação do Professor Rogério Rodrigues, e da Enfermeira Maria José Martins, tendo como temática a Família, tipos de famílias e sua avaliação, nas diversas dimensões: dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcionamento. O segundo momento decorreu de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, sob a orientação da Professora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira e Coordenadora Professora Marília Neves e a supervisão da orientadora cooperante, Enfermeira Maria José Martins.

No período temporal de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023. Com um total de oitocentas e dez horas (810 horas), distribuídas por quinhentas e cinquenta

e duas (552 horas), de contacto e duzentos e cinquenta e oito horas (258 horas), de trabalho autónomo do estudante. As horas de contacto são repartidas da seguinte forma: na componente estágio 336 horas, na Componente Trabalho de Campo 200 horas e Seminário 16 horas. Foi tido em consideração para a sua realização, a disponibilidade da USF e da enfermeira orientadora cooperante.

A USF tem como lema: “Juntos para vencer, porque o sucesso é uma viagem ..... não um destino”; como missão a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população inscrita na Unidade Funcional (UF), assegurando cuidados de saúde de forma a garantir a acessibilidade, proximidade, continuidade e a globalidade dos serviços prestados; fomentar a participação, autonomia e responsabilização dos utentes, promovendo o *empowerment* pessoal e social, assim como a satisfação pessoal e profissional da equipa; e como visão ser uma USF de referência a nível dos Cuidados de Saúde Primários, promovendo uma humanização de cuidados e um atendimento de qualidade e eficiência. Potenciar a equidade, responsabilidade, satisfação, qualidade e assertividade segundo a nossa ética profissional, com respeito pelas aptidões e competências de cada grupo técnico, de forma a poder contribuir para uma relação interpessoal e profissional estável.

A USF orienta a sua atividade pelos seguintes valores: Qualidade, Competência e Rigor técnico-científico; acolhimento empático e adequação na resposta às necessidades de saúde dos utentes; Respeito entre profissionais e utentes; Cooperação, compromisso e promoção da coesão da equipa multidisciplinar; Transparência e divulgação do conhecimento da informação que diga respeito à UF, fazendo-a por circuitos que garantam a confidencialidade da informação; Solidariedade entre todos os elementos.

Os diferentes grupos profissionais da USF, atuam num modelo de cooperação e complementaridade de funções, procurando satisfazer as necessidades reais dos utentes. A prestação de cuidados de saúde é baseada em equipas nucleares (Assistente Técnico, Enfermeiro e Médico), e equipa alargada trabalhando de forma integrada e articulada. Cada profissional tem o seu papel claramente definido, cooperando no atingimento dos objetivos definidos pela equipa. A metodologia de trabalho por Enfermeiro de Família é a utilizada pela equipa de Enfermagem da USF. A constituição da equipa pode observar-se na tabela 1:



**Tabela 1** - Elementos que constituem a USF

|                      |   |
|----------------------|---|
| Enfermeiros          | 5 |
| Médicos              | 4 |
| Secretários clínicos | 3 |
| Médicos internos     | 2 |

## 1.2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO

O horário de funcionamento da USF, estende-se das 8:00h às 20:00h, de segunda a sexta-feira, sendo o horário de atendimento das 8h05 às 19h45. A USF encontra-se encerrada aos Sábados, Domingos e Feriados. Fora do período de funcionamento da USF, em caso de doença aguda, os utentes têm à sua disposição alternativas assistenciais devidamente publicitadas nas entradas da USF e no Guia de Acolhimento.

O Centro de Saúde (CS) dispõe, também, de um serviço de Consulta de Prolongamento de Horário (CPH), destinado ao atendimento de situações de carácter agudo não urgente. Este funciona aos Sábados, Domingos e Feriados, das 10:05 às 17:45 horas, em sistema de escala rotativa, integrando profissionais das 3 UF do CS: duas USF, uma que funciona no 1º andar e a outra no rés do chão (onde desenvolve a prática clínica), e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

## 1.3 – ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA USF

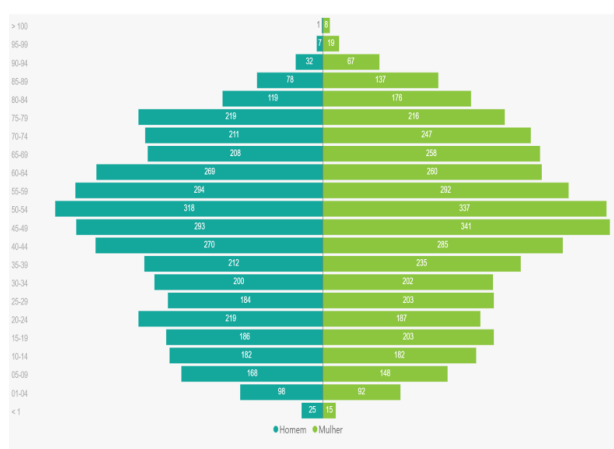
O município onde se encontra situado o CS, está localizado no sector central de Portugal, sendo um dos Municípios do Distrito de Coimbra que integra a sub-região do Pinhal Interior Norte. Este está delimitado a Norte pelo Município de Vila Nova de Poiares, a Este pelo Município de Góis, a Oeste pelo Município de Miranda do Corvo e a Sul pelos Municípios de Castanheira de Pêra e de Figueiró dos Vinhos, integrados no Distrito de Leiria.

Relativamente ao Censos de 2021, verificou-se um decréscimo de 598 habitantes, correspondendo a uma diminuição populacional de 3,4%. O Concelho onde desenvolve a prática clínica, tinha tido um aumento gradual da população residente, desde a década de 70, particularmente na década de 1991-2001, até aos Censos de 2011, cuja população atingiu um total de 17604 habitantes, tendo diminuído, em 2021, para 17006 habitantes. Este decréscimo populacional verifica-se em quase toda a região centro. Destes, 3888 indivíduos tinham 65 ou mais anos em 2021, contra 3157 em 2011, o que representa um aumento de 23,15%.

(<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-lousa-494>). Apresenta uma área de 138,40 km<sup>2</sup> (florestal - 58,6%; Agrícola - 17,2%; Incultos - 22,1%; Social - 2%; Águas Interiores - 0,1%).

A USF tem como área de atuação quatro freguesias, sem prejuízo daqueles que, mesmo não sendo residentes, demonstrem vontade de se inscreverem na unidade de saúde, por preferência de médico, ou por outras razões devidamente justificadas. Estes últimos estão sujeitos às limitações previstas na legislação em vigor sobre os cuidados domiciliários.

**Figura 1** - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF



**Fonte:** (Censos, 2021)

#### 1.4 – COMORBILIDADES NOS UTENTES INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Segundo o site BI UCSP, as comorbilidades da USF que predominam, nos utentes inscritos e com médico de família, uma maior percentagem são:

Excesso de Peso com cerca de 2169, utentes o que corresponde a proporção de 27,73% de todos os utentes inscritos. Ainda relativo ao **Índice de Massa Corporal** o diagnóstico Obesidade também é uma das comorbilidades com maior percentagem correspondendo a cerca de 19,47% (1523 utentes);

A Hipertensão Arterial sem complicações também uma comorbilidade com bastante peso na USF a representar cerca de 17,09% de todos os utentes o que corresponde, mais ou menos, a 1337 pessoas

## **2 – ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Durante o estágio de ensino clínico, foram desenvolvidas atividades que visaram a aquisição de competências inerentes a: Cuidar da família como unidade de cuidados; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). As atividades realizadas atenderam aos seguintes objetivos definidos para o estágio (Despacho nº 8135/2021 de 17 de agosto):

- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da qualidade”; da “Gestão dos cuidados” e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, designadamente “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” e “Lidera e colabora em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho).
- Constituem ainda orientações o Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de saúde familiar) e o Regulamento nº42/2020 de 16 de janeiro (Regulamento Geral de funcionamento dos Ciclos de Estudo conducentes ao grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura e especialização em Enfermagem), visando o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências especializadas/diferenciadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, a demonstração de aplicação crítica desses conhecimentos com reflexão sobre implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das apreciações dos conhecimentos e raciocínios subjacentes e o recurso à investigação baseada na prática (Decreto-lei nº74/2006 de 24 de março).

### **2.1 – OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM/COMPETÊNCIAS**

As atividades realizadas atenderam aos seguintes objetivos/competências definidos para o estágio (Despacho nº 8135/2021 de 17 de agosto):

- Desenvolver processos de prestação de cuidados especializados à família;

- Avaliar os processos de saúde/doença no contexto de enfermagem familiar;
- Enquadrar na prática clínica a evidência disponível;
- Desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares;
- Identificar questão/problema clínico, passível de formulação de questão de investigação como fundamento para a realização de investigação;
- Analisar criticamente o processo de ensino – aprendizagem;
- Comunicar o desenvolvimento das competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Familiar;
- Desenvolver competências comuns para o ciclo de estudos especializados para a Enfermagem e específicas para a Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar;
- Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como da melhoria contínua da qualidade, no âmbito da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Prestar cuidados à família enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Desenvolver o julgamento clínico em Enfermagem de Saúde Familiar, contemplando a metodologia do processo de enfermagem (recolha de dados; identificação dos diagnósticos; intervenções e atividades que a concretizam; resultados obtidos face aos objetivos e critérios de resultado definidos);
- Liderar e colaborar em processos de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar;
- Integrar resultados de estudos e os referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Desenvolver competências para o desenvolvimento e comunicação de conclusões de investigação;
- Descrever o(s) contexto (s) clínicos onde o estágio foi desenvolvido;
- Apresentar uma descrição crítica das atividades desenvolvidas e do contributo da clínica para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional de enfermeiro especialista (competências comuns e específicas), utilizando linguagem disciplinar baseada no pensamento teórico de enfermagem recorrendo a evidências científicas no domínio de Enfermagem e no domínio da Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar;

- Identificar um problema de investigação relacionado com a prática clínica do contexto clínico, e a respetiva contextualização;
- Apresentar planeamento metodológico para a resolução do problema identificado e a sua fundamentação;
- Descrever o trabalho de campo, adequado ao horizonte temporal e às possibilidades dos contextos, com recolha de informação/dados primários ou secundários;
- Analisar e discutir os resultados encontrados;
- Apresentar as conclusões do estudo, com reflexão final demonstrando as competências adquiridas e a interligação de conhecimentos;
- Elaborar um relatório de estágio.

## 2.2 – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

O percurso realizado durante o período de estágio para o alcance dos objetivos propostos compreendeu: análise e reflexão sobre o contexto organizacional e funcional da USF, reflexão crítica das competências desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos.

No contacto inicial com a USF, existiu uma observação da estrutura física e organizacional da unidade. Desta forma foram percebidas as condições de trabalho, disponibilidade de recursos humanos e físicos (gabinetes de consulta, material usado em consulta, viaturas de serviço, equipamento informático e programas informáticos de registo de dados de saúde). Foram identificados os serviços de apoio administrativo e serviços de apoio clínico que atuam em rede no ACES PIN. Este período possibilitou também a recolha de informação diversa como: (1) características dos utentes que a USF atende; (2) atendimentos mais recorrentes; (3) procedimentos e técnicas utilizadas pelos enfermeiros; (4) fluxogramas existentes; (5) dificuldades que os enfermeiros encontram nos processos organizacionais. Também observei a integração da USF, no contexto comunitário e registei a missão e os valores da Unidade que orientam toda a sua atuação. De referir que a situação pandémica vivida desde 2020, além do conjunto de medidas adotadas de modo a prevenir a exposição e a transmissão de SARS-CoV-2 em todo o ciclo de cuidados (DGS, 2020), trouxe para o campo de atividade dos serviços de saúde, processos de comunicação e de relação novos (Ministério da Saúde, 2020). Este período implicou o reforço de aprendizagens através de vários momentos: ensino formal, relações interpessoais e a experiência profissional. O trabalho desenvolvido durante o período de estágio foi fundamentado

na assistência que o EEESF promove na capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital, identificando necessidades, planejando intervenções direcionadas, promovendo respostas organizativas inovadoras e exercendo cuidados diferenciados (Regulamento n.º 428/2018, 2018). O apoio da equipa multidisciplinar da USF e o espaço de “relação social” em que foram realizadas as atividades, possibilitou uma interação profissionalizante. Como estudante do curso de mestrado, no desenvolvimento de uma prática especializada, as relações estabelecidas assentaram na mobilização de competências de formação acrescida enquanto instrumento, interagindo com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar de acordo com o regulamento n.º 428/2018, 2018. As atividades realizadas requereram competências pessoais e clínicas, centrando a prática de enfermagem na dinamização de relações interpessoais tendo presente o pensamento de Hildegard Peplau (1996), que considera que *“na medida em que cada enfermeiro compreenda a sua própria função, tanto mais compreenderá a situação do paciente e a forma como ele a concebe”* (citado em Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005, p. 206). Além disso, num momento de pandemia, em que o contexto de exercício de atividades assistenciais apresentou situações de mudança para todos os intervenientes, foram mobilizados e aplicados conhecimentos de comunicação como o uso de escuta ativa e autoconsciência, facilitadores de uma presença autêntica e congruente, em que a verdade do que somos proporciona confiança aos outros (Duarte & Duarte, 1999). Com recurso a introspeção psicológica e autoconhecimento, foi possível gerir momentos com intenção consciente (Branco, 2004), promovendo insights e mudanças comportamentais na ajuda prestada às pessoas e famílias, favorecendo-as no alcance de melhores níveis de saúde e serem elas próprias capazes de usufruir das suas vidas de forma positiva.

Dentro do âmbito dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família é o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de cuidados (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Apesar dos objetivos estabelecidos serem direcionados ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde familiar, no contexto de prática clínica foram também mobilizadas competências do enfermeiro de cuidados gerais, evidenciado na responsabilidade profissional, ética e legal, na prestação e gestão dos cuidados e no desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 190/2015, 2015). De forma geral, na realização de atos e consultas de enfermagem, numa prática que pretendeu alcançar todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, foi avaliada a necessidade de saúde de grupos-alvo e

realizadas consultas interdisciplinares nas seguintes áreas de saúde: infantojuvenil, saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do adulto, consultas a utentes em situação de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular (diabetes e hipertensão), de saúde do idoso, tratamento de feridas/úlceras e visitas domiciliárias. Foi operacionalizado o processo de enfermagem, dirigido tanto ao indivíduo como à família enquanto alvo da atenção de enfermagem, compilando dados sobre cada família que permitem a identificação de problemas; a formulação de diagnósticos de enfermagem, de prognósticos, de objetivos e o planeamento da intervenção (OE, 2015).

No âmbito dos cuidados de enfermagem gerais, com foco de atenção no indivíduo, realizaram-se procedimentos como administração de vacinas e fármacos, pesquisa de glicemia capilar, avaliação de dados antropométricos e registo adequado no processo clínico em uso na USF. Houve participação em consultas de visita domiciliar de enfermagem, colaborando com médico assistente, fazendo assessoria a utentes e famílias. Nestes contactos interdisciplinares, de acordo com as situações foi possível dinamizar “*múltiplas habilidades com múltiplos papéis: educador em saúde, prestador de cuidados, defensor da família, conselheiro, consultor, modificador do ambiente, administrador e descobridor de casos e pesquisador*” (Wright & Leahey, 2018, p. 184).

As atividades e estratégias que permitiram o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, desenvolveram-se de modo muito concreto, no acompanhamento e interação com famílias com necessidades de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde familiar. Numa prática direcionada à família como unidade de cuidados de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015) e segundo o Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem Comunitária, na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A abordagem das competências, apesar de se encontrarem interligadas, são enunciadas individualmente.

- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio, o uso de máscaras de forma quotidiana, levou à perda do contacto físico e afetivo informal, complementos de uma dinâmica de transmissão de informação importantes. Estar consciente destes aspetos e da competência

comunicativa, foi essencial em todas as ações de enfermagem realizadas, uma vez que esta competência influencia diretamente a interação com a pessoa (Negreiros, Fernandes, Macedo Costa, & Silva, 2010) e como salienta Phaneuf (2005), a comunicação é condição *sine qua non* da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe. No sentido de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, foram utilizadas estratégias de resolução de problemas em parceria com os indivíduos e famílias e a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência da equipa de enfermagem da USF, resultado da relação de proximidade que desenvolveram com utentes e famílias. Em todos os momentos foi assegurada transmissão de informação e a realização de intervenções adequadas, no sentido de serem relevantes, corretas, compreensíveis, apropriadas e esclarecedoras, observando-se a deontologia profissional. “Cuidar” e “comunicar” apresentaram-se desta forma como processos inevitavelmente ligados. Comunicar terapêuticamente integra o papel autónomo do enfermeiro e requer um pensar específico como indica Gefaell (2007). Como um instrumento vital que objetiva o cuidado, favorece o respeito, a individualidade, a compreensão e empatia pela pessoa, auxilia na tomada de decisões que conduzem a um agir ético e contribuem para cuidados de enfermagem de qualidade (Coelho & Sequeira, 2014).

No contexto da prática de enfermagem familiar, recorreu-se a um sistema terapêutico colaborativo, o MDAIF que interliga as etapas do processo de enfermagem, orientando e sistematizando as práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012). Foi possível desta forma desempenhar uma prática diferenciada num nível de competência correspondente à área de especialidade, reunindo informações relacionadas com domínios avaliativos e de intervenção na família (dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional), numa abordagem verbal e não-verbal, que facilita a identificação e o atendimento das necessidades da família. A recolha destes contributos possibilita a análise dos fundamentos e suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão como referido no Regulamento n.º 140/2019. De forma sistematizada colocou-se em prática um raciocínio clínico a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos, formulação de objetivos e planeamento das intervenções de enfermagem, a sua implementação e respetiva avaliação (executando as várias partes do processo de enfermagem). A apreciação sobre os dados relevantes para conceber cuidados de enfermagem, foi feita em colaboração com os indivíduos e/ou cuidadores, e, sempre que necessário, consultando membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais de forma a desenvolver planos de cuidados. De referir que o processo de enfermagem é um



conceito central no domínio da enfermagem, construído por ferramentas e processos de comunicação e interação, e estabelece uma estrutura para a prática e a educação de enfermagem (Meleis A. I., 2012). Como referido anteriormente, foram estabelecidas condições para garantir o sucesso da comunicação. Este propósito foi aplicado e verificado em todas as pessoas e situações, independentemente do contexto em que as mesmas se encontravam ou da fase do ciclo de vida que vivenciavam. Momentos em que famílias vivenciaram o início da parentalidade e que tiveram vários adiamentos de primeiras consultas de saúde infantil e o adiamento dos momentos de vacinação dos filhos, até à reorganização de famílias com idosos em situação de fragilidade e isolamento e com necessidade de intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, representam situações de vulnerabilidade, com níveis de ansiedade e preocupação aumentados. Estes sentimentos revelados por crenças, desejos e necessidades individuais, exigiram o respeito pela liberdade e dignidade humanas e tomadas de decisão assentes na individualidade das pessoas, nas suas capacidades e no estabelecimento de parcerias facilitadoras de intervenções que minimizassem riscos, que detetasse problemas potenciais e parcerias tendentes à resolução dos problemas reais identificados (Regulamento n.º 190/2015, 2015). Contribuindo para uma prática de enfermagem diferenciada, que analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, sempre que possível, foi assegurado o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação, identificadas práticas de risco, implementadas medidas de prevenção e adotadas condutas antecipatórias, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida com recurso a práticas conscientes de interdependência com a pessoa/família/ambiente e no respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais, promovendo-se a perceção de segurança individual ou dos grupos. Foi sempre promovido um ambiente para a prática de cuidados e administração de substâncias terapêuticas de forma segura, procedendo-se de acordo com normas de controlo de infeção. Foi promovida, sempre que possível, a cooperação e colaboração na organização do trabalho, na implementação do sistema informático *Sclínico*. Pelo estabelecimento de relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa de profissionais na USF foi vivenciado um ambiente multidisciplinar que possibilitou: continuidade de cuidados; partilha de casos clínicos; colaboração nas decisões da equipa de saúde; melhoria da informação para a tomada de decisão nos processos de cuidar e delegação de tarefas relativas ao cuidar (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O limite do papel e das competências profissionais foi reconhecido, sempre que os cuidados ou as necessidades dos indivíduos e das famílias requereram outro nível de perícia, sendo

referenciados ou consultados colegas com níveis de perícia diferenciados e outros profissionais da USF, mobilizando conhecimento e recursos disponíveis na unidade de saúde para a promoção e educação para a saúde dos cidadãos.

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados.

Aos enfermeiros apresenta-se um novo paradigma do cuidar - do indivíduo para a família; família como unidade de cuidados e família como contexto de cuidados (Santos M. L., 2012). Para a consecução desta competência, foi requerida a familiaridade com um extenso conhecimento que inclui teoria sistêmica, teoria dos sistemas familiares, terapias familiares, compreendendo as dinâmicas do grupo familiar (Wright & Leahey, 2018), a fim de dinamizar uma prática de cuidados mais efetivos, orientados para a saúde da família e dos seus membros. Atuando ao nível da família como foco dos cuidados, foram realizadas atividades dirigidas ao sistema familiar como cliente e concomitantemente ao indivíduo e subsistemas (Wright & Leahey, 2018). Sendo a família a unidade de avaliação e intervenção, foram avaliadas dinâmicas internas de um conjunto de famílias e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com a unidade familiar e com os sistemas amplos (Regulamento n.º 367/2015, 2015). A avaliação da unidade familiar decorreu fazendo uso de um referencial sistémico orientador tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções com a família enquanto alvo dos cuidados de enfermagem. O uso do MDAIF possibilitou identificar e reconhecer o sistema familiar como unidade complexa e potenciadora da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Figueiredo, 2012). A compreensão da funcionalidade familiar resultou na formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (Hanson, 2005) e possibilitou intervenções específicas em cada família, com o propósito de estimular a autonomia da mesma na consecução dos seus objetivos, respeitando a sua disponibilidade e o seu ponto de vista. Foi evidenciado na observação das famílias estudadas durante o estágio e pelos efeitos recursivos das intervenções desenvolvidas, que a totalidade da família é mais que a soma de cada membro que a representa, uma vez que obedece ao princípio da globalidade. Constituindo-se como um sistema aberto, uma mudança num membro da família afeta todos os membros (Wright & Leahey, 2018). As atividades neste nível de cuidados desenvolveram-se tendo em consideração a dinâmica indivíduo/família, isto porque, a mudança num dos membros da família origina mudanças nos restantes e pela propriedade auto-organizativa do sistema familiar, é possibilitada a sua estabilidade ao longo do tempo (Figueiredo, 2012). O grupo familiar considerado na

sua globalidade, teve relevância para o desenvolvimento desta competência do EEESF. O conjunto de atividades realizadas (sistemáticas e planeadas) proporcionaram capacidade de identificar, compreender e descrever como as famílias se estruturam, como é estabelecido o seu funcionamento e como respondem aos processos de desenvolvimento onde se incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença e o controlo de situações complexas.

- Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

O ciclo de vida da família (CVF) constitui um método de compreensão da mesma, entendida numa perspetiva de desenvolvimento (Sampaio & Resina, 1994). De acordo com Relvas (2006), o desenvolvimento familiar processa-se em cinco etapas: 1- Formação do casal; 2- Família com filhos pequenos; 3- Família com filhos em idade escolar; 4- Família com filhos adolescentes; 5- Família com filhos adultos. A intervenção de enfermagem enfatiza as interações entre os membros da família para que estes possam *“juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável”* (Hennessy & Gladin, 2006). O conhecimento das várias etapas do ciclo vital de cada família, possibilita uma visão particular das características e pormenores próprios de cada sistema familiar e permite respostas a três níveis: 1- possibilita atividades preventivas e de assessoria antecipada que evitam acontecimentos vitais geradores de tensão, umas vezes relacionados com a transição de fases do CVF e outras com os próprios problemas de cada etapa do ciclo de vida individual; 2- permite a utilização de recursos terapêuticos, individuais ou familiares de acordo com as características emocionais e sociais de cada etapa; 3- permite relacionar as necessidades de cada fase do CVF com a oferta dos programas de saúde institucionais ou comunitários, como por exemplo: o programa de saúde reprodutiva e planeamento familiar direcionado ao casal para que possa ter uma vida sexual satisfatória e segura (etapa I); e decidir quando e com que frequência tem filhos (etapa II); as atividades programas de rastreio do cancro da mama, do colo do útero e cancro do colón (etapa III e IV); o programa de saúde infantil e o programa nacional de vacinação (etapa II e III), a avaliação da saúde escolar (etapa II); os programas de vigilância de doenças crónicas (etapas IV e V); o programa de saúde da pessoa idosa (etapas V e VI) (Quel, 2007). Nas consultas programadas, considerando a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e/ou individual, foram identificadas necessidades de saúde. Dos diagnósticos elaborados foram realizadas intervenções de enfermagem promotoras de compreensão e aceitação dos estados de saúde-doença, assim como mudanças comportamentais necessárias para atingir melhores

níveis de saúde e autonomia (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Em consultas de saúde reprodutiva e de planeamento familiar (associadas ao primeiro estágio do CVF), compreenderam maioritariamente o sexo feminino e foram avaliadas noções de identidade, desenvolvimento de relacionamentos, práticas de hábitos promotores de saúde, identificação de crenças e cultura familiar, compreendendo o seu impacto nas decisões e aceitação de responsabilidades futuras. Nas consultas de saúde materna, em que a gravidez representa um “*momento privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis*” (Fantini, 2005, citado em Figueiredo, 2012, p. 55), houve lugar à preparação e conhecimento do casal para os desafios quer da transição que vai viver, quer das mudanças potenciais que essa etapa lhes colocará. Compreendendo o sistema familiar que orbita para além da grávida, evitando centralização excessiva, promoveu-se o envolvimento da díade casal na preparação da mudança transacional e na promoção de padrões de comunicação eficazes. As consultas de saúde infantil e juvenil, possibilitaram “olhar” o desenvolvimento da criança, assim como aferir o desempenho dos pais na satisfação das necessidades individuais das crianças. Olhando a transição desenvolvimental pelo nascimento do primeiro filho, a “visão sistémica” permitiu colocar o foco na capacidade da família para se manter unida e capaz de promover processos que apoiem todos os membros na interação interna e com o meio ambiente. Nas consultas de saúde do idoso, em que a perda progressiva da autonomia implica suscetibilidade para a doença e dificuldade de adaptação ao meio, foi possível trabalhar individualmente com o idoso processos de consciencialização, identificando forças e oportunidades de crescimento e de mudança. Identificar pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida possibilitou antecipar cuidados, intervindo na capacitação e preparação da família para futuras transições. Neste âmbito, sobretudo pela temática das necessidades sentidas pelas famílias constituídas por idosos, foram analisadas dinâmicas entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, para influenciar mudanças tendentes à autonomia da pessoa idosa com repercussão no funcionamento do sistema familiar. Novas necessidades colocaram desafios às famílias e aos enfermeiros e no momento de consulta ou na visita domiciliária, foi possível avaliar e documentar que, tanto ao nível interno familiar, como nas relações que a família estabelece com o contexto que a rodeia, existiram alterações nas dinâmicas funcionais e estruturais, que comprometeram o funcionamento familiar com repercussão na saúde do sistema familiar.

- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Na avaliação realizada ao grupo de famílias constituídas por idosos, do estudo realizado, considerando as suas dimensões contextuais e tendo validado com a família as forças, recursos e problemas identificados, foram apresentadas propostas de intervenção tendentes a minimizar o impacto de fatores provocadores de stress relacionados com transições de saúde/doença sentidas pelo sistema familiar. Considerando a reciprocidade entre o potencial de saúde dos membros e da unidade familiar, nos seus domínios de funcionamento de forma a concretizar as atividades interventivas (definidas colaborativamente entre investigador e família), existiu articulação com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para facilitar transições complexas de saúde na família.

Foi realizada referenciação de famílias para avaliação por outros profissionais de saúde, favorecendo a qualidade e a continuidade de cuidados, sempre com a permissão da família (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Com o foco na dinâmica e adaptação do sistema familiar à mudança, foram dinamizadas estratégias favorecedoras da adaptação da família a novas formas de atuar e se perceber na interação entre os membros, identificando, tão rápido quanto possível, os problemas reais e potenciais da família, prevenindo doenças e estabelecendo com a família uma relação para controlo de situações complexas. As famílias foram estimuladas na consecução dos seus objetivos de saúde, concebendo-se um plano de ação em que esteve considerado o apoio e a intervenção de outras unidades funcionais de saúde (UCC, RNCCI, instituições de apoio de carácter social, tais como: Centros de dia, apoio domiciliário, Santa Casa da Misericórdia, lares, casa de acolhimento de idosos e Rede Cuidas). A Rede Cuidas é um projeto que presta Cuidados Interdisciplinares de Apoio ao Sénior. É um projeto apoiado pelo Portugal 2020, no âmbito do programa Poise – Portugal Inovação Social, com parcerias para o Impacto, sendo o Investidor Social a empresa RL10 Sport, e apadrinhamento do jogador de futebol Rony Lopes. Assenta num pressuposto: o/a sénior que queira envelhecer no seu domicílio, deverá ser suportado/a e apoiado/a no sentido de definir um plano para o envelhecimento e garantir as condições necessárias a um envelhecimento condigno, no caso dos utentes, sem que isso coloque em causa a sua dignidade humana, saúde, bem-estar e segurança, retardando ou evitando a sua institucionalização. Destina-se a: pessoas com mais de 65 anos, que residam no Concelho e que tenham reforma abaixo do salário mínimo nacional. Tem atividades gratuitas em grupo ou em casa, tais como: planear um envelhecimento ativo; estimular a socialização e a criação ou manutenção de redes de suporte; atividades de prevenção da demência e estimulação da memória; atividades físicas e de gerontomotricidade; rastreios e orientações de bem-estar e

saúde; orientação para serviços e apoios sociais; atividades de aprendizagem de informática para a vida diária; orientação para tornar a casa segura e confortável; entre outras atividades. Foram realizados planos de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados e orientados para: 1- capacitação da família no exercício de prestação de cuidados e a promoção do autocuidado do membro; 2- capacitação da família e o seu bem-estar, face a problemas identificados nas áreas de atenção e respetivas dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar.

Os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar constituem o “conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações” (Regulamento n.º 367/2015, 2015, p. 17390). Atualmente, sabe-se que alguns determinantes de saúde são causas identificadas e estudadas que motivam desigualdades em saúde. O acesso a informação objetiva, fornece apoio para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Melo, et al., 2012). O uso do referencial teórico e operativo MDAIF, possibilitou o atingimento da competência de identificar precocemente os determinantes de saúde com efeitos na saúde familiar, pois integrando várias ferramentas de avaliação individual e de grupo, a estrutura conceptual e operativa do MDAIF identifica determinantes de saúde potencialmente modificáveis, “não apenas os relacionados com as ações dos indivíduos como os comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas também determinantes como os rendimentos e status social, educação, emprego e condições de trabalho, acesso a saneamento adequado e ambientes físico” (Regulamento n.º 367/2015, 2015, p. 17390). Com o uso do Genograma, foi possível esquematizar e descrever padrões hereditários e comportamentais dos membros da família e como esses padrões impactam na vida de cada pessoa da família (Mc Goldrick, Gerson, & Petry, 2012). Através do Ecomapa, onde se visualiza esquematicamente o grupo no seu contexto ambiental, aumentou-se a compreensão sobre as experiências dos indivíduos e as suas redes sociais (Figueiredo, 2012). Através da Escala de Graffar Adaptada foi colhida informação relevante, não apenas das características sociais, mas um conjunto de cinco critérios - profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita, constituindo como um método de estratificação social (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010). A aplicação da escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe permite que, pela valorização de determinadas situações de crise que o indivíduo ou família estiveram sujeitos, se determine a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença somática (Caeiro, 1991). O uso da Escala do

Apgar Familiar de Smilkstein possibilita quantificar a percepção de funcionalidade familiar que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive. Com base na informação específica dos aspetos que podem indicar riscos de saúde familiar, as atividades desenvolvidas junto das famílias, foram no sentido de as capacitar na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. Pela possibilidade que a relação enfermeiro-família possibilita, desenvolveu-se um ambiente seguro de partilha de informação e análise, de como cada dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam a saúde, a percepção de saúde e os cuidados à família. De acordo com a informação colhida, foram discutidos na família os temas difíceis e estabelecidos objetivos para a mudança, perspetivando novas formas de funcionamento ajustadas aos seus processos de transição de desenvolvimento e saúde/doença. O planeamento de intervenções centradas na família enquanto unidade e alvo de cuidados do EEESF, promove o processo de consciencialização baseado na identificação das forças e das oportunidades que as famílias têm para crescer e evoluir (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

A finalidade dos cuidados de enfermagem centrados na família é a “*potencialização das forças, recursos e competências*” (Figueiredo, 2012, p. 70) numa abordagem sistémica e colaborativa da mesma. A identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção da sua autonomia são alcançados com o envolvimento de todos os membros da família num processo de adaptação e ajustamento (Regulamento n.º 367/2015, 2015). O envolvimento ativo e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, aplicando instrumentos facilitadores da avaliação e intervenção colaborativa da família na sua dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, possibilita verificar o seu estágio de desenvolvimento, quais os problemas de saúde inerentes a cada fase e que alterações funcionais decorrem de cada transição. É favorecida a compreensão e identificação da capacidade do sistema familiar perante momentos transitivos de mobilizar recursos intrínsecos (crenças, valores e estratégias de coping familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde) que lhe permitam evoluir para a estabilidade, autonomia, continuidade e coesão familiar, consoante a fase do ciclo vital em que se encontram e de acordo com as tarefas de desenvolvimentos inerentes (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012). Com o fim de atingir esta competência na tomada de decisão no cuidado à família, o uso do MDAIF foi fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e

o potencial da família para a evolução através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar (Ferreira, et al., 2020). Na promoção da autonomia da família, deu-se início a processos de consciencialização identificando forças, oportunidades de crescimento e de mudança no sistema familiar. A capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, foi promotora de diálogos com a família facilitadores da consecução dos seus objetivos. Através do MDAIF, foram formulados diagnósticos e estabelecidas intervenções individualizadas que contribuíram para a capacitação das famílias constituídas por idosos. De forma colaborativa com a família, foram desenvolvidos planos de cuidados, de acordo com um referencial sistémico para responder às necessidades e estimulando a família com disponibilidade e no respeito pelo seu ponto de vista.

Foi sugerido a alguns utentes inscreverem-se no Projeto “Mantenha-se ativo com a Diabetes” que funciona no Pavilhão gimnodesportivo, da Associação Desportiva local. Este projeto foi criado pela enfermeira Maria José Martins, em parceria com a Junta de Freguesia, a Empresa Lima Aventura, Desportos e Tempos Livres, Lda. Existe há 17 anos e tem como objetivo manter as pessoas ativas, proporcionando-lhes convívios, aulas de ginásticas, passeios, caminhadas, entre outros eventos. As aulas são dadas por professores de ginástica duas vezes por semana. Os utentes participam com um custo mensal de 5 euros, se frequentarem as aulas uma vez por semana, ou com 10 euros se frequentarem as aulas duas vezes por semana. A Junta de Freguesia participa no pagamento das aulas de ginástica aos professores e no transporte para convívios e passeios que realizam ao longo do ano.

Proposto a uma utente deslocar-se à segurança social, para se poder informar sobre a possibilidade de receber a pensão social, em virtude de esta não usufruir de nenhum rendimento (montante mensal da pensão social de velhice é de 224,24 €, ao qual acresce o complemento extraordinário de solidariedade cujo valor é variável consoante a idade: 19,52 € - titulares de prestação até aos 70 anos. 39,03 € - titulares de prestação a partir dos 70 anos, inclusive).

Foi ainda sugerido a alguns utentes frequentarem um centro de dia para convirem com outras pessoas e usufruírem de atividades lúdicas para não se sentirem tão sós.



## **CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO**

### **1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA**

A Enfermagem de Família tem por objetivo ajudar a pessoa e a família a enfrentar e lidar com momentos de stress, implementando parte das suas intervenções no lar do indivíduo e da família. A família evolui e ajusta-se devido a pressões recorrentes da vida e em função da sobrevivência do sistema familiar. Estas mudanças desenvolvimentais ocorrem numa sequência previsível a nível organizacional familiar, com o cumprimento de tarefas específicas, denominando-se essa sequência de ciclo vital da família (Relvas, 1996). Como tal, é fundamental atuar numa perspetiva de, juntamente com os recursos da família e da comunidade onde esta se insere, ajudá-la a construir o seu melhor projeto de saúde.

Segundo os Censos 2021, 23% da população abrangida pelo CS, é uma população envelhecida. O ficheiro da enfermeira orientadora é constituído por 723 famílias, num total de 1446 utentes, dos quais 444 têm idade igual ou superior a 65 anos (n=444; 30,70%). Muitos dos idosos, vivem sozinhos ou com o seu cônjuge/companheiro e alguns em casa de seus familiares, dependentes de cuidados. Assim sendo, para que o Enfermeiro de Família possa intervir de forma mais eficaz, junto das famílias constituídas por idosos, será necessário identificar as suas necessidades.

Como menciona a Ordem dos Enfermeiros (2009), a Enfermagem de Família detém competências requeridas para o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, prestando cuidados específicos às diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção. Considera-se família enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e às especificidades do seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Importa concluir que as directrizes no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários, ao nível quer da organização dos serviços quer da orientação dos cuidados, demonstra a importância das práticas clínicas de Enfermagem centradas na família e na relação que cada Enfermeiro estabelece com a mesma no processo da prestação dos cuidados (Silva, Costa & Silva, 2013). A passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra entende-se por transição familiar, referindo-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente (Chick & Meleis, 1986). Uma situação

de transição ocorre quando um acontecimento produz mudanças em pelo menos uma das seguintes áreas: rotinas, papéis, relacionamento interpessoais, conceito acerca de si/do mundo que rodeia o indivíduo (Schlossberg, Watters, & Goodman, 1995). A Enfermagem tem como foco de atenção as respostas humanas às transições, sendo que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Chick & Meleis, 1986). Os idosos e os casais idosos enfrentam transições que podem ser de saúde/doença, desenvolvimental, situacional e organizacional. A transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel decorrentes de alterações súbitas da condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição desenvolvimental está relacionada com eventos de desenvolvimento, individual ou familiar, nomeadamente o envelhecimento (Canaval, 2007). A transição situacional está associada a eventos que exigem redefinição ou definição de papéis da pessoa ou família, nomeadamente assumir o papel de prestador de cuidados. A transição organizacional trata-se de um tipo de transição associada a mudanças relacionadas com o ambiente (Meleis & Trangenstein, 1994).

Na sua intervenção, o enfermeiro de família orienta-se pelo modelo sistémico à luz do qual a saúde familiar é considerada um bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num *continuum* entre a estabilidade e a mudança, conduzindo a reestruturações no sistema familiar ao longo do seu ciclo vital. Relvas (1996) acrescenta que sob a perspetiva sistémica, a orientação da prática através de um modelo dinâmico permitiu a estruturação do pensamento no sentido de uma mais fidedigna compreensão da realidade das famílias, conduzindo a intervenções mais eficazes e congruentes com a especificidade de cada uma delas. As interações desenvolvidas quer com as famílias, quer com outros agentes, parceiros comunitários mobilizados em prol das necessidades das famílias observadas durante a visita domiciliária ou no consultório, levaram-me a questionar essa prática, uma vez que as suas potencialidades eram subvalorizadas na minha prática clínica como enfermeira de família generalista.

## 1.1 – FAMÍLIA

A família é um eixo estruturante de qualquer sociedade desenvolvida ou em vias de desenvolvimento. É na família que iniciamos todo o processo de aprendizagem, desde os processos de autocuidado das necessidades humanas básicas até às aprendizagens de socialização.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, descreve a família como *o conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo* (CIPE, versão 1.0).

Independentemente da conceptualização adoptada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Diversos autores defendem que a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade.

Para Figueiredo *“o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente”* (Figueiredo, 2012, p. 70).

Seja qual for o tipo de família que encontremos na nossa prática profissional, *“todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais”* (Relvas, 2004, p. 14). São atributos do conceito de família: um sistema ou unidade social auto-definida pelos seus membros, não constante, pelo que a mudança e desenvolvimento estão presentes; os seus membros podem ou não estar relacionados por nascimento, adopção ou casamento e podem ou não viver na mesma residência; a unidade pode ou não ter crianças dependentes; é necessário haver compromisso e afeto entre os membros, que se vai desenvolvendo ao longo do tempo; têm um projeto futuro; a unidade leva a cabo funções de cuidar (proteção, sustento, socialização dos seus membros), (Whall & Fawcett, 1991). Nesta realidade atual, as famílias têm-se revelado a principal fonte de prestação de cuidados, independentemente das alterações verificadas na dinâmica familiar nas últimas décadas, tal como a entrada da mulher no mundo de trabalho. De facto, mesmo nesta situação, a mulher continua a ser a principal cuidadora da pessoa dependente (Pires, 2012). As famílias percorrem o seu caminho através de transições, sendo que os novos contextos exigem mudanças nos padrões familiares que podem derivar de duas tipologias de situações que causem essa perturbação: associadas ao ciclo vital da família (normativas) ou ecológicas; ou ainda situações não normativas (resultantes de situações de stress acidentais (Figueiredo, 2009).

Conforme explica a mesma autora, as primeiras resultam de mudanças previsíveis relacionadas com as transições individuais dos membros da família ou do desenvolvimento da mesma enquanto sistema. As segundas devem-se a acontecimentos imprevisíveis associados a fatores de stress. Em ambas, a família pode adaptar e evoluir, ou manter os mesmos padrões, tentando manter-se em funcionamento (Figueiredo, 2009). Avaliar, compreender e apoiar as famílias na relação construída e mantida com os seus idosos, contribui para a resolução de problemas, prevenção de stress e optimização da qualidade de vida do idoso e da sua família (Carneiro, 2012). A Saúde Familiar é compreendida como um estado subjetivo cujo processo dinâmico de ajustamento é estabelecido pelos processos adaptativos inerentes às mudanças advindas das transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2009). Tais transformações exigem conhecimentos e por vezes competências que permitam dar resposta a novos desafios. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2000), os Enfermeiros deverão poder fazer aconselhamentos sobre estilos de vida e fatores de risco ligados a comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Detetando precocemente os problemas, podem favorecer a tomada de consciência sobre o mesmo desde o início. O papel do enfermeiro de família engloba muitas funções com foco na família e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável. Segundo a OMS, os enfermeiros de família trabalham em conjunto com as famílias, comunidade e outros profissionais, atuando como recurso e sendo elementos chave na promoção de saúde. O enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas doentes, sendo um agente facilitador consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

A enfermagem de família detém uma situação qualificada e privilegiada para prestar cuidados de enfermagem à família, pelo seu conhecimento científico, pela sua proximidade e pelo fato de conhecer o meio ambiente. Assim consideramos abordar neste enquadramento teórico os conceitos de família, enfermeiro de família, a família constituída por idosos, os conceitos de coesão e adaptabilidade familiar, comunicação familiar e a teoria de autocuidado de Dorothea Orem.

A palavra “família” deriva do latim “*famulus*”, que significa “*escravo doméstico*”, representando um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições (Nozes, 2018).

A família é uma palavra/conceito que evoca diferentes imagens/concepções conforme cada pessoa, ou grupo, cujo significado é dinâmico e com evolução ao longo dos

tempos. As definições têm-se concentrado em diferentes aspetos, de acordo com o paradigma da respetiva área, por exemplo (Hanson, 2005): legal, (relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento), biológica (redes genéticas biológicas entre as pessoas), sociológica (grupos de pessoas que vivem juntas) e psicológica (grupos com fortes laços emocionais). A família estava tradicionalmente organizada em torno da função biológica da reprodução, portanto, a família era composta por um pai, uma mãe e os seus filhos biológicos, contudo, ao longo dos tempos, a função reprodutiva tem-se separado cada vez mais da família e definir a família tem-se tornado difícil. Os critérios mais frequentemente usados para definir a família são a estrutura e a função. Na estrutura: são realçadas as posições que os indivíduos assumem dentro da família e as relações entre eles, na funcional, os indivíduos que a constituem têm de se envolver em atividades consideradas familiares, por exemplo a educação de um filho. Uma terceira opção, ignora os critérios estrutural e funcional e considera a família como qualquer conjunto de indivíduos que se afirme como tal (Hanson, 2005). Relvas refere que a família é um sistema em constante evolução, à semelhança de um organismo vivo. A cultura, o ambiente, as condições sociodemográficas, as condições socioeconómicas, a orientação sexual, a religião, a etnia e raça são fatores de influência sobre a família e podem alterar o seu desenvolvimento. O mesmo autor, vê a família numa conceção sistémica, afirma que devido à sua complexidade nenhuma família se pode igualar a outra (Relvas, 2000).

As autoras Wright & Leahey consideram que *“a família é, quem a família considera como família.”* (Wright & Leahey, 2002, p. 68), Gameiro, refere que a família é uma rede complexa que tem uma estrutura, uma riqueza e uma complexidade relacional difíceis de descrever (Gameiro, 1992). Para Figueiredo, a família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa em constante relação com o meio, onde o enfermeiro vê a família como unidade de cuidados, podendo dessa forma contribuir para a mudança de paradigma na investigação em enfermagem de família, com uma visão filosófica, epistemológica e ideológica, valorizando a prática científica sustentada em pressupostos ecossistémicos (Figueiredo, 2012).

Família é uma unidade social de difícil definição (Fazenda, 2005), que acontece através da relação ativa e de identidade entre membros unidos por laços sanguíneos, de afetos ou interesses, num espaço e tempo específico, construindo uma história de vida única e irreplicável (Dias, 2011). É uma realidade complexa que nos seus múltiplos significados representa mais do que a soma dos seus membros (Astedt-Kurkiet al. citado em Potter & Perry, 2009). Atualmente, no contexto que a rodeia está sujeita a fortes influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais, que lhe

confere mudanças na estrutura, na composição, nos papéis e nas relações internas (Sarraceno & Naldini citado em Dias, 2011). Contudo, nas políticas de saúde a família representa *“uma unidade chave na produção de saúde (...) uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não), a estilos de vida saudáveis”* (Rodrigues & Costa, 2013, p. 44). Segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (2011), a família representa uma *“unidade social ou todo coletivo composta por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou os todos considerados como um sistema que é maior que a soma das partes”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A família é uma complexa rede de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos, operando através de padrões que passam de uma geração para outra, podendo originar dentro da própria família, subsistemas. Os diferentes subsistemas podem ser (Minuchin, 1990: s.p., citado por Nozes, 2018): 1 - *“Individual: Constituída pelo próprio indivíduo, que tem o seu papel na família e noutros sistemas que influenciam a sua maneira de estar no seio familiar; 2 - parental: Função de responsabilidade junto de crianças e jovens a seu cargo; 3 - conjugal; O Casal; 4 - fraternal: Relação entre irmão”*.

A mudança mais nítida ocorrida nas famílias, tem sido ao nível da sua estrutura. Sendo considerada como um conjunto de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais (Hanson, 2005). Alarcão (2006), refere que a estrutura da família é constituída por um conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa do ciclo de vida da família e que lhe vão conferindo configurações particulares sem nunca lhe modificar a identidade básica. A identificação da estrutura da família compreende: a identificação dos indivíduos que a constituem, as relações entre eles, e as relações entre a família e outros sistemas sociais (Hanson, 2005).

A integração da teoria dos sistemas familiares adaptada da teoria geral de sistemas no campo de estudo da disciplina de enfermagem, abre um conjunto de possibilidades operativas onde se pode construir um diálogo diferente sobre o indivíduo, sobre a família e sobre as relações com outros sistemas, facilitando a sua autonomia e ter presente a sua corresponsabilidade (Alarcão, 2006). A teoria dos sistemas familiares, organizada em torno de conceitos definidores de sistemas, como 1 - globalidade; 2 - não-somatividade; 3 - homeostase; 4 - morfogénese; 5 - circularidade; 6 - retroalimentação e 7 - equifinalidade, entende a família como um sistema aberto que se auto governa mediante normas que definem o padrão de comunicação, mantendo uma interdependência entre os membros e com o meio, no que respeita à troca de informações e usa recursos de retroalimentação para manter o grau de equilíbrio nas

transações entre os seus membros (Rosen, 1998). Este referencial epistemológico, reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde, incorporando compreensão sobre a “*complexidade, intersubjetividade e instabilidade como elementos das relações causais recursivas e realidade multiversa das famílias*” (Figueiredo, 2012, p. 29). Os fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos efetivamente contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura e dinâmica familiar. Estes fatores tiveram incidência na organização, nas funções, nas relações, na complexidade e globalidade ao longo do desenvolvimento familiar, refletindo a evolução da época social (Dias, 2011). As funções da família são mutáveis e evoluem ao longo do tempo, tal como o conceito de família, têm sido abordadas ao longo da história, numerosas funções têm sido tradicionalmente desempenhadas pelas famílias.

A família assume um papel preponderante nos cuidados à pessoa idosa. Como refere Tier, Fontana, & Soares (2004), o aumento de pessoas idosas conduz a situações de saúde frágil, debilitação e dependência da pessoa idosa da sua família. Na maioria dos casos a grande quantidade de cuidados prestados às pessoas idosas e debilitadas, fica à responsabilidade das famílias. A família pode ser considerada como suporte na protecção do idoso. Segundo afirma Figueiredo (2011), a família surge como provedora de cuidados de saúde à pessoa idosa, devido às alterações sócio demográficas ocorridas na sociedade, relacionadas principalmente com o envelhecimento populacional. A família emerge com um papel cada vez mais relevante na atenção prestada aos cuidados aos idosos (Figueiredo, 2011).

## 1.2 – ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro, veio criar o perfil das competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, definindo-as:

- a) Cuida da família como unidade de cuidados;
- b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. “*O enfermeiro de família(...) fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), surge como um profissional que, integrado numa equipa multidisciplinar de saúde assume, a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (...)*”, O enfermeiro especialista “*(...) interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado do pensamento crítico sobre a*

*saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permite a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e planeamento da intervenção ou contrato de acção com a família” (p. 8660).*

É absolutamente necessário que os especialistas em Enfermagem Familiar compreendam a família no seu contexto, de modo a poderem analisá-la, perceber, ainda, como funcionam os seus elementos, quer na comunidade quer na sociedade em geral. (Stanhope & Lancaster, 2011). Para que o conceito de “Enfermeiro de Família” possa evoluir para uma representação profissional e ser para além de um modelo de trabalho, é necessário definir uma área de competências especializada, tal como afirma Maria Augusta Sousa, na apresentação do livro de Henriqueta Figueiredo *“Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.”*

(...) a Enfermagem de Família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo (Figueiredo, 2012, p.3).

Figueiredo refere que *“os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico”* (Figueiredo, 2012, p. 70).

### 1.3 – IDOSO

Segundo a OMS (2015), idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais, contudo nos países desenvolvidos é considerado idoso as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Todavia, para efeito de formulação de políticas públicas esse limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. A própria OMS reconhece que, qualquer que seja o limite mínimo adotado, é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto a condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos.

O envelhecimento faz parte do nosso ciclo vital, constitui a sua última fase. Esta fase caracteriza-se por múltiplas transformações no organismo humano, existindo uma maior fragilidade, vulnerabilidade e sensibilidade. Para Ermida (1999), envelhecer é,



pois, uma característica inevitável em todas as formas de vida. Ainda segundo o mesmo autor, o envelhecimento pode ser definido como *“um processo de diminuição orgânica e funcional (...) e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”* (Ermida, 1999). Vivemos cada vez mais anos, a esperança de vida aumentou. Temos de orientar estratégias e aprender a viver com este facto retirando aprendizagens e conhecimentos que possam aumentar a nossa qualidade de vida. *“O conceito de ciclo de vida é uma construção social, aceite por determinada sociedade numa determinada época, com base em perceções ou suposições subjetivas compartilhadas”* (Canhestro, 2018, p. 12). No Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde da OMS, podemos ler: *no nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento* (OMS, 2015). O envelhecimento tende a acontecer naturalmente. Se antes acontecia mais cedo, atualmente parece envelhecer-se mais tarde, mas as consequências do avançar na idade vão surgindo, necessitando de diversas adaptações físicas, psicológicas e sociais. Como refere Cancela (2008), muitas vezes classificamos o envelhecimento como um estado a que chamamos terceira idade, mas o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. A velocidade e gravidade do envelhecimento dependem do nível em que este se situa (biológico, psicológico ou sociológico) e varia de indivíduo para indivíduo. Assim, segundo a mesma autora que cita Fontaine (2000), podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, existindo a: Idade biológica, ligada ao envelhecimento orgânico; Idade social, refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade; Idade psicológica, relacionada com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, a memória e motivação. Estas idades podem ser muito diferentes da idade cronológica e estão enquadradas no envelhecimento individual, que diz respeito ao aumento da esperança de vida ou longevidade com conseqüente perda da capacidade funcional (Canhestro, 2018). O avançar da idade acontece de forma individual, cada indivíduo encara o seu envelhecimento de forma diferente. Enquanto uns o vivem como um processo natural, outros sentem-no como um problema e têm dificuldade em aceitar esta fase do seu ciclo vital. Verifica-se um envelhecimento demográfico, pois o aumento da proporção da população idosa na população total é significativo, quando comparado com a população jovem e a população em idade ativa (Canhestro, 2018). Portugal é um país com uma população envelhecida. Esta realidade está ainda mais presente

nas aldeias do interior, onde a maior parte da população é idosa, com dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e com a família ausente.

Em Portugal, na população idosa, são consideradas as pessoas a partir dos 65 anos. O número é de 20,6%, segundo os dados divulgados pelos Censos 2021.

#### 1.4 – SAÚDE FAMILIAR

A saúde familiar é compreendida como um estado subjetivo, sendo este um processo dinâmico de ajustamento que é estabelecido pelos processos adaptativos inerentes às mudanças resultantes das transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2009). Hanson (2005, p.7), considera a saúde familiar como “*um estado dinâmico de relativa mudança e bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.*” Assim, de acordo com a mesma autora, a enfermagem de cuidados de saúde à família, consiste no processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias, quer sejam do âmbito da ação da enfermagem, podendo a enfermagem de família ter como objetivo a família como contexto, como um todo, como um sistema ou ainda a família enquanto componente da sociedade. A mesma autora, refere ainda que o envelhecimento é assunto de família, que as pessoas idosas são parte integrante da rede familiar até à morte. O apoio intergeracional de cuidados prolonga-se ao longo do ciclo vital da família. Neste sentido, advêm consequências sociais, sobretudo a nível das capacidades para realizar as atividades de vida diária e das repercussões sócio familiares que a situação acarreta.

Para Alarcão (2006), à luz do modelo sistémico, a saúde familiar é considerada um bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num continuum entre a estabilidade e a mudança, conduzindo a reestruturações no sistema familiar ao longo do seu ciclo vital.

Segundo vários autores, a filosofia de base dos cuidados de enfermagem é de respeito pelo idoso em toda a unicidade e totalidade do seu ser, facilitando a manutenção e promovendo a autonomia do mesmo. Cuidar de um idoso dependente eficientemente, implica uma reorganização do cuidador, idoso e família, de forma a potenciar os recursos pessoais.

A cultura portuguesa atribui às famílias e preferencialmente às mulheres, os cuidados dos seus elementos idosos. No entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores, não tendo frequentemente as

ferramentas necessárias para o cuidar (Figueiredo, 2009). Assim, repensar a família como alvo e participante de cuidados é imperativo, sendo já reconhecido pela legislação atual, tendo que se adotar novas concepções para se compreender e intervir no núcleo familiar, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades durante o seu contínuo desenvolvimento.



## **2 – MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR**

A abordagem da família como unidade de cuidados requer que os profissionais de enfermagem adotem um novo quadro de referências para o seu exercício profissional. Ao longo dos anos foram desenvolvidos vários modelos de prestação de cuidados de enfermagem às famílias, sendo o modelo de Calgary, desenvolvido por Leahey & Wright, um dos que tem sido mais adaptado a outras realidades. Segundo Schober & Affara (como referido por Leahey & Wright, 2016), o Conselho Internacional de Enfermeiros publicou um documento significativo intitulado “*A enfermeira da família*”, afirmando o modelo de Calgary como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo. O modelo Calgary de avaliação familiar é uma estrutura multi dimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos de mudança, consistindo em 3 categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O referencial proporciona uma estrutura que pode ser delineada aquando da discussão das questões pelo enfermeiro e pela família. Depois de efetuar a avaliação, os intervenientes decidem se a intervenção é ou não necessária (Wright & Leahey, 2002). Em linha com o pensamento sistémico e a teoria das transições de Meleis, na perspetiva das suas autoras, a família é quem os seus membros dizem que são, devendo ser avaliada como um todo, num determinado momento e contexto.

O MDAIF é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários pela Professora Maria Henriqueta Figueiredo (2009). Está associado ao surgimento de novas necessidades de saúde e afirma-se num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades de saúde familiar, assim como no desenvolvimento de novas práticas do enfermeiro de família (Figueiredo, et al., 2012). Como guia orientador que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, integrando: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções, orientadores da conceção de cuidados e das práticas de enfermagem direcionadas à família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012), foi adotado pela Ordem do Enfermeiros (2011) como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. O uso deste modelo sistematiza o processo

interterapêutico, considerando as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, tendo por base o paradigma colaborativo centrado nas forças da família enquanto unidade (Silva, Figueiredo, & Melo, 2012). Desta forma, fornece aos enfermeiros bem como a outros profissionais de saúde, as ferramentas para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Melo, et al., 2012).

A matriz operativa do MDAIF reflete definições teóricas enraizadas na epistemologia do pensamento sistémico, enquadrando-se nos princípios da terapia familiar. A avaliação familiar realizada através do MDAIF é regida por uma estrutura organizativa que sistematiza três áreas de atenção familiar (Tabela 2) relevantes na prática de cuidados de ESF, constituindo dimensões avaliativas: 1 - dimensão estrutural, que *“(...) incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas (...) e ainda aspetos específicos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde”*. Esta dimensão tem como áreas de atenção o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico e utiliza como instrumentos de avaliação familiar o Genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada; 2 - dimensão desenvolvimental que *“(...) possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual implicando o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família”*. Assim, permite *“(...) a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família, através do desenvolvimento de tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições”*.

São adotadas as etapas do ciclo vital definidas por Relvas: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos (Relvas, 2006). As áreas de atenção desta dimensão são a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental; 3 - dimensão funcional que engloba os padrões de interação familiar que irão permitir o desempenho de funções e tarefas. Integra *“(...) duas dimensões elementares do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva” onde a primeira se reporta “(...) às atividades quotidianas da família (...) e a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades (...)”*. Nesta dimensão incluem-se como áreas de atenção o papel de Prestador de Cuidados e o processo familiar e tem como instrumentos de avaliação a escala de Readaptação

Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II o APGAR Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012, pp. 73, 78, 91).

**Tabela 2 - Áreas de atenção da Avaliação Familiar por dimensões de avaliação no MDAIF**

| AVALIAÇÃO FAMILIAR     |                      |                                |
|------------------------|----------------------|--------------------------------|
| ESTRUTURAL             | DESENVOLVIMENTO      | FUNCIONAL                      |
| Rendimento Familiar    | Satisfação Conjugal  | Papel de Prestador de Cuidados |
| Edifício Residencial   | Planeamento Familiar | Processo Familiar              |
| Precaução de Segurança | Adaptação à Gravidez |                                |
| Abastecimento de Água  | Papel Parental       |                                |
| Animal Doméstico       |                      |                                |

Fonte: (Figueiredo, 2012)

Como estrutura operativa flexível e dinâmica fundamentada em pressupostos sistémicos potencializadores da utilização integral do enfermeiro de família, possibilita estratégias assistenciais promotoras da capacitação do sistema familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem, com ganhos em saúde para as famílias por eles cuidadas (Henriques & Santos, 2019).

Segundo Figueiredo (2012), os diagnósticos de enfermagem formulados pelos dados provenientes das avaliações traduzem as forças da família, assim como as suas necessidades e os seus problemas, e devem ser compreendidos na perspetiva individual da família e integrados no seu contexto e complexidade. O planeamento das intervenções com a família deve apoiar-se na mobilização dos seus recursos internos (forças) como motor da mudança necessária para a obtenção de ganhos em saúde. A intervenção com a família deve assentar nos seguintes pressupostos: 1 - validação dos diagnósticos de enfermagem com a família; 2 - priorização da resolução dos problemas segundo a ótica da família; e 3 - definição de objetivos de mudança com a família. Neste contexto, entendem-se os resultados do processo como o grau de mudança obtido no Processo Familiar comparando com o objetivo negociado pelos intervenientes no processo perspetivado para a maximização do potencial de saúde familiar, assim como a própria forma como o processo decorre.

O uso deste referencial no estudo realizado durante o Estágio, constitui-se como estratégia facilitadora da sua aprendizagem e sustentadora do treino de uma prática clínica de tomada de decisão assente no uso de instrumentos de avaliação e intervenção familiar.

## 2.1 – ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

A escala de APGAR foi elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth e Montano, 1982), sendo a versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988. É um teste

que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive possibilitando a reflexão da satisfação de cada membro familiar (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011).

O princípio fundamental deste instrumento reside no facto de os membros da família perceberem o seu funcionamento e manifestarem o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação dos componentes com a atenção recebida, quando os recursos familiares são necessários); P - Participação (como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas); G - Crescimento (como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento); A – Afeição (como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar); R – Resolução (como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros) (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

O questionário de APGAR Familiar é constituído por cinco perguntas relativas às funções familiares (APGAR), com três possibilidades de respostas cada uma, sendo que a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório total varia entre zero a dez pontos e a caracterização das famílias resulta em: família altamente funcional (7-10), família com moderada disfunção (4-6) ou família com disfunção acentuada (0-3) (Caeiro, 1991). Deve ser aplicado a cada membro individualmente.

**Tabela 3** - Pontuação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Família altamente funcional     | 7 a 10 pontos |
| Família com moderada disfunção  | 4 a 6 pontos  |
| Família com disfunção acentuada | 0 a 3 pontos  |

Fonte: Escala retirado do aplicativo informático do registo de enfermagem Sclínico



### **3 – MÉTODO**

Neste capítulo começaremos por enquadrar a questão: Quais as necessidades sentidas pela família, constituída por idosos, que norteou e levou à realização deste estudo. Traçando objetivos, fazendo um enquadramento teórico que nos permitiu justificar a escolha, bem como todo o percurso metodológico adotado neste estudo.

Na fase metodológica determinam-se operações e estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicam o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2009).

Como forma de suporte conceptual ao presente documento, assim como para enriquecimento e aprofundamento de conhecimentos teóricos, privilegiei as fontes primárias de informação. Assim, recorri a publicações científicas disponíveis online, com recurso às bases de dados de referência e de texto integral como Biblioteca do Conhecimento Online (b-On), EBSCOhost - Research Databases, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), procura de Dissertações de Mestrado e teses Doutoramento e uso do Google Académico. Consultei livros e artigos publicados em revistas científicas, considerando artigos escritos em inglês, espanhol e português

#### **3.1 – OBJETIVOS DO ESTUDO: QUESTÕES ORIENTADORAS**

Com o aumento da esperança média de vida, associada a alterações sociais, conduziram a modificações ao nível do contexto familiar e social. Verifica-se um crescente número de idosos, a verticalização das famílias e ajustes complexos nas ligações familiares (Magalhães, 2012). São várias as teorias explicativas do processo de envelhecimento: teoria biológica, teoria psicológica, teoria sociológica. A teoria biológica, de acordo com o mencionado por Magalhães (2012) entende o envelhecimento como o alcance do tempo limite do organismo multicelular, onde as probabilidades de sobrevivência vão sendo cada vez menores com o avançar da idade. Numa vertente da área de estudo da Psicologia (teoria psicológica), tem havido uma preocupação centrada nas diferentes formas de envelhecer, diretamente relacionado com a inteligência, memória, personalidade, motivação e habilidades, dado que ao exercitar estas capacidades, se contribui para preservação da capacidade funcional do idoso. Por fim, a teoria da Sociologia tenta relacionar as duas

teorias anteriores com fatores socioculturais do envelhecimento. O envelhecimento acarreta várias alterações, nomeadamente, limitações físicas, alterações mentais e psicossociais (défice de memória, desorientação, sentimentos de solidão e incapacidade, tristeza) que podem influenciar e afetar o funcionamento e relacionamento da família. As alterações mentais são causadas por um conjunto de fatores biológicos e psicológicos, como são, por exemplo, a falta de interesse e motivação, a ansiedade e a não utilização das faculdades intelectuais. Por sua vez as alterações físicas devem-se a doenças e dificuldades funcionais que exigem maiores cuidados devido ao quadro de dependência do idoso (Tieret al., 2004). Segundo o mesmo autor, o envelhecimento é considerado como um processo cumulativo, irreversível, universal e não patológico. Nesta fase do ciclo de vida, ocorre uma deterioração do organismo, podendo incapacitar a pessoa a desenvolver as suas atividades de vida diária. Neste sentido, a família constitui a primeira linha de apoio e de cuidados à pessoa idosa que apresenta degradação gradual das suas capacidades físicas e mentais.

A população abrangida pela USF, é uma população envelhecida, tratando-se de uma realidade transversal a todo o país. O ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, é constituído por 1446 utentes, dos quais 444 têm idade igual ou superior a 65 anos (23%), (Censos, 2021), com um total de 723 famílias.

Muitos dos idosos, vivem sozinhos ou com o seu cônjuge/companheiro e alguns em casa de seus familiares, dependentes de cuidados. Assim sendo, para que o enfermeiro de família possa intervir de forma mais eficaz, junto das famílias constituídas por idosos, será necessário identificar as suas necessidades.

Com o envelhecimento demográfico acentuado há uma tendência para aumentar os níveis de necessidades, dependência dos idosos. Perante esta constatação, e com políticas de saúde que se orientam para a permanência do idoso no domicílio, verificando-se internamentos hospitalares cada vez mais curtos, há necessidade de intervenções que se dirijam às famílias constituídas por idosos no seu domicílio, face ao aumento da responsabilidade individual e familiar no apoio às pessoas idosas no domicílio.

O papel da família representa um contributo incomensurável quer para a manutenção do idoso no domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento digno, pois é o

familiar que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso, dando assim continuidade ao seu ciclo vital. A família é o principal apoio destes utentes. Contudo, a importância do apoio social é evidenciada, uma vez que, quando falha, aumenta a sobrecarga de quem cuida, que acaba por vivenciar sozinho o processo contínuo de cuidar, sendo este um fator gerador de tensão. A assistência ao familiar requer um redirecionamento do olhar daqueles que planeiam e executam ações educativas em seu favor, no sentido de implementar intervenções que venham minimizar o impacto da condição do idoso (Fernandes, 2000).

### 3.2 – METODOLOGIA QUALITATIVA

Muitos dos idosos, vivem sozinhos ou com o seu cônjuge/companheiro e alguns em casa de seus familiares, dependentes de cuidados. A questão, quais as necessidades sentidas pela família, constituída por idosos, serviu de ponto de partida à presente investigação. Tendo como objetivos:

- Identificar necessidades em relação às atividades de vida familiar;
- Identificar tipos de apoio mobilizados pela família;
- Identificar dificuldades sentidas no dia a dia familiar;
- Avaliar a funcionalidade da família.

A questão de investigação que norteia o presente trabalho, prende compreender uma determinada realidade que, de certa forma, nos inquieta e causa algum desassossego pessoal ou profissional. A definição da questão de partida apresenta-se como o fio condutor de toda a investigação, através do qual é elaborada a revisão bibliográfica, é definido o tipo de pesquisa, os métodos e as técnicas a serem utilizados. Na elaboração deste estudo utilizámos a pesquisa bibliográfica e documental, dotando o trabalho com um suporte teórico credível e fundamentado. Num primeiro momento, efetuou-se um levantamento bibliográfico em livros, teses e revistas especializadas na matéria onde foi possível recolher informação para o enquadramento teórico, proporcionando o aprofundamento e o confronto com os nossos conhecimentos. Recorreu-se, ainda, à pesquisa documental, através da análise dos censos, legislação, relatórios, como meio de obter informações importantes para a caracterização do concelho, da freguesia e da problemática em causa.

De acordo com a problemática e os objetivos de investigação, optámos por utilizar uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva. Devido à inexistência de estudos desta índole na região, a pesquisa exploratória que visa o “*aprimoramento de ideias ou a descoberta de intenções*” (Gil, 1996, p.45), permitirá ao investigador compreender o

fenómeno de uma forma ampla e absoluta, encontrar explicações para as causas e consequências dos fenómenos, estabelecer prioridades para futuras investigações. Este estudo, assume também, um carácter descritivo, uma vez que pretendemos descrever o universo dos sujeitos envolvidos, suas vivências e experiências quotidianas. Face à complexidade dos fenómenos sociais existem inúmeros métodos e técnicas que podem ser utilizados na realização de uma investigação, devendo ser adequados à problemática, aos objetivos e às hipóteses previamente definidas. Os métodos de investigação utilizados no desenvolvimento do conhecimento científico podem ser quantitativos e qualitativos. Com base na literatura consultada, deparamos que estes métodos utilizam abordagens diferentes, cientificamente credíveis devendo ser adequados à natureza da pesquisa e ao objeto de estudo. O método quantitativo caracteriza-se por ser um processo sistemático de recolha de informações observáveis e quantificáveis, permitindo generalizar, prever, classificar e mensurar os acontecimentos. Contudo, a questão do nosso estudo é uma das limitações deste método, está relacionada com a fragmentação da realidade social dos indivíduos a fórmulas matemáticas e a variáveis quantificáveis. Não sendo esse o objetivo da nossa investigação, optámos por utilizar uma abordagem qualitativa, procurando compreender o fenómeno em estudo no contexto social em que ocorre, onde os significados e as interações ocupam uma posição central, através do qual o investigador procura resgatar a análise dos discursos dos atores sociais enquanto “sujeitos de pesquisa” e enquanto “sujeitos sociais”. Martinelli (1999) salienta a importância do contacto direto entre pesquisador indivíduo, no sentido de recolher informações necessárias para a pesquisa, considerando que se pretendemos conhecer modos de vida, temos que conhecer pessoas, criando uma atitude empática com os indivíduos. Assim sendo, neste tipo de abordagem privilegiam-se a singularidade de cada sujeito, a sua experiência social, procurando-se entender os factos a partir da própria interpretação que o sujeito faz da sua vivência quotidiana. A pesquisa qualitativa procura analisar significados, interpretações, procura sujeitos e as suas próprias histórias. Partindo de uma análise indutiva, este método procura descrever as situações *“nas próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas e na conduta observada”* (Taylor & Bogdan, 1998, p. 20). Neste tipo de análise privilegia-se a compreensão do particular e das experiências dos indivíduos em detrimento de um retrato coletivo e geral que esbate as diferenças individuais e fragmenta a realidade social. A pesquisa qualitativa costuma ser criticada quanto à sua cientificidade pela impossibilidade de generalizar conclusões para uma realidade externa, mesmo em situações semelhantes.

Face à natureza do estudo utilizámos uma abordagem fenomenológica, que tem como objetivo perceber o mundo subjetivo dos sujeitos, compreender o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas (Bogdan & Biklem, 1994). Esta perspetiva analisa a *“realidade tal como é percebida pelos indivíduos”* (Rousseau & Saillant, 2000, p. 149), no sentido de descrever o seu universo e as experiências vividas em contextos particulares. Procura-se, assim, neste estudo, retratar a realidade que nos propomos estudar de uma forma aprofundada, contextualizada, particular, através de uma abordagem holística. Como refere Martinelli (1999), o que interessa não é o número de pessoas que prestam informação, mas o significado que esses sujeitos têm, de acordo com o que procuramos com a investigação.

Com este estudo pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados a prestar aos idosos, que vivem sozinhos e/ou com conjugue/companheiro também idoso muitas vezes dependente de cuidados, minimizando o sofrimento da família que cuida, de forma a potencializar o seu bem-estar.

Como técnica de recolha de informação considerámos fundamental recorrer à entrevista semiestruturada, que é uma técnica que, mediante uma conversação face a face, permite ao investigador através de uma série de perguntas guias recolher informações sobre determinada situação ou problema. Na opinião de Quivy e Campenhoudt (1998), a entrevista é um método de recolha de informação privilegiado, sendo fundamental que o investigador a oriente no sentido de obter o máximo de informação sobre o tema em análise, reenaminhando-a sempre que o entrevistado se afaste dos objetivos pré-definidos. Como refere Tuckman (2002, p. 348) procura-se através da entrevista *“obter dados desejados com a máxima eficácia e a mínima distorção”*, sabendo-se que a elaboração prévia de um guião permite *“maximizar a neutralidade do processo e a consistência das conclusões”*. Esta técnica é bastante eficaz quando se quer obter informações sobre o que *“as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”* (Selltize et al, referido por Gil, 1995, p. 113). A flexibilidade da entrevista semiestruturada, contribui para enriquecer a investigação, permitindo ao entrevistado uma maior espontaneidade e liberdade de resposta, como refere Fortin, Grenier e Nadeau (2000, p. 247), *“o respondente cria as suas respostas e exprime-as pelas suas próprias palavras”*. Assim, na realização desta investigação foi criado um guião de entrevista flexível, composto por um conjunto de perguntas com base na problemática e nos objetivos que se pretende atingir. As perguntas foram colocadas pela ordem que o entrevistador

considerou mais conveniente, não obedecendo a uma ordem rígida procurando que o entrevistado de uma forma natural expresse experiências pessoais, vivências e sentimentos.

A entrevista, segundo Gonçalves (1998, p. 60) é uma das técnicas *“mais ricas e das mais usadas no âmbito da Sociologia”*, resgatando conteúdos que as outras técnicas não conseguem alcançar. As entrevistas foram realizadas no meio sociofamiliar dos idosos, mais concretamente na sua casa, porque são espaços de identificação, recordações, aconchego, bem-estar físico e social, refletindo a história de toda uma vida. e nas consultas de enfermagem na USF. As entrevistas duraram cerca de 20 a 30 minutos, não existindo preocupação da nossa parte em uniformizar o referido processo, no sentido de não comprometer a informação recolhida. As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2023. Posteriormente, as entrevistas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo que *“oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade ou complexidade”* (Fortin, Grenier & Nadeau, 2000, p 224). Numa perspetiva similar Vala (1986, p. 104) refere que a análise de conteúdo consiste na *“desmontagem de um discurso e na produção de um novo discurso através de um processo de localização atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso e as condições de produção da análise”*. Esta técnica é um processo inferencial que permite a passagem da descrição à interpretação dos dados obtidos, através da análise do conteúdo manifesto e latente, das significações ocultas e explícitas, de forma a interpretar o sentido global da entrevista. De acordo com Dubouluz (2000, p. 318), a análise dos dados das entrevistas processa-se normalmente em quatro fases: 1 - *colocação em evidência do sentido global do texto*, permitindo ao investigador familiarizar-se com a experiência relatada; 2 - *identificação de unidades de significação*, através da organização do conteúdo dos discursos por assuntos de interesses; 3 - *desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação*, que se traduz no desenvolvimento e interpretação dos vários temas; 4 - *síntese de conjunto de unidades de significação*. Depois de transcritos os discursos passámos à categorização dos conteúdos, reagrupando-o e reorganizando o texto em categorias e subcategorias. A categorização tem como objetivo decompor os dados brutos em temas de análise, permitindo posteriormente a sua interpretação e análise. Esta fase de investigação tornou-se trabalhosa, longa e complicada, mas também aliciante, exigindo ao investigador descultar possíveis significados no conteúdo dos discursos. Para Vala (1986, p. 11) a construção de categorias *“pode ser feita a priori ou à*

*posteriori* ou ainda através da combinação destes dois processos”, sendo necessário adaptá-los aos objetivos e à problemática da investigação. Neste estudo, a construção das categorias foi feita à *priori*, com base nos blocos temáticos da entrevista, e as subcategorias foram construídas à *posteriori*, emergindo a partir da análise do *corpus* de informação das entrevistas. Com este estudo pretende-se aprofundar uma realidade pouco conhecida, indo de encontro a necessidades sentidas, e estratégias adotadas pelas famílias constituídas por idosos, procurando o verdadeiro significado das coisas, de modo a traduzir a “intensidade” dos factos investigados. Neste sentido, “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo” (Fortin, 2009, p. 22). Flick (2005, p. 18) refere que a “investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios.” Esta procura entrar no mundo pessoal dos sujeitos através de “pesquisas que, usando, ou não, quantificações, pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem” (Chizzotti, 2006, p. 289). Desta forma, a razão principal desta metodologia assentou no facto de se pretender descrições detalhadas dos participantes do estudo, compreendendo assim, as suas necessidades e interpretações acerca das experiências sentidas.

Uma vez terminada a análise dos dados, a etapa seguinte consistiu em apresentar e interpretar os dados obtidos à luz das questões de investigação *“a interpretação dos resultados é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador”* (Fortin, 2000, p. 329).

### 3.3 – ANÁLISE QUALITATIVA

Devido à natureza da informação que se pretende obter e para a sua compreensão, optamos por utilizar um instrumento que permita “recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134). Deste modo, privilegamos a entrevista como instrumento de eleição para a colheita de dados, uma vez que esta permite obter informações pormenorizadas. Segundo a mesma autora, na investigação qualitativa “a entrevista surge com um formato próprio”, ou seja, tem finalidades de investigação e é “desenhada” de acordo com a definição das categorias definidas pelo investigador. Centra-se em tópicos definidos num guião de entrevista, “oferecendo ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e

oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 135).

A entrevista, de acordo com Cunha (2009), é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano pela compreensão rica que propicia. A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados que serve para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a “uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais” (Cunha, 2009, p. 129).

Neste estudo optou-se por uma estrutura semiestruturada da entrevista, que se caracteriza pela existência de um guião previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, tendo com o decorrer da entrevista sempre a “liberdade de introduzir mais questões para a precisão de conceitos ou obter maior informação sobre os temas desejados” (Grinnell, 1997, in Sampiéri, Collado & Lucio, 2006, p. 38). A entrevista semiestruturada exige uma ordem rígida nas questões e o seu desenvolvimento vai-se adaptando ao entrevistado, permitindo que se mantenha um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões (Cunha, 2009). Consiste numa interação verbal animada, de forma flexível, onde o investigador se deixa conduzir pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar os temas pretendidos sob a forma de conversa, promovendo um enriquecimento do fenómeno em estudo. As questões deverão ser abertas, ou seja, devem permitir a orientação do participante a descrever a sua experiência, fornecendo um estímulo e possibilitando o intercâmbio (Fortin, 2009). O guião da entrevista (Apêndice I) foi construído com base nos objetivos do estudo, sob a forma de questões abertas, proporcionando ao entrevistado liberdade de expressão e orientação da sua resposta, evitando a rigidez da entrevista, o que poderia, de certo modo, influenciar o carácter qualitativo do estudo. Durante a entrevista recorreu-se também à avaliação da funcionalidade das famílias segundo o ponto de vista de cada elemento da família que coabitam, através da aplicação da Escala de Apagar Familiar de Smilkstein.

### 3.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A recolha e tratamento de dados desenvolveu-se de acordo com considerações morais e éticas, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999). Foram tidos em consideração os princípios da declaração de Helsínquia e da convenção de Oviedo relativos à investigação, e da



privacidade dos participantes em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

Foi solicitado parecer à comissão de Ética UICISA: E (Anexo III) e à Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo IV) para a realização deste estudo. O contacto com as famílias foi previamente agendado e decorreu de modo presencial no contexto de uma visita domiciliária e em contexto de consulta de enfermagem na USF, acompanhado pelo enfermeiro de família. Aos participantes do estudo foi explicado por escrito e verbalmente, os objetivos do estudo, sendo pedida concordância pela formalização do consentimento livre, voluntário e esclarecido (Anexo I). O uso dos dados da pesquisa e resultados são anónimos e para os fins previstos neste estudo.



## 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Pretende-se, neste ponto, proceder à análise e apresentação dos dados e resultados obtidos a partir do instrumento de colheita que elaborámos e das respostas dadas pelos 27 famílias (38 pessoas) que constituem a amostra em estudo.

Segundo Ribeiro (2010), a exposição dos resultados deve obedecer a “critérios que exibam e garantam a cientificidade” do estudo, recorrendo-se a técnicas e testes estatísticos de reconhecido valor representativo da matéria em estudo.

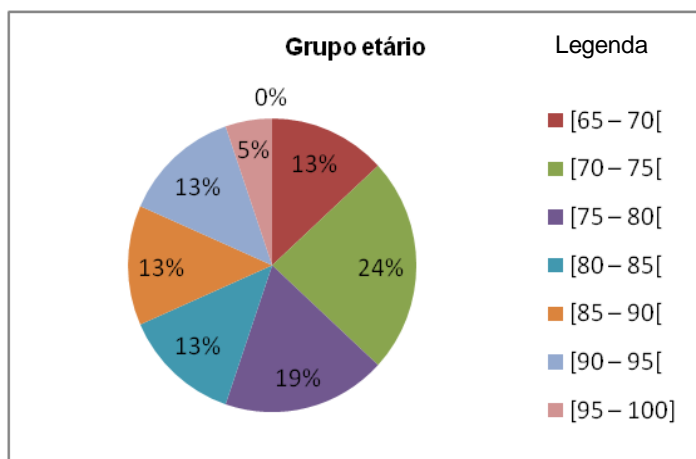
### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS FAMILIARES E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Relativamente às características sociodemográficas (tabelas 4 e 5) verifica-se que a maioria dos elementos era do sexo feminino (n=38; 57.9%). Também a maioria referiu o estado civil de casado(a) (n=38; 57.9%), seguindo-se os(as) viúvos(as) (n=38; 36,8%).

**Tabela 4** – Caraterísticas sociodemográficas dos elementos das famílias em estudo: sexo, estado civil e grupo etário

| Variáveis           | n                 | %                |
|---------------------|-------------------|------------------|
| <b>Sexo</b>         |                   |                  |
| Feminino            | 22                | 57.9             |
| Masculino           | 16                | 42.1             |
| <b>Estado civil</b> |                   |                  |
| Solteiro(a)         | 2                 | 5.3              |
| Casado(a)           | 22                | 57.9             |
| Viúvo(a)            | 14                | 36.8             |
| <b>Grupo etário</b> |                   |                  |
| [65 – 70[           | 5                 | 13.2             |
| [70 – 75[           | 9                 | 23.7             |
| [75 – 80[           | 7                 | 18.4             |
| [80 – 85[           | 5                 | 13.2             |
| [85 – 90[           | 5                 | 13.2             |
| [90 – 95[           | 5                 | 13.2             |
| [95 – 100]          | 2                 | 5.3              |
| $\bar{x} = 79.68$   | <b>Md = 78.00</b> | <b>s = 9.29</b>  |
|                     | <b>Min = 65</b>   | <b>Máx = 100</b> |

Os elementos da amostra apresentavam idades compreendidas entre 65 e 100 anos, sendo a idade média de (n=38;79.68%) anos com um desvio padrão 9.29 anos. Metade dos inquiridos tinha idade igual ou superior e 78 anos. O grupo etário mais frequente era dos 70 aos 75 anos com uma percentagem de (n= 38; 23.7%).



**Gráfico 1** - Distribuição dos elementos das famílias em estudo por grupo etário

Em termos de profissão/ocupação verifica-se que (n=38; 47.4%) eram domésticas, seguindo-se os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice, os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e os trabalhadores não qualificados, todos estes grupos profissionais com uma percentagem de (n=38; 10.5%).

**Tabela 5** - Características sociodemográficas dos elementos das famílias em estudo: profissão/ocupação

| Variáveis  | Unidades de registo |
|--|---------------------|
| <b>Profissão / Ocupação</b>  |                     |
| <b>Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas</b>   | 2                   |
| <b>Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos</b> | 0                   |
| <b>Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas</b>   | 3                   |
| <b>Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio</b>  | 2                   |
| <b>Grupo 4 - Pessoal administrativo</b>  | 1                   |
| <b>Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores</b>                               | 0                   |
| <b>Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca e da floresta</b>                       | 0                   |
| <b>Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices</b>   | 4                   |
| <b>Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</b>  | 4                   |
| <b>Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados</b>  | 18                  |
| <b>Domésticas</b>  |                     |

Quanto às características familiares, os dados que constituem a tabela 6 revelam que a maioria das famílias, 22 , eram constituídos por dois elementos e que 20, tinham um ou dois filhos, mas no entanto 11 famílias tinham 3 ou mais filhos.

**Tabela 6 -** Caraterísticas dos agregados familiares em estudo

| Variáveis                                | Unidades de registo |
|--|---------------------|
| Número de elementos do agregado familiar |                     |
| <b>1</b>                                 | 12                  |
| <b>2</b>                                 | 22                  |
| <b>3</b>                                 | 4                   |
| Número de filhos                         |                     |
| <b>0</b>                                 | 7                   |
| <b>1 ou 2</b>                            | 20                  |
| <b>3 ou mais</b>                         | 11                  |

A aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein permitiu-nos obter os resultados sobre como cada elemento da família vê a funcionalidade da sua própria família (tabela 7).

Verifica-se que em todos os itens a maioria das respostas incidiram na alternativa “quase sempre”, sendo de salientar os itens «Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa» e «Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor» nos quais as percentagens de respostas naquela alternativa foram as mais elevadas, respetivamente (n=4) e (n=12)

Utilizando os critérios de classificação do tipo de família obtivemos, que trinta um dos elementos da amostra consideram a sua família, como altamente funcionais, seguidas seis elementos, que considera a sua família com disfunção moderada e um refere que a sua família é disfuncional.

**Tabela 7 –** Resultados da aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein, pelos elementos das famílias em estudo

| Itens   | Unidades de registo |
|---|---------------------|
| Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que algumacoisa me preocupa |                     |
| <b>Quase nunca</b>  | 0                   |
| <b>Algumas vezes</b>  | 7                   |
| <b>Quase sempre</b>   | 31                  |

---

|  |    |
|--|----|
| Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema |    |
| <b>Quase nunca</b>   |    |
| <b>Algumas vezes</b>   | 2  |
| <b>Quase sempre</b>  | 14 |
|  | 22 |

|   |    |
|---|----|
| Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida |    |
| <b>Quase nunca</b>  |    |
| <b>Algumas vezes</b>  | 1  |
| <b>Quase sempre</b>   | 16 |
|   | 21 |

|  |    |
|--|----|
| Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor |    |
| <b>Quase nunca</b>   |    |
| <b>Algumas vezes</b>   | 0  |
| <b>Quase sempre</b>  | 12 |
|  | 26 |

|  |    |
|--|----|
| Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família |    |
| <b>Quase nunca</b>   | 1  |
| <b>Algumas vezes</b>                                       | 16 |
| <b>Quase sempre</b>  | 21 |

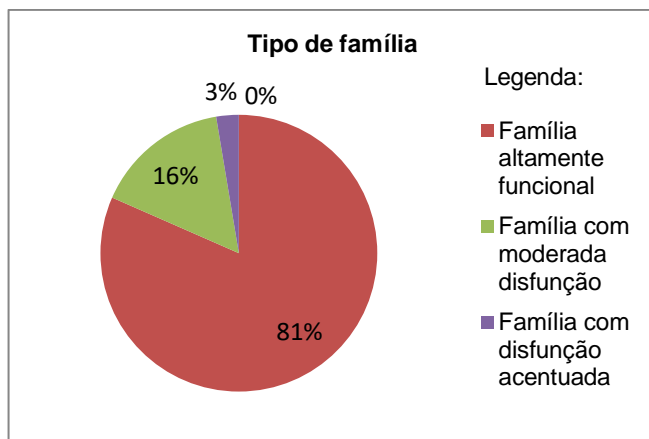
  

|  |    |
|--|----|
| Tipo de família                        |    |
| <b>Família altamente funcional</b>     | 31 |
| <b>Família com moderada disfunção</b>  | 6  |
| <b>Família com disfunção acentuada</b> | 1  |

---

Estes resultados vão ao encontro ao que referem alguns autores, tais como: Souza e Cols (2007), eles defendem que as pessoas idosas que estão bem integradas em suas famílias e o no seu meio social têm maiores e melhores hipóteses de sobrevivência além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar individualmente afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento desta afeta cada um de seus membros. No entanto para Andrade e Martins (2011) refere ainda que o modo como os elementos da família interagem entre si e com os outros e o modo como cada um o sente, é que determina e prediz a funcionalidade ou a disfuncionalidade familiar.

A classificação da funcionalidade familiar pelos elementos das famílias em estudo, após a aplicação do APGAR familiar pode visualizar-se no gráfico 2.



**Gráfico 2-** Distribuição da classificação da funcionalidade familiar pelos elementos das famílias

#### 4.2 – NECESSIDADES, APOIOS E DIFICULDADES SENTIDAS PELAS FAMÍLIAS CONSTITUÍDAS POR IDOSOS

A análise das necessidades foi suportada nas categorias estabelecidas à *priori*, com base nos blocos temáticos da entrevista, construindo-se as subcategorias a partir da análise do *corpus* de informação resultante das entrevistas aos elementos da amostra de famílias em estudo.

Assim, o processo analítico permitiu a integração dos discursos nas três categorias pré-definidas, relativas às necessidades sentidas nas AVD's, apoios em uso e dificuldades sentidas no dia a dia familiar pelas famílias constituídas por idosos, às, bem como identificação de outras subcategorias que fossem surgindo dos discursos. Durante o processo de análise foi desenvolvida uma matriz com a redução da informação cujo excerto pode ser consultado no Apêndice II.

No que concerne às necessidades sentidas nas atividades de vida diária, oito dos entrevistados referiram não sentir, por enquanto, qualquer necessidade de ajuda. Como por exemplo E<sub>18</sub> e E<sub>21</sub>, referem que ainda se sentem bastante independente no seu dia a dia, nas lidas da casa, compras e nas atividades de lazer (...).

Dos 17 os elementos da amostra que mencionaram algum tipo de necessidade (tabela 8) a 'A ajuda nas atividades instrumentais de vida diária' mostra ser a mais sentida. A "ajuda para ir às compras" evidencia-se de entre as referidas, foram referidas por nove dos elementos: E<sub>4</sub>, E<sub>5</sub>, E<sub>25</sub>, e E<sub>27</sub>. seguindo-se as necessidades de ajuda total referidas por 4 elementos em estudo. "Necessito de apoio durante 24 horas para cuidar da minha mãe" E<sub>9</sub> e E<sub>23</sub> "Necessito de ajuda nas 24 horas diárias para tudo".

As menos referidas foram outras ajudas tais como necessidades financeiras e necessidade de adquirir material para a elaboração de fazer trabalhos manuais E<sub>9</sub> e E<sub>30</sub>.

**Tabela 8** - Matriz de redução de dados da categoria “ Necessidades sentidas nas AVD´s”

| Categoria                           | Subcategoria   | Unidades de significado   | Unidades registo |
|-------------------------------------|--|---|------------------|
| <b>Necessidades sentidas (n=17)</b> | Ajuda nas atividades instrumentais de vida diária  | Só para fazer as compras para a casa. E <sub>4</sub><br>Ajuda para cuidar da casa. E <sub>5</sub><br>Preciso de ajuda para ir às compras e cuidar da casa. E <sub>13</sub><br>Preciso de ajuda para ir às compras, ao médico, ao cabeleireiro... E <sub>16</sub><br>Ajuda para ir às compras e ao médico sempre que necessário. E <sub>21</sub>   | 9                |
|                                     |  | Só preciso de ajuda para fazer as compras e ir ao médico. E <sub>25</sub><br>Só preciso de ajuda para as compras para casa. E <sub>27</sub><br>Gostaria de ter alguém que ficasse a cuidar da minha esposa quando tenho de me ausentar. E <sub>32</sub><br>Necessito de ajuda na alimentação e de transporte quando pretendo sair. E <sub>34</sub>  |                  |
|                                     | Ajuda total nas atividades de vida diária  | Preciso de toda a ajuda para cuidar da minha esposa. E <sub>8</sub><br>Necessito de apoio 24h/24h para cuidar da minha mãe. E <sub>9</sub><br>Necessito de ajuda nas 24 horas diárias para tudo. Nos cuidados de higiene, na gestão e administração de medicação e alimentação, nos posicionamentos, e de fisioterapeuta 3 dias por semana. E <sub>23</sub><br>Necessito de auxílio nos cuidados de higiene, alimentação e nos cuidados normais para manter a casa cuidada. E <sub>33</sub> | 4                |
|                                     | Ajuda nas atividades básicas de vida diária  | Necessidade de ajuda nos cuidados de higiene, na alimentação. E <sub>7</sub><br>Necessita de apoio na gestão terapêutica e na alimentação. E <sub>24</sub><br>Apoio nos cuidados de higiene, alimentação e gestão terapêutica. E <sub>31</sub>  | 3                |
|                                     | Tenho necessidades financeiras. E <sub>9</sub><br>Para arranjar material para fazer os trabalhos |   |                  |



|               |   |   |
|---------------|---|---|
| Outras ajudas | manuais que tanto gosto (casas, moinhos, estação ferroviária, aviões, o que vier á imaginação). E <sub>30</sub> | 2 |
|---------------|---|---|

Analisando a tabela 9 constatamos que 34 dos inquiridos mencionaram redes de apoio em uso, seja da própria rede familiar ou da rede informal ou apoio de serviços.

O apoio da rede familiar foi mencionados por 33 dos elementos da amostra, tais com referem por exemplo E<sub>1</sub> “do marido e filhos; E<sub>6</sub> “ da esposa e dos filhos”; E<sub>16</sub> “ dos filhos e dos netos”.

O apoio da rede informal é referido por 6 utentes E<sub>7</sub> “... dos vizinhos”; E<sub>29</sub> “Quando necessário recorre aos vizinhos e amigos”.

Apoios de serviços são nomeados por 4 elementos, tais como refere E<sub>7</sub> E<sub>8</sub> “Tem empregada diária.” e dois referem ter apoio domiciliário do Centro de dia e da USF. E<sub>7</sub> E<sub>9</sub>.

**Tabela 9 –** Matriz de redução de dados da rede de apoio em uso pelas famílias

| Categoria                            | Subcategoria           | Unidades de significado  | Unidades registo |
|--------------------------------------|------------------------|--|------------------|
| <b>Redes de apoios em uso (n=34)</b> | Apoio da rede familiar | Do marido e filhos. E <sub>1</sub> E <sub>2</sub> E <sub>4</sub> E <sub>5</sub> E <sub>7</sub> E <sub>13</sub> E <sub>18</sub> E <sub>33</sub><br>Da esposa e filhos. E <sub>6</sub> E <sub>12</sub><br>Da esposa. E <sub>3</sub> E <sub>10</sub><br>Do marido. E <sub>9</sub> E <sub>28</sub> E <sub>38</sub><br>Do/a(s) filho/a(s) (Apoio diário, quando não vão a casa telefonam). E <sub>8</sub> E <sub>15</sub> E <sub>17</sub> E <sub>21</sub> E <sub>23</sub> E <sub>24</sub> E <sub>27</sub> E <sub>30</sub> E <sub>31</sub> E <sub>32</sub><br>E <sub>34</sub> E <sub>35</sub> E <sub>36</sub><br>Dos filhos e netos. E <sub>16</sub><br>Da cunhada. E <sub>14</sub><br>Do marido, das filhas e genros. E <sub>19</sub><br>Das netas. E <sub>22</sub><br>Da irmã. E <sub>26</sub> | 33               |
|                                      | Apoio da rede informal | Dos vizinhos. E <sub>7</sub> E <sub>8</sub> E <sub>12</sub> E <sub>26</sub> E <sub>27</sub><br>Quando necessário recorre aos vizinhos e amigos.<br>E <sub>29</sub>   | 6                |
|                                      | Apoio de serviços      | Tem empregada diária. E <sub>7</sub> E <sub>8</sub><br>Tem apoio domiciliário do Centro de dia e da USF.<br>E <sub>7</sub> E <sub>9</sub>  | 4                |

Os resultados do nosso estudo vêm ao encontro dos resultados obtidos, por Cantor (1975, 1980). Este refere que família, em particular, o cônjuge e filhos como sendo

fontes preferenciais de apoio, aos quais se seguem os amigos e vizinhos e, posteriormente, as organizações de apoio formal. De acordo com este autor, há um recurso ao sistema formal quando percecionada uma indisponibilidade ou inexistência de elementos nas redes informais. Araújo, Paul e Martins (2010), ao estudarem as redes formais e informais de famílias portuguesas constituída por idosos, observaram que os principais envolvidos no apoio informal eram os filhos, cujo apoio fornecido era, sobretudo, afetivo e instrumental, e ainda vizinhos e amigos, nos quais predominava um apoio emocional e de supervisão.

Relativamente às dificuldades sentidas no dia a dia familiar, foram referidas por seis dos entrevistados, surgindo como subcategorias a 'Falta de tempo pessoal devido ao papel de cuidador', o 'Cansaço com o papel de cuidador' e as 'Condicionantes da idade' (Tabela 10).

**Tabela 10** - Matriz de redução de dados da categoria "Dificuldades sentidas" no dia a dia familiar

| <b>Categoria</b>  | <b>Subcategoria</b>  | <b>Unidades de significado</b>   | <b>Unidades registo</b> |
|---|--|--|-------------------------|
| <b>Dificuldades sentidas (n=6)</b>  | Falta de tempo pessoal devido ao papel de cuidador   | Pouco tempo para as outras atividades que desenvolvo (coletividades da comunidade). E <sub>6</sub> | 4                       |
|   |  | Triste por não ter tempo para mim. E <sub>9</sub>  |                         |
|   |  | Tempo para passear mais com a esposa e com os amigos. E <sub>12</sub>                              |                         |
| Tenho pouco tempo livre para desenvolver outras atividades que gostaria de fazer. E <sub>32</sub> |  |  |                         |
| Cansaço com papel de cuidador   | Cansaço por cuidar 24 horas da minha mãe. E <sub>9</sub>   | 2  |                         |
|   | Cansado por cuidar 24h/24h da minha esposa que se encontra muito debilitada. E <sub>32</sub>                           |  |                         |
| Condicionantes da idade   | Sinto-me limitada para ir às compras e nas lidas da casa. E <sub>19</sub>  | 2  |                         |
|   | Sinto-me cansado, pois já não tenho as forças que tinha, para andar no quintal e passear com a esposa. E <sub>27</sub> |  |                         |

O papel de cuidador parece ser um aspeto relevante, não só porque reduz o tempo pessoal para outras atividades, como se depreende das palavras de E<sub>6</sub>, E<sub>12</sub> e E<sub>32</sub>, mas também pelo cansaço que parece trazer. Estes aspetos podem ser agravados por condições inerentes à idade, que podem trazer limitações pessoais, como referem E<sub>19</sub> e E<sub>27</sub>. Diversos estudos revelam que o processo de cuidar do idoso em contexto

domiciliário pode resultar em limitações na vida diária do cuidador, afetando os papéis sociais, ocupacionais e pessoais desempenhados por ele, com conseqüente risco à sua saúde e bem estar (Gonçalves *et al.*, 2006).

Os resultados do nosso estudo vem ao encontro dos resultados obtidos, por Cantor (1975, 1980). Este refere que família, em particular, o cônjuge e filhos como sendo fontes preferenciais de apoio, aos quais se seguem os amigos e vizinhos e, posteriormente, as organizações de apoio formal. De acordo com este autor, há um recurso ao sistema formal quando percebida uma indisponibilidade ou inexistência de elementos nas redes informais. Araújo, Paul e Martins (2010), ao estudarem as redes formais e informais de famílias portuguesas constituída por idosos, observaram que os principais envolvidos no apoio informal eram os filhos, cujo apoio fornecido era, sobretudo, afetivo e instrumental, e ainda vizinhos e amigos, nos quais predominava um apoio emocional e de supervisão.

Durante o processo da entrevista, nos discursos dos participantes, foram-se evidenciando ‘falas’ que traduziam as suas preocupações e sentimentos á volta do seu papel de cuidador, ou do seu familiar e da situação que estavam a viver. Enquanto investigadora fui-me apercebendo que esta necessidade de expressão se poderia traduzir numa categoria de análise, que não estava pré-definida: emoções vivenciadas.

Trinta seis pessoas da amostra referiram uma ou mais categorias de emoções como se constata pela análise dos tabelas 11.

**Tabela 11** - Resultados da matriz de redução das Emoções vivenciadas pelos elementos da amostra em estudo

| <b>Categoria</b>                                | <b>Subcategoria</b>       | <b>Unidades de significado</b>  | <b>Unidades registo</b> |
|---|---------------------------|---|-------------------------|
| <b>Emoções vivenciadas</b><br><br><b>(n=36)</b> | Bem-estar com o dia a dia | Feliz, gosta de passear nos tempos livres E <sub>2</sub><br>E <sub>3</sub> E <sub>12</sub> E <sub>16</sub> E <sub>17</sub> E <sub>18</sub> E <sub>21</sub> E <sub>24</sub> E <sub>26</sub> E <sub>35</sub> E <sub>37</sub><br>Sente-se bem, satisfeito. Gosta de estar com os amigos. E <sub>12</sub> E <sub>17</sub> E <sub>18</sub> E <sub>34</sub> E <sub>35</sub> E <sub>36</sub> E <sub>37</sub> E <sub>38</sub><br>Gosta de estar em casa no seu cantinho. E <sub>16</sub> E <sub>28</sub><br>E <sub>33</sub> E <sub>35</sub> E <sub>37</sub><br>Gosta de andar no quintal (...). E <sub>17</sub> E <sub>25</sub> E <sub>26</sub> E <sub>27</sub> E <sub>35</sub><br>Gosta de fazer renda/croché, trabalhos manuais.<br>E <sub>17</sub> E <sub>35</sub> E <sub>36</sub> E <sub>37</sub> E <sub>38</sub><br>Ainda se sente bastante independente no seu dia a dia e auxilia a esposa nas lidas da casa, compras e nas atividades de lazer (...). E <sub>18</sub><br>No dia a dia cuida da casa, faz o almoço todos | 51                      |

|                               |  |           |
|-------------------------------|--|-----------|
|                               | <p>dias para a filha que vai almoçar com ela. Gosta de (...) ler. E<sub>21</sub></p> <p>No dia a dia gosta de cuidar da sua higiene, de cuidar da casa e de cozinhar. Faz companhia á filha acamada. (...) brinca com a bisneta. E<sub>22</sub></p> <p>Gosta de estar no centro de dia, onde tem muitos amigos, de fazer trabalhos manuais, (...) fazer ginástica. E<sub>24</sub></p> <p>Gosta de cuidar da casa (...) e fazer sopa todos os dias para os filhos levarem para casa. Tem sempre o tempo ocupado. E<sub>25</sub></p> <p>Gosta de (...) ver televisão. E<sub>21</sub> E<sub>22</sub> E<sub>26</sub> E<sub>28</sub> E<sub>34</sub> E<sub>36</sub></p> <p>Gosta de podar as árvores, cuidar das galinhas (...). E<sub>27</sub></p> <p>Nos tempos livres gosto de (...), estar à lareira. De ir á missa e ao café, conversar com as amigas. E<sub>34</sub></p> <p>Gosto de jogar á sueca com os amigos. E<sub>35</sub></p>   |           |
| <p>Gratificação emocional</p> | <p>Feliz pela família que tem. E<sub>1</sub> E<sub>7</sub> E<sub>12</sub> E<sub>13</sub> E<sub>25</sub></p> <p>Sente-se bem como está. E<sub>4</sub></p> <p>Feliz com o que tem. E<sub>5</sub> E<sub>6</sub></p> <p>Grata por viver com a cunhada que é o seu braço direito. E<sub>14</sub></p> <p>Sente-se grata por a sua filha e neta estarem presentes no seu dia a dia. E<sub>16</sub></p> <p>Grata por ter um marido amigo, companheiro de uma vida E<sub>19</sub></p> <p>Tem a companhia do seu gato e do cão. E<sub>20</sub></p> <p>Grata pela vida que tem tido e pelos filhos que tem. E<sub>21</sub></p> <p>Feliz por ter muitos amigos, que são a sua companhia durante o dia. E<sub>24</sub></p> <p>Feliz por ter optado por cuidar dos pais e grato por ter saúde para os acompanhar. E<sub>29</sub></p> <p>Feliz e grata por estar em casa na companhia do filho e marido. E<sub>31</sub></p> <p>Sinto-me grata pelo meu marido cuidar de mim com carinho, e nunca demonstrar que está cansado ou triste por me encontrar tão dependente dele. E<sub>33</sub></p> | <p>19</p> |

|                                |   |    |
|--------------------------------|---|----|
|                                | Falo com os filhos e neto diariamente, e sempre que eles podem vêm visitar-nos ou vamos nós a casa deles. E <sub>37</sub> E <sub>38</sub>   |    |
|                                | .   |    |
|                                | (...) triste por se sentir debilitada com poucas forças para ajudar o marido e poder passear mais vezes com ele E <sub>7</sub>  |    |
| Tristeza e Sentimento de perda | Um pouco triste pela esposa estar um pouco debilitada impossibilitando de sair E <sub>8</sub>   |    |
|                                | Triste por a esposa não ter disponibilidade para ele, pois ela dedica o seu tempo a cuidar da mãe que se encontra acamada E <sub>10</sub>   | 11 |
|                                | Triste, desanimado, inconformado, sensação de vazio pelo facto de ter falecido a esposa (...)   |    |
|                                | Sente a falta da esposa, que era a sua grande companheira de viagem... Tem muitos amigos mas por enquanto está um pouco afastado E <sub>11</sub>  |    |
|                                | Triste, inconformado, pois a esposa faleceu (...)   |    |
|                                | Não se sente capaz de manter as atividades que fazia até ao falecimento da esposa. Quando tem algumas forças refere que vai para o quintal e fazer caminhadas sozinho. E <sub>15</sub>                    |    |
|                                | Já se habituou a viver sozinha, tem pena de os filhos estarem distantes, ausentes no seu dia a dia, pois o relacionamento com eles nem sempre é o melhor. E <sub>16</sub>                                 |    |
|                                | Triste, desanimada, inconformada, sensação de vazio pelo facto de ter falecido o marido (...) que era o seu porto seguro, o seu sol. Sente-se sem vontade de fazer nada, de sair de casa. E <sub>20</sub> |    |
|                                | Triste pela filha (...) se encontrar doente e acamada. E <sub>22</sub>  |    |
|                                | Sente saudades do marido (falecido). E <sub>25</sub>  |    |
|                                | Gostava de ter os meus filhos mais vezes em casa todos juntos. E <sub>28</sub>  |    |
|                                | Tenho saudades da esposa (falecida). E <sub>35</sub>  |    |

É de salientar que o bem-estar com o dia a dia foi a emoção mais referida, com 51 unidades de registo. E<sub>2</sub>, E<sub>3</sub>, E<sub>12</sub>, E<sub>16</sub>, E<sub>17</sub> "Feliz, gosta de passear nos tempos livres"; E<sub>18</sub> refere que. "Ainda se sente bastante independente no seu dia a dia e auxilia a esposa nas lidas da casa, compras e nas atividades de lazer (...)".

A gratificação emocional com 19 unidades de registo: como por exemplo E<sub>1</sub> E<sub>7</sub>E<sub>12</sub> E<sub>13</sub>E<sub>25</sub> “Feliz pela família que tem”; E<sub>4</sub> “Sente-se bem como está”; E<sub>5</sub> E<sub>6</sub> Feliz com o que tem; também E<sub>14</sub> “Grata por viver com a cunhada que é o seu braço direito”. Seguindo-se o sentimento de tristeza e perda com 11 unidades de registo: E<sub>7</sub> “(...) triste por se sentir debilitada com poucas forças para ajudar o marido e poder passear mais vezes com ele”; E<sub>8</sub> “Um pouco triste pela esposa estar um pouco debilitada impossibilitando de sair”.

Na opinião de Neri (2001), a satisfação com a vida reflete o nível percebido da qualidade de vida que se tem e depende do nível de envolvimento de vários fatores, como os hábitos de vida, de atividade física, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, do relacionamento familiar e da amizade. Este estudo reforçou a tese de que a satisfação com a vida corresponde a um sentimento de felicidade, contentamento e preenchimento, que as pessoas idosas experimentam quando conseguem adaptar-se de forma satisfatória às alterações provocadas pelo envelhecimento.

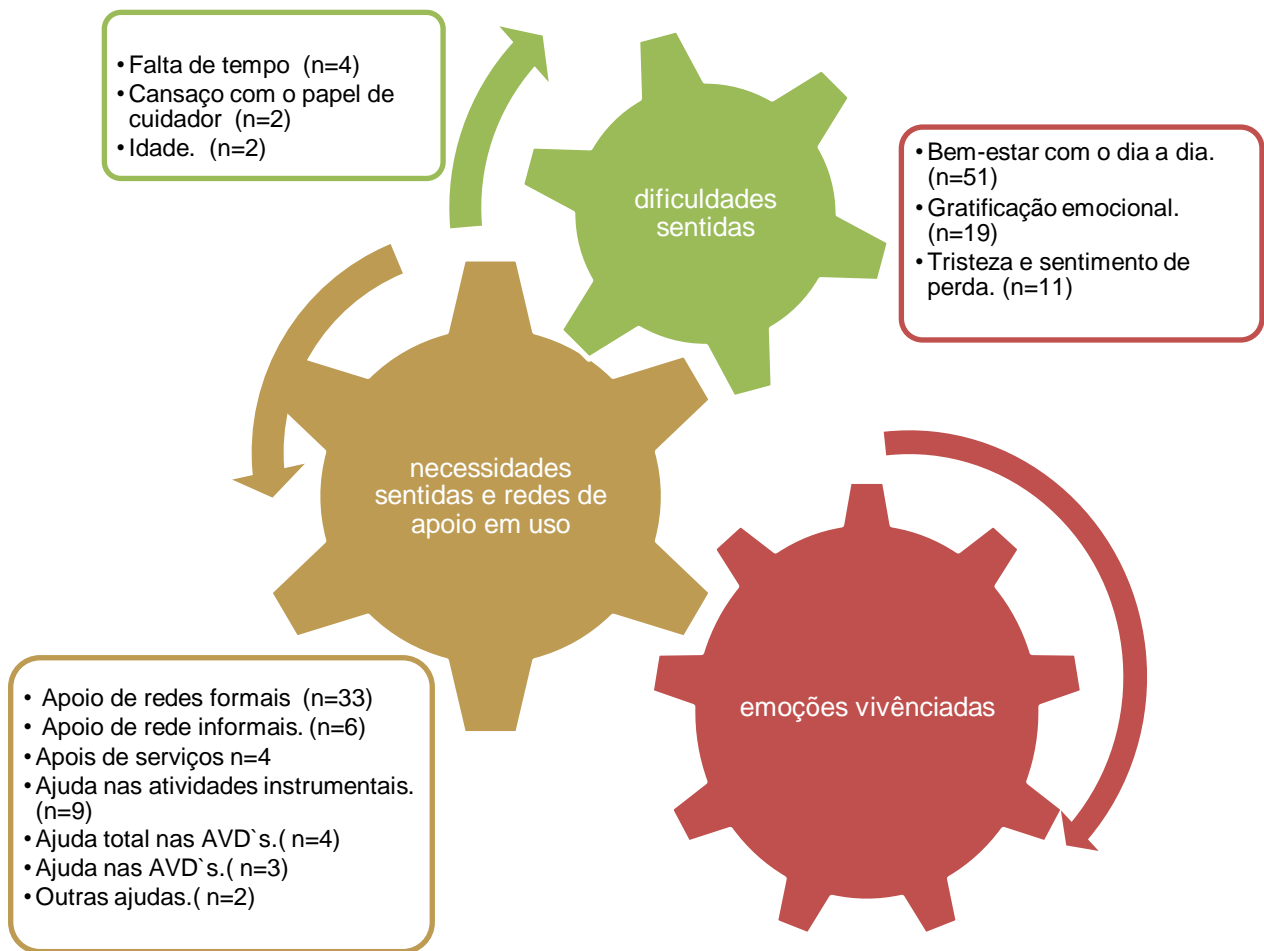
#### 4.3 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

As categorias identificadas parecem estar interligadas entre si. No diagrama constante na figura 2, representa-se essa interligação.

As necessidades sentidas evidenciam vivências diferentes, que são expressas nas diferentes tipologias acima descritas na tabela 8, indo dos aspetos mais operacionais do cuidar de uma pessoa dependente, às relacionadas com a vivência pessoal do entrevistado.

Apesar do uso de redes de apoio, durante as entrevistas, muitos foram os utentes que manifestaram algum cansaço físico, preocupação e alguma ansiedade quando têm de se ausentar de casa, para ir ao centro de saúde, às compras, por exemplo, e o seu familiar mais debilitado, dependente fica sozinho em casa. Estes aspetos sugerem que as dificuldades sentidas, podem de algum modo estarem relacionadas com as necessidades que as famílias manifestaram e as expectativas que têm relativamente às redes de apoio.

**Figura 2** – Diagrama da síntese dos resultados



A análise destes dados permitem-nos alguma compreensão sobre a necessidade dos participantes manifestarem as suas emoções. De alguma maneira as vivências pessoais parecem aqui refletir o modo como as famílias gerem as dificuldades que vão surgindo e como sentem as necessidades no seio familiar, e usam as diferentes redes de apoio, que se vão traduzindo em diferentes emoções que vão vivenciando.





## CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio resume a continuidade de um percurso formativo com vista à aquisição de competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo a realização do estágio contribuído para o nosso desenvolvimento académico e profissional, aprofundando conhecimentos teóricos subjacentes ao estudo desta temática.

Aliado à nossa experiência prévia enquanto profissional, também o campo de estágio escolhido permitiu aprofundar a compreensão do sistema familiar quer na avaliação, quer na capacidade de intervir junto de famílias em momentos críticos do seu desenvolvimento vital. O contacto com realidades de trabalho como as desenvolvidas na USF, ativa na procura de práticas assistenciais responsáveis junto com os cidadãos e famílias, forneceu um referencial identitário. Por outro lado, o inter-relacionamento com os enfermeiros e restantes profissionais de saúde inseridos na USF, disponíveis para o desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem, permitiram a consolidação da identidade profissional e envolvimento pessoal neste percurso.

O Estágio proporcionou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão na prestação de cuidados à família, no contexto da área de especialização, bem como valorização pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados por nós prestados.

O estudo desenvolvido no período de estágio teve como foco o sistema familiar, as famílias constituídas por idosos, numa abordagem sistémica, tendo em vista a capacitação e o empoderamento das famílias, na promoção do autocuidado de acordo com as necessidades identificadas.

A presença de um familiar idoso, envolveu mudanças no sistema familiar afetando involuntariamente a prestação de cuidados com repercussões familiares e sociais. Uma família que funciona bem é um recurso inestimável para os clinicamente enfermos. Por outro lado, a sobrecarga de tarefas, alterações de papéis familiares, dinâmicas e rotinas familiares alteradas, acrescido de comunicação pobre, diminuição da interação familiar e falta de apoio familiar, são sintomas frequentes nas famílias, o que requer dos profissionais de saúde cuidados centrados no sistema familiar, dando sentido a intervenções de enfermagem integradoras de conceções interdisciplinares sobre a dinâmica própria dos sistemas familiares e dos diversos aspetos do processo

saúde-doença. É necessário por um lado, ajudar as famílias a compatibilizar o cuidado e a dependência dos seus familiares com os hábitos e tarefas diárias da família e por outro, ajudar na promoção e na recuperação do bem-estar familiar.

Assim, os resultados do estudo revelam que as famílias constituídas por idosos apresentam necessidades em relação às atividades de vida diária, aos apoios mobilizados e às dificuldades sentidas no dia a dia.

A análise do contexto sistémico das famílias implicadas neste estudo, considerando os seus subsistemas e cada elemento individualmente, foi determinante para conceber intervenções que respondessem de forma fiel às necessidades identificadas. Neste âmbito, é perceptível a importância que o papel do EEESF detém na avaliação e intervenção em famílias com uma pessoa idosa, dando um contributo importante na mudança de paradigma assistencial. O desempenho diferenciado do EEESF, com recurso sistematizado a modelos teóricos e operativos deve ser valorizado, pois enriquece a prática de enfermagem e a comunicação com as famílias na promoção de cuidados seguros e de qualidade.

Contudo, o facto de terem sido encontrados poucos estudos publicados no domínio da EF sobre o tema abordado, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação e divulgação de evidências nesta área. Ainda assim, através da realização deste estudo, julgamos ter reforçado a importância do papel que o EEESF desempenha junto das famílias e no que representa de modo diferenciado, junto do sistema familiar no cuidado aos seus elementos idosos.

Com o culminar deste caminho pessoal e profissional, incorporamos os saberes adquiridos e as competências que desenvolvemos, cientes da importância inquestionável da Saúde Familiar e da diversidade de intervenções e ações ao nosso dispor, em prol do bem estar das famílias às quais prestamos cuidados.

Consciente também da importância de atuar ao nível das necessidades que a sociedade apresente, que neste caso, se centrou nas famílias constituídas por idosos que se tornam gradualmente mais dependentes, dos seus familiares, que, inesperadamente, passam a ser também cuidadores informais, sem formação e/ou informação para esse efeito, surge o Enfermeiro de Família que fornece conhecimentos e ferramentas que possibilitem colmatar com algumas dificuldades e manter o equilíbrio homeostático de cada família.

Neste sentido, sugerimos a criação de uma “Visita domiciliária às famílias constituídas por idosos” no sentido de facilitar a adaptação do seu novo papel. Para tal seriam

prestados ensinamentos e realizados treinamentos, face às necessidades demonstradas pela família.

Ao longo deste caminho, a reflexão que temos vindo a exercer, permitiu-nos alcançar os objetivos a que nos propusemos inicialmente e reafirmar o nosso papel enquanto Enfermeira, na busca incessante de conhecimentos e de aperfeiçoamento da nossa “arte” e, em primeira instância, de todos aqueles que abraçaram a Enfermagem como modo de vida e que têm como tela a família, aquela que necessita do nosso cuidado e atenção.



## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), pp. 202-210. doi:10.1590/S0080-62342005000200011.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 45-53.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, Portugal: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-34112-9.
- Branco, M. A. (2004). *Competência Emocional: um estudo com professores*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa, Portugal: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Canhestro, A. (2018). *Envelhecer com saúde Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954\\_td\\_Ana\\_Canhestro.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf)
- Canço, H. (2014). Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da Pessoa–Apgar. [Tese de Doutoramento]. Coimbra, Portugal: Faculdade de Medicina de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25995>.
- Cantor, M. H. (1975). Life space and the social support system of the inner city elderly of New York. *Gerontologist*, 15: 23-27.
- Cantor, M. H. (1980). The informal support system: its relevance in the lives of the elderly. In E. F. Borgatta & N. McClusky (Eds.). *Aging and Society* (pp. 111-146). Beverly Hills, Califórnia: Sage

- Chick, N. & Meleis, A. (1986). *Transition A Nursing Concern*. Nursing Research Methodology, Aspen Publication
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis: Vozes. ISBN 8532633900.
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), pp.31-38. Obtido em 2 de março de 2021, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão beta2*. Lisboa: IGIF.
- Cunha, M. (2009). *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Vila Real: Ousadias. ISBN 978-989-95913-2-5
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série – nº 60/2006. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- DGS. (2020). Norma nº 011/2020. *Covid-19: Fase de mitigação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>
- Dias, M. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspectiva Sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 139-156. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/9176>
- Duarte, F., & Duarte, M. (1999). Comunicação instrumento de trabalho em enfermagem. *Boletim da biblioteca, Hospital Sobral Cid*.
- Dubouloz, C. (2000). Métodos de análise dos dados e investigação qualitativa, in Fortin, Marie-Fabienne, *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 2.ª Edição. Loures, Lusociência: 305-320.
- Duhamel, F. & Dupuis, F. (2004). Guaranteed Returns: Investing in Conversations With Families of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8 (1), pp. 68–71. doi:10.1188/04.cjon.68-71.
- Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. O idoso problemas e realidades *Manual Sinais Vitais*. pp. 41-50. Formasau

- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. (G. d. IEFP, Ed.) *Integrar*(23), pp. 3-8. Obtido de [https://www.iefp.pt/documents/10181/702853/INTEGRAR\\_23.pdf/5a52fd60-9d20-4354-91b3-30705c9d653](https://www.iefp.pt/documents/10181/702853/INTEGRAR_23.pdf/5a52fd60-9d20-4354-91b3-30705c9d653)
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-59-7.
- 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 Inovação & Investigação em Saúde*, 3(2), pp. 7-20. doi:10.37914/riis.v3i2.84
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. São Paulo: Artmed Editora.
- Fortin, M. (2000), "A interpretação e apresentação dos resultados", in FORTIN, Marie Fabienne, *O processo de Investigação: da concepção à realização*, 2.ª Edição, Loures, Lusociência, pp 329-338.
- Fortin, M., Grenier, R. & Nadeau, M. (2000) "Métodos de colheita de dados", in Fortin, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 2.ª Edição, Loures, Lusociência, pp 147-160.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria. Análise Epistemológica de psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gefaell, C. V. (2007). *Comunicación Terapéutica en Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo, Atlas.
- Gonçalves, A. (1998). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Braga, Instituto de Ciências Sociais/ Universidade do Minho.

- Gonçalves, L. H. T. et al. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC . *Texto & contexto - Enfermagem*, Florianópolis.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática Investigação*. Camarate: Lusodidacta.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família in S. M. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. WHO Regional Office for Europe. Obtido de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/102243/E88841.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf)
- Henriques, C. M., & Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), pp. 31-40. doi:10.12707/RIV19077.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021*. Obtido de <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-lousa-494>
- Leahey, M. & Wright, L. (2016). Application of the Calgary family assessment and intervention models: Reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450–459. <https://doi.org/10.1177/1076426916667972>.
- Leonello, V., Vieira, M., & Duarte, T. (2018). Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), pp.1136-1142. doi:10.1590/0034-7167-2017-0390.
- Magalhães, R. (2012). *Velhice Institucionalizada: Vivência plena do ser idoso nas sociedades contemporâneas*. Beira Interior: Universidade da Beira Interior.
- Martinelli, M. (1999), *Pesquisa Qualitativa - Um Instigante Desafio*, São Paulo, Veras.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.). Pennsylvania: WoltersKluwerHealth, Lippincott-Raven Publishers.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., Silva, S., Charepe, Z., Oliveira, P., & Vilar, A. I. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Investigar a transformação



- nas práticas com as famílias in J. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 281). Porto: ESEP.
- Moimaz, S. A., Fadell, C. B., Yaridl, S. D., & Dinizl, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(16), pp. 965-972.
- Negreiros, P. D., Fernandes, M. D., Macedo-Costa, K. N., & Silva, G. R. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), pp. 120-132. doi:doi.org/10.5216/ree.v12i1.9529.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papiros.
- Nozes, R. (2018). A intervenção com famílias de crianças em risco familiar e ambiental. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22783/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3%20com%20Fam%C3%ADias%20de%20Crian%C3%A7as%20em%20Risco%20Familiar%20e%20Ambiental%20%20Raquel%20Nozes.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Adopção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. *Proposta da MCEEC*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCEEC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, A. L. (2002). *Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação das aprendizagens e de competências*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7 ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Quel, M. Á. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(5), pp. 46-59. doi:10.1016/S1134-2072(07)74019-7

- Quivy, Raymond, Champenhoudy, Luc (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II*, pp. 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79/2015, Série II*, pp. 10087-10090.
- Regulamento n.º 367/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 124/2015, Série II*, pp. 17384-17391. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>
- Regulamento n.º 428/2018. (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 n.º 135/2018, Série II*, 19354-19359.
- Regulamento nº 12672011 de 18 de fevereiro, Diário da República nº 35, - II.P. 8660-8661.
- Regulamento nº. 4272020, 16 de janeiro, Diário da República nº 11/2020 -2ª Série. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Lisboa, Portugal.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento
- Ribeiro, J. L. P. (2020). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2nd ed.). Placebo Editora.
- Rodrigues, M. F., & Costa, M. L. (2013). Enfermeiro de Família: que representação? *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde ESSCVP*, pp. 42-52. Obtido de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31021>
- Rosen, E. J. (1998). *Families facing death: a guide for healthcare professionals and volunteers*. San Francisco: ossey-Bass Publisher.
- Rouseau, N. & Sallant, F. (2000). "A Abordagem de Investigação Qualitativa", in FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 2.ª edição, Loures, Lusociência, 147-160.
- Sampaio, D. & Resina, T. (1994). *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

- Sampiéri, R., Collado, C. & Lucio, M. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª Ed. São Paulo: McGraw Hill. ISBN 978- 85-65848-28-2.
- Santos, M. L. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Universidade de Lisboa. Lisboa: Universidade de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/6979>.
- Silva, S., Figueiredo, M. H., & Melo, P. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e Interações Terapêuticas com uma Família: um estudo de caso. Em J. e. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 291). Porto: ESEP.
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, pp. 60-63.
- Souza, R. F., Skubs, T., & Bretãs, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 60(3), 37-45
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Saúde Pública - Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População*. (7ª ed.) (Capítulo 24, p. 584). Loures: Lusodidacta.
- Taylor, S. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*, Barcelona, Piados Ibérica.
- Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, 57(3), 332–335.
- Tuckman, B. (2002), *Manual de Investigação em Educação*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (1986). “A Análise de Conteúdo”, in Silval, Augusto Santos; Pinto, Madureira, *Metodologias da Ciências Sociais*, 6ª Edição, Porto, Afrontamento, 101-128.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.



**ANEXOS**



## **Anexo I – CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

**Título da pesquisa:** Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos  
**Pesquisador responsável:** Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro  
**Local onde se realiza a pesquisa:** Unidade de Cuidados de Saúde PersonalizadosLousã.  
Este estudo é realizado no âmbito de uma investigação, para a realização de uma dissertação deMestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela alunaRosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro, estudante na Escola Superior de Enfermagem Coimbra. Oobjetivo deste estudo é analisar as necessidadessentidas pelas famíliasconstituídas por idososno seu dia a dia.Este documento, serve para solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevistaeautorização para ser gravada com áudio, garantindo que será destruída. Garante-se total anonimato econfidencialidade a respeito da informação obtida, uma vez que não recolhemos a sua identificação eserá atribuído um código à sua entrevista, após a sua transcrição.A participação neste estudo étotalmente livre e pessoal, respeitando o direito do entrevistado à reserva pessoal no que concerne às questões abordados no decurso da sua entrevista, que irá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.\_\_\_\_\_

### **Declaração**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro por meio destetermo, que concordei em participar por minha livre vontade, no estudo intitulado de “Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos”, desenvolvida pela aluna Rosa Maria da Fonseca MartinsRibeiro, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem deSaúde Familiar, após ter sido informado sobre os objetivos do estudo. A minha colaboração concretizarse-á pelo fornecimento da informação, no decurso da entrevista, que aceitei que seja Audigravada, respeitando o anonimato e a confidencialidade da informação prestada.

Fui também informado de que terei total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-lano seu decurso.

Data: 2022/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador:





## Anexo II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UCSP LOUSÃ

Exmo. Sr . Doutor Araújo

Coordenador da UCSP Lousã

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação com o título: "Necessidades sentidas , pela família constituída por idosos"

Eu, Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o I Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, pretendo realizar um trabalho de investigação sob o título: "Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos", com o objetivo geral: identificar as necessidades sentidas pelas famílias, com idade igual ou superior a 65 anos, integrado no Ensino Clínico do 2º ano, sob a orientação da Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira, Professora Doutora Marília Neves e a da Coorientadora Cooperante Enfermeira Especialista Maria José Martins.

Data prevista do início dos trabalhos: outubro de 2022.

Data prevista para o termino dos trabalhos: fevereiro de 2023.

Objetivos específicos:

- Identificar necessidades em relação às atividades de vida familiar;
- Identificar tipos de apoio mobilizados pela família;
- Avaliar a funcionalidade da família.

População e Amostra/informantes: A população de estudo será composta por famílias constituídas por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lousã, Polo de Serpins.

Garantia de Confidencialidade:Famílias: Não serão recolhidos, nem revelados dados identificadores, ou privilegiados dos entrevistados na apresentação dos resultados, sendo que os dados serão agregados de modo a impossibilitar a identificação das famílias colaborantes.

Irã ser entregue o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, às famílias o objetivo do estudo.e a sua confidencialidade. A participação das famílias é de livre vontade.

Para poder executar este projeto, necessito de entrevistar famílias inscritos no Polo de Serpins.  
Com este propósito venho por este meio, solicitar, junto de Vossa Excelência, a devida  
autorização.

Para qualquer esclarecimento que vossa Excelência entenda ser necessário, deixo em registo o  
meu contacto telefónico: 936380542.


Sem mais nada de momento, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me atenciosamente.

Coimbra, 28 de outubro de 2022

Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

(Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro)

Tomei conhecimento e autorizo,  
em delegação de competências.

PLO coordenador,  
ARS Centro, IP / Acespini  
Miguel Cunha Santos  
 USF Trevim-Sol

## ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA (UICISA: E)

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer N° P914\_10\_2022**

**Título do Projecto:** Necessidades sentidas pela família constituída por idosos

#### **Identificação das Proponentes**

**Nome(s):** Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ACES Pinhal Interior Norte – Unidade de Saúde Familiar Trilhos Dueça, ARS Centro

**Investigador Responsável:** Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

**Orientador:** Aliete Cunha-Oliveira (Orientadora), Marília Neves (Coorientadora), Maria José Martins (Orientadora cooperante)

**Relator:** Maria Filomena Botelho

#### **Parecer**

O projeto tem como objetivo geral identificar as necessidades sentidas pelas famílias constituídas por idosos, e como objetivos específicos: a) identificar necessidades em relação às atividades de vida familiar; b) identificar tipos de apoio mobilizados pela família; c) avaliar a funcionalidade da família.

Segundo os autores trata-se de um estudo transversal, de natureza qualitativa, observacional, exploratório e descritivo, cuja amostra, não probabilística, por conveniência, será composta por famílias constituídas por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lousã, Polo de Serpins a partir do ficheiro da enfermeira de família, enfermeira orientadora cooperante. Esta, após aceitação voluntária das famílias, agendará consultas de enfermagem e/ou visitas domiciliárias

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. São apresentados os instrumentos de colheita de dados. Existe garantia de confidencialidade. Para isso, os investigadores referem o seguinte: "Cada entrevista será identificada com um número atribuído pelo investigador. A entrevista será gravada com áudio, posteriormente transcrita e analisados os dados, e no final as gravações serão destruídas. Os dados serão guardados pela investigadora e orientadora e serão utilizados para fins académicos e também como proposta de intervenções de melhoria dos cuidados. Não serão recolhidos dados que possam identificar os utentes e suas famílias que colaborem na realização do trabalho de investigação, tais como: o nome, morada ou outros dados."

Data prevista de início dos trabalhos: setembro de 2022

Data prevista de fim dos trabalhos: fevereiro de 2023

Data prevista de início da colheita de dados: novembro de 2022

Data prevista de fim da colheita de dados: dezembro de 2022

É apresentada a autorização de realização do estudo por parte da direção da UCSP da Lousã.

Considerando que a população alvo são utentes de uma UCSP (e portanto é aí que se desenvolverá a investigação) deverá ser solicitado parecer à CE da ARS Centro. Esta questão falta esclarecer tendo nós conhecimento que o mesmo se encontra a tentar ser desbloqueado centralmente. Depois deste último aspeto clarificado o parecer é favorável.

Parecer favorável após clarificação deste último ponto.

O relator: *Maria Filomena Botelho*

Data: 22/12/2022

O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Filomena Botelho*

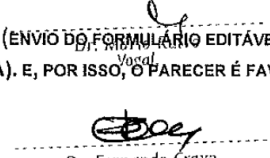


|   |   |
|---|---|
| <b>PARECER FINAL:</b><br><b>FAVORÁVEL</b> | <b>DESPACHO:</b><br><i>Homologar o parecer final na Comissão Ética</i><br><i>15.01.2023</i> |
|---|---|

**ASSUNTO:** **Título:** "Necessidades sentidas pela família, constituída por idosos, (14/1722) da A.R.S. do Centro, I.P." **Autores:** Rosa Maria Ribeiro (IP), Aliete Cunha-Oliveira e Marília Martins (ESENFC) e Maria José Martins (UCSP da Lousã)

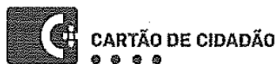
  
Dr.ª Rosa Reis Marques  
Presidente,

Os autores responderam de modo aceitável às questões colocadas (ENVIO DO FORMULÁRIO EDITÁVEL, ESCLARECIMENTO SOBRE O MODO DE OBTENÇÃO DOS DADOS E ENVIO DO PARECER DA CE DA UICISA), E, POR ISSO, O PARECER É FAVORÁVEL

  
Dr. Fernando Cravo  
Vogal,

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro

Assinado por: **CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO**  
Num. de Identificação: B1030073278  
Data: 2023.01.19 09:57:28+00'00'





## ANEXO V - APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978)

### APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978)

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.  | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.                                    | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.   | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.  | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| Pontuação  |  |             |

Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional  
Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção  
Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Escala elaborada por Smilkstein em 1978

Grata pela colaboração





## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I - GUIÃO DE ENTREVISTA

### GUIÃO DE ENTREVISTA

**Título da pesquisa:** Necessidades sentidas pela família constituída por idosos

**Entrevista nº** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

#### **Composição da família:**

**Nº de elementos** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Reformado: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_

| Blocos temáticos                            |  | Observações |
|---|--|-------------|
| Apoios prestados pela família               | Quem o apoia? Com que frequência? Em caso urgência a quem recorre? Como?   |             |
| Necessidades sentidas nas AVD's             | Precisa de ajuda em quê? Na higiene, alimentação? Pode ser mais explicito  |             |
| Dificuldades sentidas no dia a dia familiar | Como é o vosso dia a dia? O que fazem? No tempo livre? O que sente falta no seu dia a dia? Tempo para si? Passerar? Pode ser mais preciso? |             |



## APÊNDICE II - MATRIZ DAS ENTREVISTAS

### MATRIZ DAS ENTREVISTAS

8 entrevistados referiram não sentir, por enquanto qualquer necessidade de ajuda ou outra.

| <b>Categoria</b>                | <b>Subcategoria</b>                                | <b>Unidades de significado</b>  | <b>Unidades registro</b> |
|---------------------------------|--|---|--------------------------|
| Dificuldades sentidas<br>(n=6)  | Cansaço com papel de cuidador                      | Cansaço por cuidar 24h/24h da minha mãe. E <sub>9</sub><br><br>Cansado por cuidar 24h/24h da minha esposa que se encontra muito debilitada. E <sub>32</sub>   | 2                        |
|                                 | Falta de tempo pessoal devido ao papel de cuidador | Pouco tempo para as outras atividades que desenvolvo (coletividades da comunidade). E <sub>6</sub><br><br>Triste por não ter tempo para mim. E <sub>9</sub><br><br>Tempo para passear mais com a esposa e com os amigos. E <sub>12</sub><br><br>Tenho pouco tempo livre para desenvolver outras atividades que gostaria de fazer. E <sub>32</sub> | 4                        |
|                                 | Condicionantes da idade                            | Sinto-me limitada para ir às compras e nas lidas da casa. E <sub>19</sub><br><br>Sinto-me cansado, pois já não tenho as forças que tinha, para andar no quintal e passear com a esposa. E <sub>27</sub>   | 2                        |
| Necessidades sentidas<br>(n=17) | Ajuda nas atividades Básicas de vida diária        | Necessidade de ajuda nos cuidados de higiene, na alimentação. E <sub>7</sub><br><br>Necessita de apoio na gestão terapêutica e na alimentação. E <sub>24</sub><br><br>Apoio nos cuidados de higiene, alimentação e gestão terapêutica. E <sub>31</sub>  | 3                        |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | Ajuda nas atividades instrumentais de vida diária | <p>Só para fazer as compras para a casa. E<sub>4</sub></p> <p>Ajuda para cuidar da casa. E<sub>5</sub></p> <p>Preciso de ajuda para ir às compras e cuidar da casa. E<sub>13</sub></p> <p>Preciso de ajuda para ir às compras, ao médico, ao cabeleireiro... E<sub>16</sub></p> <p>Ajuda para ir às compras e ao médico sempre que necessário. E<sub>21</sub></p> <p>Só preciso de ajuda para fazer as compras e ir ao médico. E<sub>25</sub></p> <p>Só preciso de ajuda para as compras para casa. E<sub>27</sub></p> <p>Gostaria de ter alguém que ficasse a cuidar da minha esposa quando tenho de me ausentar. E<sub>32</sub></p> <p>Necessito de ajuda na alimentação e de transporte quando pretendo sair. E<sub>34</sub></p> | 9 |
|  | Ajuda total nas atividades de vida diária         | <p>Preciso de toda a ajuda para cuidar da minha esposa. E<sub>8</sub></p> <p>Necessito de apoio 24h/24h para cuidar da minha mãe. E<sub>9</sub></p> <p>Necessito de apoio 24h/dia para tudo. Nos cuidados de higiene, na gestão e administração de medicação e alimentação, nos posicionamentos, e de fisioterapeuta 3 dias por semana. E<sub>23</sub></p> <p>Necessito de auxílio nos cuidados de higiene, alimentação e nos cuidados normais para manter a casa cuidada. E<sub>33</sub></p>   | 4 |
|  | Outras ajudas                                     | <p>Tenho necessidades financeiras. E<sub>9</sub></p> <p>Para arranjar material para fazer os trabalhos manuais que tanto gosto</p>  | 2 |

|                               |                        |   |    |
|-------------------------------|------------------------|---|----|
|                               |                        | (casas, moinhos, estação ferroviária, aviões, o que vier á imaginação). E <sub>30</sub>   |    |
| Apoios em uso<br>(n=34)       | Apoio da rede familiar | Do marido e filhos. E <sub>1</sub> E <sub>2</sub> E <sub>4</sub> E <sub>5</sub> E <sub>7</sub> E <sub>13</sub><br>E <sub>18</sub> E <sub>33</sub><br>Da esposa e filhos. E <sub>6</sub> E <sub>12</sub><br>Da esposa. E <sub>3</sub> E <sub>10</sub><br>Do marido. E <sub>9</sub> E <sub>28</sub> E <sub>38</sub><br>Do/a(s) filho/a(s) (Apoio diário, quando não vão a casa telefonam). E <sub>8</sub> E <sub>15</sub> E <sub>17</sub> E <sub>21</sub><br>E <sub>23</sub> E <sub>24</sub> E <sub>27</sub> E <sub>30</sub> E <sub>31</sub> E <sub>32</sub> E <sub>34</sub> E <sub>35</sub> E <sub>36</sub><br>Dos filhos e netos. E <sub>16</sub><br>Da cunhada. E <sub>14</sub><br>Do marido, das filhas e genros. E <sub>19</sub><br>Das netas. E <sub>22</sub><br>Da irmã. E <sub>26</sub> | 33 |
|                               | Apoio da rede informal | Dos vizinhos.E <sub>7</sub> E <sub>8</sub> E <sub>12</sub> E <sub>26</sub> E <sub>27</sub><br>Quando necessário recorre aos vizinhos e amigos. E <sub>29</sub>  | 6  |
|                               | Apoio de serviços      | Tem empregada diária.E <sub>7</sub> E <sub>8</sub><br>Tem apoio domiciliário do Centro de dia e da UCSP. E <sub>7</sub> E <sub>9</sub>  | 4  |
| Emoções vivenciadas<br>(n=36) | Gratificação emocional | Feliz pela família que tem. E <sub>1</sub> E <sub>7</sub> E <sub>12</sub> E <sub>13</sub> E <sub>25</sub><br>Sente-se bem como está. E <sub>4</sub><br>Feliz com o que tem. E <sub>5</sub> E <sub>6</sub><br>Grata por viver com a cunhada que é o seu braço direito. E <sub>14</sub><br>Sente-se grata por a sua filha e neta estarem presentes no seu dia a dia. E <sub>16</sub><br>Grata por ter um marido amigo,  | 19 |

|  |                                       |  |           |
|--|---------------------------------------|--|-----------|
|  |                                       | <p>companheiro de uma vida E<sub>19</sub></p> <p>Tem a companhia do seu gato e do cão. E<sub>20</sub></p> <p>Grata pela vida que tem tido e pelos filhos que tem. E<sub>21</sub></p> <p>Feliz por ter muitos amigos, que são a sua companhia durante o dia. E<sub>24</sub></p> <p>Feliz por ter optado por cuidar dos pais e grato por ter saúde para os acompanhar. E<sub>29</sub></p> <p>Feliz e grata por estar em casa na companhia do filho e marido. E<sub>31</sub></p> <p>Sinto-me grata pelo meu marido cuidar de mim com carinho, e nunca demonstrar que está cansado ou triste por me encontrar tão dependente dele. E<sub>33</sub></p> <p>Falo com os filhos e neto diariamente, e sempre que eles podem vêm visitar-nos ou vamos nós a casa deles. E<sub>37</sub> E<sub>38</sub></p> |           |
|  | <p>Tristeza e Sentimento de perda</p> | <p>(...) triste por se sentir debilitada com poucas forças para ajudar o marido e poder passear mais vezes com ele E<sub>7</sub></p> <p>Um pouco triste pela esposa estar um pouco debilitada impossibilitando de sair E<sub>8</sub></p> <p>Triste por a esposa não ter disponibilidade para ele, pois ela dedica o seu tempo a cuidar da mãe que se encontra acamada E<sub>10</sub></p> <p>Triste, desanimado, inconformado, sensação de vazio pelo facto de ter falecido a esposa (...)Sente a falta da esposa, que era a sua grande</p>   | <p>11</p> |



|  |                                  |  |           |
|--|----------------------------------|--|-----------|
|  |                                  | <p>companheira de viagem...Tem muitos amigos mas por enquanto está um pouco afastado E<sub>11</sub></p> <p>Triste, inconformado, pois a esposa faleceu (...) Não se sente capaz de manter as atividades que fazia até ao falecimento da esposa. Quando tem algumas forças refere que vai para o quintal e fazer caminhadas sozinho. E<sub>15</sub></p> <p>Já se habituou a viver sozinha, tem pena de os filhos estarem distantes, ausentes no seu dia a dia, pois o relacionamento com eles nem sempre é o melhor. E<sub>16</sub></p> <p>Triste, desanimada, inconformada, sensação de vazio pelo facto de ter falecido o marido (...) que era o seu porto seguro, o seu sol. Sente-se sem vontade de fazer nada, de sair de casa. E<sub>20</sub></p> <p>Triste pela filha (...) se encontrar doente e acamada. E<sub>22</sub></p> <p>Sente saudades do marido (falecido). E<sub>25</sub></p> <p>Gostava de ter os meus filhos mais vezes em casa todos juntos. E<sub>28</sub></p> <p>Tenho saudades da esposa (falecida). E<sub>35</sub></p> |           |
|  | <p>Bem-estar com o dia-a-dia</p> | <p>Feliz, gosta de passear nos tempos livres E<sub>2</sub> E<sub>3</sub>E<sub>12</sub> E<sub>16</sub> E<sub>17</sub> E<sub>18</sub>E<sub>21</sub>E<sub>24</sub>E<sub>26</sub>E<sub>35</sub> E<sub>37</sub></p> <p>Sente-se bem, satisfeito. Gosta de estar com os amigos. E<sub>12</sub>E<sub>17</sub>E<sub>18</sub>E<sub>34</sub>E<sub>35</sub> E<sub>36</sub>E<sub>37</sub>E<sub>38</sub></p> <p>Gosta de estar em casa no seu cantinho. E<sub>16</sub>E<sub>28</sub> E<sub>33</sub>E<sub>35</sub> E<sub>37</sub></p> <p>Gosta de andar no quintal (...). E<sub>17</sub> E<sub>25</sub> E<sub>26</sub> E<sub>27</sub>E<sub>35</sub></p>  | <p>51</p> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>Gosta de fazer renda/croché, trabalhos manuais. E<sub>17</sub> E<sub>35</sub> E<sub>36</sub> E<sub>37</sub> E<sub>38</sub></p> <p>Ainda se sente bastante independente no seu dia a dia e auxilia a esposa nas lidas da casa, compras e nas atividades de lazer (...). E<sub>18</sub></p> <p>No dia a dia cuida da casa, faz o almoço todos dias para a filha que vai almoçar com ela. Gosta de (...) ler. E<sub>21</sub></p> <p>No dia a dia gosta de cuidar da sua higiene, de cuidar da casa e de cozinhar. Faz companhia á filha acamada. (...) brinca com a bisneta. E<sub>22</sub></p> <p>Gosta de estar no centro de dia, onde tem muitos amigos, de fazer trabalhos manuais, (...) fazer ginástica. E<sub>24</sub></p> <p>Gosta de cuidar da casa (...) e fazer sopa todos os dias para os filhos levarem para casa. Tem sempre o tempo ocupado. E<sub>25</sub></p> <p>Gosta de (...) ver televisão. E<sub>21</sub> E<sub>22</sub> E<sub>26</sub> E<sub>28</sub> E<sub>34</sub> E<sub>36</sub></p> <p>Gosta de podar as árvores, cuidar das galinhas (...). E<sub>27</sub></p> <p>Nos tempos livres gosto de (...), estar álareira. De ir á missa e ao café, conversar com as amigas. E<sub>34</sub></p> <p>Gosto de jogar á sueca com os amigos. E<sub>35</sub></p> <p>Gosto de fazer a lida da casa, cozinhar. Normalmente durante a semana vêm cá todos almoçar. E<sub>36</sub></p> <p>Gosto de brincar e passear com o neto. E<sub>37</sub> E<sub>38</sub></p> |  |
|--|--|---|--|

**APÊNDICE III – PROJETO DE ESTÁGIO**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

outubro, 2022



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES PIN - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte

ARSC – Administração Regional do Saúde do Centro

CPH – Consulta de Prolongamento de Horário

CSL – Centro de Saúde da Lousã

DGS - Direção Geral da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

SF – Saúde Família

UC – Unidade Curricular

UCSP L – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados Lousã

USF – Unidade de Saúde Familiar



## **SUMÁRIO**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1 - PROJETO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR ....</b> | <b>7</b>  |
| 1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....   | 7         |
| 1.2 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....                                       | 9         |
| 1.3– LOCAL DA REALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR.....                        | 11        |
| 1.4– MATERIAL E MÉTODOS.....   | 11        |
| 1.5- ESPERATIVA DE RESULTADOS E INDICADORES PREVISTOS.....                 | 11        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>   | <b>15</b> |

## **ANEXOS**

**ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA**

**ANEXO II APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978)**

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UCSP LOUSÃ**

**ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO**





## INTRODUÇÃO

Na Unidade Curricular (UC) Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, integra o 3º semestre do 2º ano, do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar foi-nos proposto a elaboração de um Projeto de Estágio.

Tendo presente as competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Familiar, irá ser desenvolvido um Projeto da Prática Clínica, no âmbito do cuidado à família ao longo do ciclo vital.

A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2002). Como sistema é compreendida como um todo e partes indivisíveis, implicando uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento (Bertalanffy, 1977), num contexto ecossistémico mediado pelos processos adaptativos inerentes às competências de auto-organização do sistema familiar.

A Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, irá ser realizado no Centro de Saúde da Lousã, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lousã (UCSP L). Considerando a Família como unidade de cuidados este projeto tem como objetivos principais:

- Desenvolver competência na prestação de cuidados a família, como unidade de cuidados
- Avaliar a família enquanto unidade de cuidados
- Conceber cuidados especializados e desenvolver intervenções direcionadas a família enquanto unidade de cuidados
- Avaliar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem tendo a família como cliente
- Sustentar a prática clínica baseada em evidência científica

Tendo presentes os objetivos delineados , a aquisição de competências no que respeita à prestação de cuidados especializados à família como unidade de cuidados, avaliação, conceção, desenvolvimento e sustentação dessa prática nos referenciais teóricos e na evidencia científica, os conteúdos desta unidade curricular refletem a integração dos conteúdos das diferentes unidades curriculares, nomeadamente, Referenciais Sociopolíticos e Epistemológicos em Enfermagem de Saúde Familiar; Modelos e Técnicas de Avaliação e Intervenção familiar; Família como Unidade de Cuidados; Promoção e Vigilância da Saúde Familiar; Comunicação e Interação em Contextos de Saúde Familiar.

Como metodologia serão consultadas bases de dados científicas, livros de experts e reuniões com a orientador de Estágio, Professora Doutora AlieteCunhaOliveira, com a Professora Doutora Marília Neves e com a Tutora do estágio, Enfermeira especialista Maria José Martins., para discussão e consenso das diversas temáticas. Também terá por base o Guia orientador para a Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos.

O trabalho apresenta um capítulo, primeiro capítulo encontra-se dividido em 6 subcapítulos, sendo estes: enquadramento teórico, objetivos, gerais e específicos, para o projeto, material e método, onde especificamos a população alvo, proposta de intervenção, recursos e parcerias; cronograma; expectativa de resultados, a alcançar; e local de realização.

## **1 - PROJETO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Com a realização do Projeto da Prática Clínica, pretende-se explicar as atividades a desenvolver para a concretização dos objetivos desta UC.

### **1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A família deve ser percebida como um sistema que opera no sentido da procura pela homeostasia e estabilidade funcional. Um sistema encontra-se em constante mudança, sendo que uma alteração numa das partes altera as outras (Townsend, como referido por Martinho, 2019).

Um aspeto fundamental na avaliação e interação com as famílias é a definição do ciclo vital em que esta se encontra, uma vez que vai permitir compreender as principais necessidades da família, trabalho preventivo a ser desenvolvido e esclarecimento sobre questões de cada ciclo (Martinho, 2019).

Seguindo a perspetiva sistémica, uma premissa básica é a de que as crises e adversidades têm um impacto na família como um todo, sendo que os principais processos familiares são mediadores da adaptação de todos os membros e as suas relações (Walsh, como referido por Martinho, 2019).

As famílias ao longo da vida deparam-se com diversas adversidades e fatores de stress que podem perturbar o bem-estar e equilíbrio familiar, contudo algumas são capazes de ultrapassar esta situação de crise de forma eficiente e sair fortalecida (Patterson; Walsh, como referido por Martins, 2014).

A resiliência familiar ocorre quando a família consegue responder à exigência que lhes estão a ser impostas, utilizando os recursos que tem disponíveis e desenvolve as mudanças necessárias para recuperar a sua estabilidade funcional e satisfação familiar, juntamente com as mudanças nos papéis e padrões de funcionamento que sejam necessários (McCubbin & McCubbin; McCubbin et al.; Rutter, como referido por Martins, 2014).

O processo de envelhecimento e problemas associados provocam mudanças na família, obrigando à reorganização e adaptação do idoso e restante família à nova etapa de vida, pelo que podemos considerar um momento de crise no ciclo vital (Souza, Skubs & Brêtas, 2007).

Portugal, à semelhança da maioria dos países da Europa, apresenta uma pirâmide etária envelhecida, em resultado da grande maioria da sua população ser idosa, considerada como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2002).

Segundo os dados disponibilizados pela PORDATA, tem vindo a apresentar-se, em Portugal, valores cada vez mais elevados ao longo dos anos, no que se refere ao índice de envelhecimento e ao índice de dependência de idosos. Dados atuais, do ano de 2020, revelam um índice de envelhecimento situado no valor de 165,1 % e um índice de dependência de idosos de 34,7%. Estes índices variam ao longo do país, sendo a Região Centro uma das que apresenta valores mais elevados, respetivamente 205,2 % e 38,7%. Os dados de 2021 ainda são provisórios, no entanto revelam um novo aumento destes índices (PORDATA, 2021).

O envelhecimento com saúde, autonomia e independência, o tempo mais longo possível, é hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva, traduzindo-se significativamente no desenvolvimento económico dos países. Surge a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude de prevenção e promoção da saúde e autonomia, através da prática de atividade física regular, sem consumo tabágico, consumo moderado de álcool, promoção de fatores de segurança e manutenção da participação social (DGS, 2006).

Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (DGS, 2006).

O envelhecimento não constitui um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Para que isto aconteça, é necessária uma ação integrada ao nível da alteração de comportamentos e atitudes da população em geral, mas também da formação dos profissionais de saúde e intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e apoio social à nova realidade social e familiar bem como uma adaptação do ambiente às fragilidades que frequentemente acompanham a idade avançada (DGS, 2006).

## 1.2 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

|  | <b>Semanas</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|  | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| <b>Objetivos</b>   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Elaboração do projeto de investigação  | █              | █ |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Pedido de autorização ao coordenador da UCSP L para a realização do projeto de investigação  |                |   | █ |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Pedido de apreciação e validação pela da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) |                |   |   | █ |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Entrevista às famílias idosas, e aplicação da escala de Apgar familiar de Smilsten   |                |   |   |   | █ | █ | █ | █ | █ | █  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tratamento dos resultados das entrevistas  |                |   |   |   |   |   |   |   |   |    | █  | █  | █  | █  |    |    |    |    |    |    |
| Colaborar na preparação e realização do II encontro Happy Teams, do ACES PIN   | █              | █ | █ |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Desenvolver competência na prestação de cuidados a família, como unidade de cuidados   | █              | █ | █ | █ | █ | █ | █ | █ | █ | █  | █  | █  | █  | █  | █  | █  | █  | █  | █  | █  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Avaliar a família enquanto unidade de cuidados   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conceber cuidados especializados direcionados à família enquanto unidade de cuidados               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desenvolver intervenções direcionadas a família enquanto unidade de cuidados                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Avaliar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem tendo a família como cliente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conceber cuidados especializados direcionados à família enquanto unidade de cuidados               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desenvolver intervenções direcionadas a família enquanto unidade de cuidados                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboração do relatório do Ensino Clínico  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresentação dos resultados e defesa do trabalho de investigação                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 1.3 – LOCAL DA REALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR

A UC Prática Clínica, irá ser desenvolvida no CS da Lousã, na UCSP L . No período de 27 de setembro de 2022 a 27 de fevereiro de 2023, tendo a duração de 20 semanas com uma carga horária semanal de 18 horas, de ensino clínico e 10 horas de trabalho de campo.

### 1.4 – MATERIAL E MÉTODOS

A **população alvo** do projeto são os utentes da UCSP L, inscritos no Polo de Serpins, Como **recursos materiais** será necessário: gabinete de consulta; computador; impressora; telefone; televisão/monitor; acesso à internet; panfletos.

### 1.5 - ESPERATIVA DE RESULTADOS E INDICADORES PREVISTOS

- Promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população inscrita
- Assegurar cuidados de saúde de forma a garantir a acessibilidade, proximidade, continuidade e globalidade dos serviços prestados
- Alcançar os objetivos propostos pela unidade curricular
- Realização de um trabalho de investigação, de melhoria da qualidade de cuidados prestados às famílias.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados em famílias idosas.





## **CONCLUSÃO**

Com este Projeto de trabalho, pretendo com base nas competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, tendo em conta conceção e concretização de intervenções á Família como unidade de cuidados, suportados nos referenciais teóricos, na metodologia científica e na evidência científica alcançar os objetivos propostos.



## **BIBLIOGRAFIA**

Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica*. Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática Investigação*. Camarate: Lusodidacta

INE, (Censos 2021) [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>

Relvas, A. P. (1996); *O Ciclo Vital da Família – Perspetiva sistémica*, Porto: Edições Afrontamento



## **ANEXOS**



## ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA

**Título da pesquisa:** Necessidades sentidas pela família constituída por idosos

**Entrevista nº** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Composição da família:**

**Nº de elementos** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ reformado: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_

| Blocos temáticos                            |  | Observações |
|---|--|-------------|
| Apoios prestados pela família               | Quem o apoia? Com que frequência? Em caso urgência a quem recorre? Como?   |             |
| Necessidades sentidas nas AVD's             | Precisa de ajuda em quê?<br>Na higiene, alimentação?<br>Pode ser mais explicito  |             |
| Dificuldades sentidas no dia a dia familiar | Como é o vosso dia a dia?<br>O que fazem? No tempo livre? O que sente falta no seu dia a dia? Tempo para si? Passerar?<br>Pode ser mais preciso? |             |





## ANEXO II APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (1978)

Registo da escala:

Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**  
Nome: ROSA MARIA FONSECA MARTINS RIBERO Idade: 56 Anos N° Utente: 281711538 N° Processo: 354502  
Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

**GRUPOS**  
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)

**ITEMS DO GRUPO**

- \* Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma me preocupa.
  - quase nunca
  - algumas vezes
  - quase sempre
- \* Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum.
  - quase nunca
  - algumas vezes
  - quase sempre
- \* Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou projetos.
  - quase nunca
  - algumas vezes
  - quase sempre
- \* Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos.
  - quase nunca
  - algumas vezes
  - quase sempre
- \* Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.
  - quase nunca
  - algumas vezes
  - quase sempre

**PARAMETROS DA ESCALA**

| Item | Valor |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |

**GRUPOS DE SCORE**

| Grupo | Score |
|-------|-------|
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Score total

Nota: Escala retirada do aplicativo informático de registo de Enfermagem Sclinico.

Grata pela colaboração



## ANEXO III–AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UCSP LOUSÃ

Exmo. Sr. Doutor Araújo

Coordenador da UCSP Lousã

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação com o título: "Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos"

Eu, Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o I Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, pretendo realizar um trabalho de investigação sob o título: "Necessidades sentidas pelas famílias, com idade igual ou superior a 65 anos, integrado no Ensino Clínico do 2º ano, sob a orientação da Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira, Professora Doutora Marília Neves e a da Coorientadora Cooperante Enfermeira Especialista Maria José Martins.

Data prevista do início dos trabalhos: outubro de 2022.

Data prevista para o término dos trabalhos: fevereiro de 2023.

Objetivos específicos:

- Identificar necessidades em relação às atividades de vida familiar;
- Identificar tipos de apoio mobilizados pela família;
- Avaliar a funcionalidade da família.

População e Amostra/informantes: A população de estudo será composta por famílias constituídas por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lousã, Polo de Serpins.

Garantia de Confidencialidade:Famílias: Não serão recolhidos, nem revelados dados identificadores, ou privilegiados dos entrevistados na apresentação dos resultados, sendo que os dados serão agregados de modo a impossibilitar a identificação das famílias colaborantes.

Irá ser entregue o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, às famílias o objetivo do estudo.e a sua confidencialidade. A participação das famílias é de livre vontade.

Para poder executar este projeto, necessito de entrevistar famílias inscritos no Polo de Serpins. Com este propósito venho por este meio, solicitar, junto de Vossa Excelência, a devida autorização.

Para qualquer esclarecimento que vossa Excelência entenda ser necessário, deixo em registo o meu contacto telefónico: 936380542.

Sem mais nada de momento, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me atenciosamente.

Coimbra, 28 de outubro de 2022

Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro

(Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro)

Tomei conhecimento e autorizo,  
em delegação de competências.

PLO coordenador,  
ARSCentro, IP / Acespin I  
Mª Paula Cunha Santos  
USF Trevim-Sol

## ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

### Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa:** Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos  
**Pesquisador responsável:** Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro **Local onde se realiza a pesquisa:** Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lousã.  
Este estudo é realizado no âmbito de uma investigação, para a realização de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela aluna Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro, estudante na Escola Superior de Enfermagem Coimbra. O objetivo deste estudo é analisar as necessidades sentidas pelas famílias constituídas por idosos no seu dia a dia. Este documento, serve para solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevista e autorização para ser gravada com áudio, garantindo que será destruída. Garante-se total anonimato e confidencialidade a respeito da informação obtida, uma vez que não recolhemos a sua identificação e será atribuído um código à sua entrevista, após a sua transcrição. A participação neste estudo é totalmente livre e pessoal, respeitando o direito do entrevistado à reserva pessoal no que concerne às questões abordadas no decurso da sua entrevista, que irá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. \_\_\_\_\_

### Declaração

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro por meio deste termo, que concordei em participar por minha livre vontade, no estudo intitulado de “Necessidades sentidas, pela família constituída por idosos”, desenvolvida pela aluna Rosa Maria da Fonseca Martins Ribeiro, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, após ter sido informado sobre os objetivos do estudo. A minha colaboração concretizar-se-á pelo fornecimento da informação, no decurso da entrevista, que aceitei que seja Audi gravada, respeitando o anonimato e a confidencialidade da informação prestada.

Fui também informado de que terei total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso.

Data: 2022/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador:

\_\_\_\_\_

