



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de
queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família**
Capacitation of families of older person with fear of falling at home: Family
Nursing Interventions

Ana Luísa da Silva Almeida

—
Lisboa
2024



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de
queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família**
Capacitation of families of older person with fear of falling at home: Family
Nursing Interventions

Ana Luísa da Silva Almeida

Orientadora: Ana Paula Fernandes das Neves

—
Lisboa
2024

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso, quero agradecer a todos os que de alguma forma permitiram que este fosse concretizado.

Agradeço aos meus pais, pelo esforço e sacrifícios que fizeram ao longo da vida para que as suas filhas pudessem estudar e ter oportunidade de aprofundar os seus conhecimentos. Estou e estarei sempre grata à sua imensa perseverança, sabedoria, carinho, confiança e amor. Qualquer que seja o lugar onde tu, MÃE, estejas, espero que estejas orgulhosa de mim, sabes, vejo o orgulho nos olhos do PAI sempre que nos encontramos.

À Sra. Professora Ana Paula Neves, orientadora deste estudo pelo incentivo, disponibilidade, compreensão e paciência com que me acompanhou ao longo deste percurso.

À Sra. Enfermeira Especialista Ana Paguia, pelo seu incentivo, disponibilidade e otimismo nalguns momentos de desânimo.

À Enfermeira Especialista Olga Barão, por me permitir tantas questões, e se mostrar sempre disponível.

Aos profissionais de saúde dos locais de estágio pelo acolhimento e disponibilidade para responder às minhas dúvidas, fizeram-me sentir parte das vossas equipas. Aos meus colegas da equipa hospitalar pela ajuda na gestão do horário, pela compreensão, e pela vossa força no cumprimento deste percurso.

À minha família, o meu muito obrigado, pelo incentivo e compreensão.

Ao Júlio, amor da minha vida, companheiro de sonhos e projetos, sem ti, não teria sido possível realizar este sonho. Obrigado pelas noites sozinho com os nossos filhos, pela paciência e força, mesmo quando parecia não haver mais para dar. Obrigado por estares sempre do meu lado.

Carolina e Miguel, meus príncipes, vocês são a razão de ser deste percurso, desculpem ter-vos privado tanto da companhia da vossa mãe. Obrigado pelo vosso amor, carinho e compreensão.

O meu agradecimento a todos os participantes do projeto, foram elementos centrais neste percurso.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychology Association

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCEE - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FES- I 7 itens – Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens

LBS - Lei de Bases da Saúde

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIESF - Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

PLS - Plano Local de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança dos Doentes

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

RESUMO

Introdução: A presença da família é determinante para as pessoas idosas com medo de queda no domicílio. Reconhecendo o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) na gestão dos processos de saúde das famílias, e que a recorrência de quedas é o principal fator para o desenvolvimento de medo de cair nas pessoas idosas que vivem no seu domicílio, com consequências para os próprios e sua família, desenvolveu-se este projeto, que teve como objetivos: Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde família e por fim Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

Metodologia: Foi adotada a metodologia de projeto e desenhou-se um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal, com recurso a técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. A fundamentação teórica teve por base uma revisão *scoping* seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. Recorreu-se aos referenciais teóricos do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) assim como à FES- I 7 Itens para avaliação do medo de queda na pessoa idosa.

Resultados: Foram recrutadas dezassete famílias. Inicialmente, obteve-se um valor médio de 17,76 valores na FES-I 7 Itens, presença de medo de queda muito elevado, e 64,7% dos familiares expressam ter muita preocupação com esta problemática. Estes resultados sugeriram a implementação de intervenções de enfermagem de saúde familiar personalizadas e centradas na dinâmica familiar, com recurso às forças das mesmas. Na fase de avaliação do projeto obtiveram-se valores médios 16,18 na FES-I 7 Itens, ou seja, medo de queda elevado, com 35,3% dos familiares ainda demonstrando muita preocupação. A avaliação revela uma diminuição do medo de queda da pessoa idosa, assim como, na preocupação do seu familiar.

Conclusão: A implementação de intervenções personalizadas pelo EEECESF, no contexto de cada família, revela-se fundamental para a capacitação dos familiares das pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

Palavras-Chave: Família; Enfermagem de saúde familiar; Ambiente domiciliário; Pessoa idosa; Medo de queda

ABSTRACT

Introduction: The presence of family is crucial for elderly individuals afraid of falling at home. Recognizing the role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing in managing family health processes, and that recurrent falls are the main factor in the development of fear of falling among elderly individuals living at home, with consequences for themselves and their families, this project was developed. Its objectives were: to care for the family as a unit of care, and for each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention; to lead intervention processes in the field of family health nursing; and finally, to empower families of elderly individuals afraid of falling at home.

Methodology: A project methodology was adopted, and a quantitative, descriptive, and longitudinal study was designed using a non-probabilistic sampling technique for convenience. The theoretical framework was based on a scoping review following the Joanna Briggs Institute methodology. The theoretical references of Betty Neuman's Systems and the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, as well as the FES-I 7 Items for assessing fear of falling in the elderly, were used.

Results: Seventeen families were recruited. Initially, an average score of 17.76 was obtained on the FES-I 7 Items, indicating a very high fear of falling, and 64.7% of family members expressed great concern about this issue. These results suggested the implementation of personalized family health nursing interventions focused on family dynamics, using their strengths. In the project evaluation phase, average scores of 16.18 were obtained on the FES-I 7 Items, indicating a high fear of falling, with 35.3% of family members still expressing great concern. The evaluation revealed a decrease in fear of falling among elderly individuals, as well as in the concern of their family members.

Conclusion: The implementation of personalized interventions by the SNFHN, within the context of each family, is essential for empowering the families of elderly individuals afraid of falling at home.

Keywords: Family; Family health nursing; Home environment; Elderly person; Fear of falling

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1 Família, a pessoa idosa e o envelhecimento	11
1.2 Quedas, o medo de queda e as suas implicações para as famílias.....	11
1.3 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	13
1.4 Intervenções do enfermeiro de família na capacitação da família da pessoa idosa com medo de queda no domicílio	15
2. METODOLOGIA DE PROJETO.....	19
2.1 Caracterização dos contextos clínicos	19
2.1.1 Unidade de Cuidados de Saúde Primários	20
2.1.2 Unidade de Saúde Familiar	20
2.2 Diagnóstico de situação.....	21
2.3 Definição dos objetivos	22
2.4 Planeamento das atividades	23
2.5. Questões ético-legais.....	23
2.6. Execução e implementação das atividades planeadas.....	24
2.6.1 Diagnósticos de Enfermagem	30
2.6.2 Avaliação dos resultados.....	34
2.6.3 Divulgação de resultados	34
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	35
4.1 Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.....	35
4.2 Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	42
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Adaptação do Modelo dos Sistemas de Betty Newman

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 1

Quadro nº2 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 2

Quadro nº3 - Mediana de variáveis de FES – I 7itens inicial

Quadro nº4 - Comparação entre a FES – I 7itens inicial e final da pessoa idosa

Quadro nº5 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 3

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito das Unidade Curriculares (UC) *Estágio e Estágio com Relatório* do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O relatório tem como principais objetivos: apresentar o Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar (PIESF) e os resultados da sua implementação; e analisar as competências desenvolvidas ao longo dos estágios, relacionando-as com os descritores de Dublin para o grau de mestre, em articulação com as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (CCEE) e as competências específicas para Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Os estágios decorreram numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), no período de maio 2023 a fevereiro 2024.

Nestas UC's, desenvolveu-se um PIESF com base na metodologia de projeto, segundo Ruivo et al. (2010), intitulado *“Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família”*. Este tema surge associado ao diagnóstico de situação realizado em contexto de estágio assim como à experiência profissional da estudante.

O medo de cair altera a forma de estar da pessoa que o vivencia, mas também da sua família/cuidador. Manter a pessoa com medo de cair em segurança é um direito, tornando-se importante compreender como o medo pode influenciar o próprio, assim como a restante família/cuidador informal. Capacitar a família da pessoa com medo de cair deve ser uma prioridade para o EEECESF. Desta forma, é de extrema importância os enfermeiros envolverem as famílias na sua prática, não visando apenas os indivíduos como foco dos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2013).

Em 2019, existiam em Portugal aproximadamente 800 mil cuidadores informais (Agência de Informação Norte, 2019) que cuidam de pessoas não apenas com doença ou incapacidade, mas também em situação de fragilidade, como são as pessoas com história anterior de quedas e conseqüente medo de cair. Cruz et al. (2022) fizeram um estudo e concluíram que mais de 33,1% dos inquiridos caem em casa. Em Portugal, a prevalência

de lesões por queda é superior a 76% na faixa etária dos 65-74 anos, podendo ser ainda de 90% na faixa etária dos 75 e mais anos (Coimbra et al., 2019). A recorrência de quedas é referenciada como o principal fator do medo de cair entre as pessoas idosas que residem no seu domicílio (Vitorino et al., 2017).

O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo intitula-se Enquadramento Teórico, onde são apresentados os conceitos essenciais deste relatório, família, pessoa idosa e o envelhecimento, queda e medo de queda, assim como as suas implicações na família. De modo a conceptualizar este projeto, foi ainda explorado o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman adaptado ao objeto de estudo, assim como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Finaliza-se este capítulo com a exposição das intervenções de enfermagem de saúde familiar decorrentes dos resultados obtidos pela revisão *scoping*.

O segundo capítulo aborda a Metodologia de projeto e descreve as etapas da metodologia de projeto deste o diagnóstico de situação até à divulgação dos resultados.

O terceiro capítulo descreve e analisa as atividades realizadas ao longo das UCs de Estágio e Estágio com relatório que possibilitaram o desenvolvimento de competências de mestre, CCEE e competências específicas do EEECESF.

No último capítulo realizam-se as principais considerações finais obtidas com a realização do projeto, com a procura constante de compreender de que modo o EEECESF pode ajudar as famílias ao longo do seu ciclo vital, e de forma concreta, famílias com pessoas idosas com medo de queda no domicílio. De seguida, são apresentadas as referências bibliográficas.

Posteriormente, num segundo documento, são apresentados os Apêndices e Anexos que serviram de suporte à redação do relatório.

Este relatório foi redigido segundo as regras do acordo ortográfico e as indicações do Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023). As referências bibliográficas basearam-se nas normas da Associação Americana de Psicologia, 7ª edição, (2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Família, a pessoa idosa e o envelhecimento

O conceito de família tem sofrido modificações consideráveis ao longo do tempo (Figueiredo, 2020; Walsh, 2016). Para Wright e Leahey (2013), a família apresenta cinco atributos essenciais: os elementos devem funcionar como um sistema; podem ter ou não ligações consanguíneas; podem existir ou não crianças descendentes dessa unidade e os elementos estão empenhados fisicamente e emocionalmente neste sistema, sendo que todos assumem funções de proteção, socialização e cuidado entre eles. Para nortear a realização deste projeto iremos considerar o conceito de família proposto por Wright e Leahey (2013).

A família é a base da sociedade, e de acordo com Caniço et al. (2010), os cuidados de saúde à família são a solução para a melhoria da qualidade de vida, tal como na obtenção de importantes ganhos em saúde. Consequentemente os EEECESF, têm um enorme repto na promoção da saúde das famílias, comunidades e sociedade.

A população portuguesa é constituída por 23,8% de pessoas idosas (Pordata, 2024a), ou seja, pessoas com 65 ou mais anos e, ainda de acordo com a mesma fonte em 2021, 517.146 pessoas idosas viviam sozinhas (Pordata, 2024b). As famílias em Portugal encontram-se a envelhecer, se no início do século XX, em 2001, existiam 101.6 idosos por cada 100 jovens, em 2022 existiam por cada 100 jovens, 183.5 pessoas idosas (Portada, 2023c). O envelhecimento dos indivíduos a um nível biológico implica alterações fisiológicas que podem proporcionar o aparecimento de variadas patologias, ou mesmo um declínio geral da capacidade física, contudo estas alterações não são lineares (World Health Organization [WHO], 2016). Os ambientes em que as pessoas idosas vivem influenciam a sua independência e autonomia, pois podem ser um recurso ou barreira para o desempenho das suas atividades (WHO, 2016).

1.2 Quedas, o medo de queda e as suas implicações para as famílias

O medo é definido como “um estado emocional resultante da consciência do perigo ou de ameaça”, e ainda como “preocupação com determinado facto ou determinada possibilidade” (Priberam, 2023). O medo de cair é um aspeto importante na população idosa, pois pode desencadear ansiedade, dificuldade na realização de

atividades de vida diária, com repercussão na diminuição ou ausência de atividade física, o que por si só aumenta o risco de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020; Vitorino et al., 2017; Yang et al., 2023).

O medo de queda pode ser operacionalizado como uma consequência da queda, ou como preditor de futuras quedas (Yang et al., 2023). Vitorino et al. (2017), concluíram que os fatores de risco associados ao medo de cair são, a maior incidência de quedas, a pessoa ser do sexo feminino, idade (maior idade, principalmente acima dos 70 anos), e fraca autoapreciação do estado de saúde. O sedentarismo, decréscimo na mobilidade, equilíbrio, viver sozinho ou com reduzida rede social e a polimedicação são fatores de risco para o medo de cair na pessoa idosa (Lach, 2005). A compreensão do processo de gerir o medo de queda, na perspetiva da pessoa idosa e da sua família, é um passo importante para as capacitar na prevenção de quedas (Huang, 2005).

A nível familiar a queda implica custos diretos relacionados com o tratamento das lesões e custos indiretos relacionados com a perda financeira pela ausência ao trabalho para cuidar do seu familiar, com sofrimento psicológico, aumento do tempo gasto em cuidados à pessoa idosa, aumento da sobrecarga objetiva e subjetiva, e consequentemente na diminuição da sua qualidade de vida (Davey et al., 2009; Vaishya & Vaish, 2020). A nível social a queda implica, para além dos custos associados aos anos de vida ajustados à incapacidade, custos económicos devido ao aumento do tempo de hospitalização e dos encargos associados aos recursos humanos, materiais, exames complementares de diagnóstico e terapêutica em consequência do acréscimo de intervenções adicionais (Vaishya & Vaish, 2020; WHO, 2021).

Um estudo sobre a díade pessoa idosa/familiar cuidador tentou compreender como é percecionado o medo de queda da pessoa idosa, pelo próprio e pelo familiar. Conclui-se que os cuidadores familiares estavam mais preocupados com as futuras quedas do familiar do que as próprias pessoas idosas, o que implica um aumento de sobre proteção, com limitação da sua independência. Atendendo a esta perspetiva, os autores sugerem que sejam realizados estudos sobre intervenções de prevenção de quedas e medo de queda, centradas na família (Yang et al., 2023). Também Ang et al. (2019) referem que a família tem consciência do risco de queda, assim como disponibilidade para ajudar o seu familiar a prevenir a sua recorrência no domicílio, sendo assim importante que os profissionais de saúde incluam os familiares nas suas

intervenções, e valorizem as suas preocupações relacionadas com medo de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020).

1.3 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Os modelos conceptuais “proporcionam uma descrição (...) da meta ou das atividades de cuidados, (...) servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar (...), os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados” (Silva, 2002, pg. 5). Os conceitos metaparadigmas em que este projeto se baseia são: Cuidados de Enfermagem à família, Pessoa (Familiar/Pessoa), Saúde, Ambiente familiar (Domicílio).

Para nortear a intervenção durante o estágio foi selecionado o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman que se baseia na Teoria Geral dos Sistemas. Este modelo descreve a família como unidade em que os membros interagem entre si, sendo este o foco da ação. A família é vista como um todo, afetada pelo ambiente. É considerada como uma estrutura fundamental da comunidade, ou seja, as suas práticas/quer sejam psicológicas, comportamentais ou tradições, influenciam não só os seus membros, mas também a sua comunidade (Jajic et al., 2011). Para Neuman e Fawcett (2011), no ambiente onde a família se insere, existem fatores de *stress* com potencial para causar uma reação sintomática, ou afetar o reequilíbrio após o contato com o mesmo. A prevenção primária tem o propósito de melhorar as linhas de defesa, através da redução de fatores de risco, e eliminação ou redução do stressor. A prevenção secundária, surge após o aparecimento do sintoma, ou neste caso, o medo de queda, devendo ser implementadas intervenções que capacitem a família na sua gestão. A prevenção terciária deve ser executada quando já ocorreu a queda e são mobilizados recursos internos ou externos do indivíduo/família para a reabilitação (Stanhope & Lancaster, 1999).

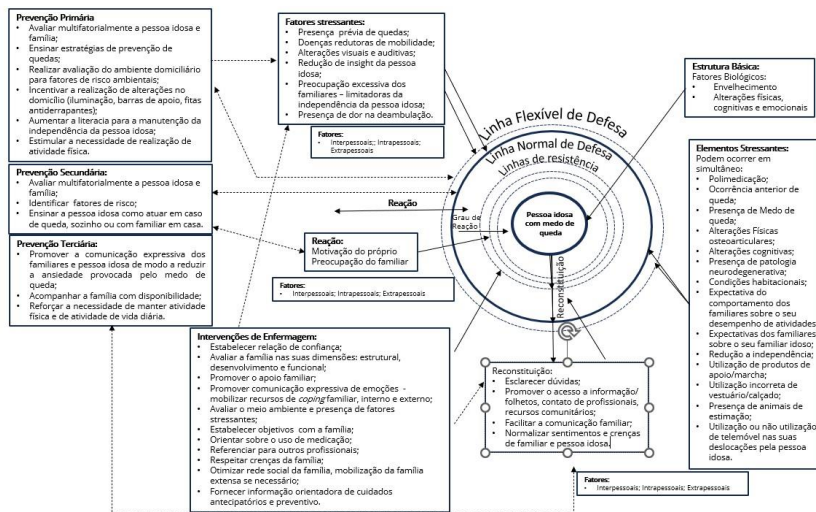
Neste modelo, a prevenção relaciona-se com a existência de stressores extrapessoais, intrapessoais e interpessoais (Santos, 2021), que influenciam, no tema em estudo, o medo de queda da pessoa idosa.

Os stressores extrapessoais prendem-se com as questões do meio ambiente onde a família e a pessoa idosa se inserem como: piso escorregadio ou irregular, inexistência

de barras de apoio; calçado inadequado, entre outros. Os stressores intrapessoais relacionam-se com questões de auto percepção e fatores de risco intrínsecos, como por exemplo, presença de medo de queda, polimedicação ou alterações da marcha. Finalmente os stressores interpessoais definem-se pelos fatores externos, tais como, a presença de familiares, rede de apoio externa ou recursos comunitários.

Para intervir com a família da pessoa idosa com medo de queda no domicílio adaptou-se o modelo dos sistemas de Betty Neuman (Figura 1), tendo por base as intervenções identificadas na revisão *scoping* (Apêndice I).

Figura 1. Adaptação do Modelo dos sistemas de Betty Newman



De modo a realizar uma avaliação familiar sistematizada, decidiu-se ainda recorrer ao MDAIF. Este modelo ao ser aplicado na diáde enfermeiro – família, permite a existência de um processo terapêutico colaborativo, integrado e participativo. O MDAIF possibilita uma abordagem em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional, com propostas de intervenção em cada uma delas, respondendo assim às necessidades das famílias e estruturando o processo de enfermagem (Figueiredo, 2020).

1.4 Intervenções do enfermeiro de família na capacitação da família da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Para identificar as intervenções do EEECESF que capacitam a pessoa idosa e a família para a prevenção do medo e do risco de queda no domicílio, foi realizada uma revisão *scoping*, que se encontra em apêndice (Apêndice I). Os dados identificados com a realização desta revisão foram agrupados em nove categorias, nomeadamente: relação terapêutica, envolvimento familiar, cuidados personalizados, educação para a saúde, avaliação multifatorial do risco de queda, modificação do domicílio, encaminhamento, transição entre serviços de saúde e consultoria.

A categoria Relação terapêutica destaca a importância das relações entre a pessoa idosa e os enfermeiros, bem como entre as famílias e os enfermeiros, no apoio à autogestão para a prevenção de quedas. Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa idosa e a família é crucial para motivar e garantir a adesão ao plano terapêutico (Killingback et al., 2022). A família é encarada como um elemento facilitador do processo de reabilitação da pessoa idosa (Olson et al., 2022). Os profissionais enfatizam a importância de uma comunicação eficaz com a família, acreditando que a pessoa idosa que recebe apoio familiar obtém melhores resultados em saúde (Killingback et al., 2022).

Relativamente à categoria Envolvimento familiar, os estudos identificados consideram que a rede social é crucial para o desenvolvimento de ambientes seguros e promover a adesão às estratégias de prevenção de quedas. De acordo com Killingback et al. (2022), o envolvimento da família é uma intervenção essencial para melhorar os resultados, especialmente na promoção da prática de exercício regular. Kim et al. (2019) também salientam a importância de envolver a família da pessoa idosa na gestão do risco de quedas, sendo que estes indivíduos frequentemente procuram orientação para manter um ambiente doméstico seguro.

Na categoria Cuidados personalizados, Killingback et al. (2022) destacam a natureza destes cuidados na prevenção de quedas a longo prazo. Ao estabelecer metas significativas centradas na pessoa os enfermeiros motivam a pessoa e garantem o sucesso dos programas de prevenção de quedas. Montero-Odasso et al. (2022) recomendam que os enfermeiros questionem a pessoa idosa e a família sobre os seus objetivos e metas. Além disso, Olson et al. (2022) enfatizam a importância de os enfermeiros considerarem os *insights* que a família pode fornecer sobre o ambiente

doméstico e os níveis de mobilidade desejados para o seu familiar, permitindo este conhecimento ajudar os profissionais a planejar intervenções mais eficazes. De acordo com Tan et al. (2021), a identificação precoce das necessidades da pessoa idosa e o planeamento das intervenções de enfermagem são cruciais para atender às necessidades da unidade pessoa-família.

Na categoria Educação para a saúde, foram identificados vários resultados-chave relacionados com a educação e a capacitação da pessoa e família. Um foco crucial passa pela consciencialização e aumento de conhecimento sobre o fenómeno da queda e a importância de identificar os fatores de risco para a ocorrência da mesma (Montero-Odasso et al., 2022).

Informar a pessoa e família sobre as técnicas seguras de transferência é essencial (Powell-Cope et al., 2017). Olson et al. (2022) e Powell-Cope et al. (2017) também destacam a necessidade de informar a pessoa e família sobre a manutenção da mobilidade e funcionalidade nas atividades de vida diária. Olson et al. (2022) salientam a necessidade de fornecer informações sobre produtos de apoio, como andarilhos, cadeiras de higiene e barras de apoio na casa de banho. Esta informação permite aumentar a confiança dos familiares para auxiliar a pessoa idosa. Outros autores focam a necessidade de aumentar o nível de conhecimento dos familiares para a gestão do risco de quedas e a implementação de estratégias de prevenção de quedas (Montero-Odasso et al., 2022; Olson et al., 2022; Powell-Cope et al., 2017; Powell-Cope et al., 2018). Para gerir o risco de quedas, os familiares podem aumentar a segurança aprendendo sobre os diferentes fatores ambientais e as modificações arquitetónicas (Kim et al., 2019; Montero-Odasso et al., 2022; Olson et al., 2022; Oliveira et al., 2016; Powell-Cope et al., 2017; Powell-Cope et al., 2018; Yeni & Yilmaz, 2022). Outros autores enfatizam a importância de consciencializar a família sobre a possibilidade de encaminhamento para diferentes profissionais de saúde (Montero-Odasso et al., 2022; Olson et al., 2022; Powell-Cope et al., 2017; Tan et al., 2021).

A família deve ser informada acerca das estratégias positivas tais como: envolver-se em atividades domésticas juntos, procurar a ajuda sempre que necessário e intervir quando a pessoa sofre uma queda (Powell-Cope et al., 2017; Powell-Cope et al., 2018). Para intervir em caso de queda, a família deve saber realizar os primeiros socorros e ajudar a pessoa a levantar-se. Além destas informações, Powell-Cope et al. (2018)

recomendam que as sessões educacionais devem capacitar a família para avaliar os riscos de queda presentes no ambiente. Estas sessões devem ser complementadas com a distribuição de folhetos e vídeos educativos.

Na categoria Avaliação multifatorial do risco de quedas, Olson et al. (2022) destacam o papel crucial dos enfermeiros na avaliação do risco e no planejamento de intervenções de prevenção de quedas. Na avaliação do risco, a informação fornecida pela família assume um papel crítico, especialmente no que diz respeito ao histórico de quedas anteriores, às circunstâncias dessas quedas, ao processo de recuperação e aos medicamentos administrados. Killingback et al. (2022) realçam a importância de avaliações regulares do risco de queda. Montero-Odasso et al. (2022) suportam esta intervenção destacando que os enfermeiros devem avaliar o risco em cada interação com a pessoa idosa e família. Esta avaliação pode começar com recurso à seguinte questão: "teve alguma queda nos últimos 12 meses?". Devem seguir duas questões adicionais: "teve problemas de equilíbrio ao caminhar ou ao estar de pé?" e posteriormente, "tem medo de cair?". Quando possível, é essencial realizar uma avaliação abrangente explorando detalhes como a frequência de quedas, as circunstâncias, o contexto, a gravidade e as consequências, bem como os fatores de risco intrínsecos e os fatores extrínsecos.

Powell-Cope et al. (2018) advogam uma avaliação multifatorial que inclua o ambiente. Estes autores utilizaram o programa "*Check for Safety*", desenvolvido para aumentar a segurança do domicílio através da aplicação de uma lista de verificação que permite identificar e intervir junto de riscos presentes no ambiente doméstico.

Relativamente à categoria Modificação do domicílio, Yeni e Yilmaz (2022), desenvolveram um programa de intervenção que consistia na realização de três visitas domiciliárias. Durante a visita inicial, foi implementada uma sessão de educação para a saúde e fornecido um folheto que abordava as barreiras arquitetónicas e os fatores de risco para a ocorrência de quedas. As visitas subsequentes reforçaram estas informações e permitiram avaliar o ambiente. As modificações mais frequentemente recomendadas focaram a presença de pisos molhados ou escorregadios. Os investigadores implementaram medidas económicas e facilmente alcançáveis, incluindo a instalação de barras de apoio nas casas de banho (chuveiros e sanitário) e a utilização de tapetes antiderrapantes no chuveiro/banheira. Kim et al. (2019) também destacaram a

importância da modificação do domicílio de forma a reduzir o risco de quedas, considerando que esta intervenção é uma componente crítica dos programas de prevenção de quedas.

Vários estudos enfatizam a categoria Encaminhamento focando a importância de envolver os restantes profissionais de saúde sempre que necessário (Montero-Odasso et al., 2022; Olson et al., 2022; Powell-Cope et al., 2017; Tan et al., 2021). Com esta intervenção os enfermeiros garantem que a pessoa recebe os cuidados adequados às suas necessidades, promovendo uma estratégia de prevenção de quedas mais eficaz. Tan et al. (2021) focam o encaminhamento da pessoa idosa para programas comunitários de exercício, dado os seus benefícios na prevenção de quedas. No entanto, Killingback et al. (2022), destacaram que muitos profissionais de saúde manifestam falta de conhecimentos acerca da existência destes programas.

Na categoria Transição entre serviços de saúde, Killingback et al. (2022) destacam lacunas na transição da pessoa idosa dos serviços hospitalares para os serviços comunitários, em que a disponibilidade de programas de prevenção de quedas é reduzida e à necessidade de maior consciencialização sobre a existência desses programas. Por fim, na categoria Consultoria Kim et al. (2019) referem a importância de os enfermeiros atuarem como consultores junto de entidades públicas e profissionais de construção para identificar e abordar os fatores estruturais que podem levar a quedas. Este esforço colaborativo é um componente crítico de uma abordagem abrangente para a prevenção de quedas.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

O projeto de intervenção é um processo metodológico que demonstra o planejamento de atividades de acordo com a identificação de um problema previamente reconhecido. Através da metodologia de projeto o estudante desenvolve competências pessoais e profissionais, atendendo a uma situação real (Ruivo et al., 2007).

2.1 Caracterização dos contextos clínicos

O Estágio foi realizado em duas UC's, a UC Estágio, desenvolvida em contexto de UCSP e numa USF, entre 8 de maio e 14 julho de 2023, com um total de 244 horas de contacto. Posteriormente a UC Estágio com relatório, foi desenvolvida em contexto de USF de 25 de setembro a 09 de fevereiro 2024, com total de 502 horas de contato.

Ambas as estruturas estão inseridas no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), integrado na ARS LVT. O ACeS abrange três concelhos, com uma área geográfica de 890,92 Km² e 246814 utentes, que contabilizam 322326,50 unidades ponderadas, com um nível de dependência de 56,97% (Ministério da Saúde [MS], 2023a).

No momento da efetivação do Estágio estava em vigor o Plano Local de Saúde (PLS) 2019-2023. Este documento tinha como visão "maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os setores da sociedade, bem como da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis" (MS, 2019, pg. 14). O PLS selecionou como determinante de saúde para atuação prioritária: a alimentação saudável, a atividade física, o tabagismo e a literacia em saúde (MS, 2019).

A caracterização dos contextos dos estágios foi possível a partir da consulta e pesquisa em páginas institucionais do Serviço Nacional de Saúde, como os indicadores de saúde, o S. Clínico e entrevistas com os diferentes profissionais de saúde. Ao longo dos estágios, foi possível conhecer a dinâmica de enfermagem de cada contexto, método de trabalho e compreender de que forma o EEECESF pode implementar processos de melhoria de qualidade dos cuidados prestados às famílias.

2.1.1 Unidade de Cuidados de Saúde Primários

A UCSP é composta por 8 enfermeiros, 7 médicos, 6 secretários clínicos e 3 assistentes operacionais (MS, 2023b). Esta equipa presta cuidados a 13373 utentes em que 5745 se encontram sem médico de família. Esta população apresenta um índice de dependência de 48.7% e um índice de pessoas idosas de 26,68%.

O método de trabalho é o método de tarefa, ou seja, cada enfermeiro está agregado a uma determinada área de intervenção: sala de tratamentos, vacinação, consulta de saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna.

2.1.2 Unidade de Saúde Familiar

A USF é constituída por 6 enfermeiros, 6 médicos, 4 secretários clínicos e 2 assistentes operacionais. Apresenta autonomia técnica, organizacional e funcional, encontrando-se entre modelos de desenvolvimento, aguardando auditoria pela Entidade Regional de Apoio para passar de modelo A para modelo B.

Esta Unidade tem uma população de 10569 utentes inscritos com um índice global de dependência de 61,48%, sendo na sua maioria pessoas idosas (MS, 2023c).

A USF tem como missão a prestação de “cuidados de saúde personalizados com a garantia de acessibilidade, qualidade, continuidade e globalidade, à população inscrita” (MS, 2023c). Esta unidade presta cuidados em cooperação com outras unidades funcionais do ACeS, como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

Durante o decorrer dos Estágios foi possível constatar que os utentes se encontram distribuídos por diversos programas de saúde: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - Materna, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional de Diabetes, e Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Rastreio Oncológico; Tratamento de feridas e Programa Nacional para a Pessoa Idosa.

Na área de abrangência da USF, existem diversos recursos comunitários sociais e de saúde, como a Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, mas parceiras do Programa nacional de saúde escolar, Instituto de Segurança Social e Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Foi realizada ainda pesquisa de recursos comunitários, para compreender que tipo de atividades são desenvolvidas na área de abrangência da USF a nível de atividade física vocacionada para as pessoas idosas, existindo o programa *Desportivamente em Reforma*.

2.2 Diagnóstico de situação

Na população da USCP e da USF onde decorreram os estágios identificou-se um envelhecimento demográfico em que um elevado número de pessoas idosas recorre a estas unidades para realização de tratamento por trauma associado a quedas no domicílio. Emergiu assim a necessidade de realizar um projeto de intervenção-ação para dar resposta a esta realidade, intitulado “Capacitação de familiares de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenções do enfermeiro de família”, sendo esta temática também motivada pela mestrandia pelo seu percurso laboral e enquanto gestora de Risco Clínico e não Clínico no seu local de trabalho. Para elaborar o diagnóstico de situação recorreu-se à observação direta, entrevista com os profissionais de saúde, identificação conjunta da pertinência do tema com a orientadora clínica e com a orientadora pedagógica, entrevista com utentes e famílias, análise SWOT (Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) and Threats (Ameaças)), aplicação de questionários e escalas de avaliação, nomeadamente a Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens (FES - I 7 itens). Foi ainda identificado, em entrevista com os familiares, a presença de sobrecarga percecionada devido à preocupação com a ocorrência de quedas. De modo a analisar a importância deste fenómeno para os profissionais de saúde, foram realizadas entrevistas com os enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa sobre a temática, assim como, para compreender os contextos sociais, económicos e culturais da população.

Associado aos dados identificados pela mestrandia acrescem os dados existentes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019), através do seu sistema de vigilância EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, os quais indicam que em Portugal em 2019, na faixa etária dos 65 ou mais anos, 88% dos acidentes ocorreram devido a quedas, tendo estas sucedido em 49% das situações em casa. Para além de ser o acidente doméstico com maior prevalência, a queda é um fator preditivo do medo de cair na população idosa (Cruz et al., 2022; Santos & Figueiredo, 2019). Machado (2023) verificou que em 46% das ocorrências de quedas se deveram a fatores

ambientais, sendo por isso essencial a avaliação do ambiente domiciliário. Apesar destes dados, em Portugal desconhecem-se estudos sobre o medo de cair em pessoas idosas no domicílio, e como, este influencia os seus familiares.

Atendendo às características do projeto realizou-se uma análise SWOT que permitiu avaliar as condições para a implementação (Apêndice II).

De modo a compreender a perceção da equipa multidisciplinar relativamente a esta temática, foi realizada uma apresentação do PIESF na USF (Apêndice III), tendo-se obtido uma apreciação favorável para a realização do projeto por toda a equipa.

Os dados dos questionários iniciais aos familiares de pessoa idosa, revelaram que 35,3% (n=6) estavam preocupados e 64,7% (n=11) muito preocupados com a ocorrência de queda. Em relação à pessoa idosa 58,8% (n=10) sofreram uma queda no último ano e 41,2% (n=7) duas ou mais quedas. Quanto ao medo de queda, 14,2% (n=7) demonstraram preocupação e 29,4% (n=5) muita preocupação em cair. A média da FES – I 7 Itens foi de 17,76, indicando um medo de queda muito elevado. De referir que 88,2% (n=15) dos participantes referiu nunca ter tido acesso a formação específica sobre a prevenção de quedas ou medo de queda. Estes resultados encontram-se expressos de forma mais completa em apêndice (Apêndice IV).

A partir destes resultados foi possível identificar quais os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar, assim, como delinear estratégias e intervenções para dar resposta a esta problemática.

2.3 Definição dos objetivos

O PIESF teve como finalidade permitir ao estudante o desenvolvimento de competências de mestre, as CCEE e as competências específicas do EEECESF.

Foram definidos como objetivos gerais:

- 1- Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- 2- Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
- 3- Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

2.4 Planeamento das atividades

Atendendo aos objetivos delineados, foram planeadas atividades (Apêndice V) que tiveram em consideração o diagnóstico de situação, os resultados obtidos na revisão *scoping*, assim como, os resultados do estudo de investigação desenvolvido. Para a concretização do estudo de investigação foram executados os procedimentos regulamentados para a aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS LVT, conforme é possível observar em apêndice (Apêndice VI).

O planeamento das atividades foi realizado atendendo aos recursos existentes na comunidade, na USF e nas famílias em estudo. As intervenções planeadas tiveram em conta a atuação de enfermagem especializada em enfermagem de saúde familiar, em que se pretende a demonstração de autonomia e iniciativa na apreciação das famílias e na tomada de decisão nas situações da prática clínica, promovendo a parceria com as famílias e os seus membros.

2.5.Procedimentos éticos

Na realização do PIESF, foram considerados os princípios éticos presentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 156/2015, 2015), assim como, os valores e normas consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (Deodato, 2015). O enfermeiro deve atender e cumprir os princípios e valores definidos no seu código deontológico, pois, só desta forma pode tomar decisões fundamentadas e esclarecidas. Os princípios éticos consignados na declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, como o consentimento informado dos participantes, a confidencialidade, e o respeito pela honestidade nas relações criadas entre os participantes e o investigador, foram considerados durante o processo de execução do PIESF.

Este projeto foi analisado e aprovado pela CES da ARS LVT (Anexo I) após pedido de autorização à Coordenadora da USF (Anexo II) onde o projeto foi implementado, assim como ao Diretor Executivo do ACeS que abrange a USF (Anexo III).

Todos os participantes foram informados do objetivo da investigação, da confidencialidade dos dados e anonimato, participação voluntária, e que caso não desejassem fazer parte da mesma, podiam desistir em qualquer momento, assim como foram esclarecidos que caso entendessem podiam ter acesso aos resultados obtidos. A participação no estudo foi voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra.

Foi realizado documento de consentimento informado, composto de 4 páginas e feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente (Apêndice VII). Todos os participantes assinaram o consentimento informado.

Não se identificaram danos ou riscos provenientes da investigação (danos físicos, emocionais ou psicológicos), para os participantes que aceitaram ou recusaram participar no projeto. Não haverá prejuízo para os participantes nos seus direitos assistenciais.

Todos os documentos foram identificados por código respeitando o princípio da minimização de dados e de modo a não ser possível identificar os participantes. Em nenhum tipo de publicação que eventualmente se venha a criar, será incluído qualquer tipo de informação que possa levar à identificação dos participantes.

2.6. Execução e implementação das atividades planejadas

As atividades implementadas tiveram por base os objetivos do PIESF, e foram executadas atendendo aos recursos existentes nos locais de implementação (domicílios e USF). Estão aqui expressas as atividades executadas, de forma sucinta, que permitiram a concretização dos objetivos gerais e específicos a que a estudante se propôs.

Ao longo da fase de planeamento foram estruturados diversos procedimentos que permitiram a implementação e execução deste PIESF. Com a sua consecução foi possível obter informação essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem, assim como desenvolver as CCEE e específicas de EEECESF.

A implementação e execução do PIESF teve como objetivos a concretização dos objetivos propostos, desta forma, serão expostas as atividades que permitiram a sua conquista. Relativamente ao Objetivo 1 “Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, foram executadas as atividades apresentadas no Quadro n.º1. Quanto ao Objetivo 2 “Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, o Quadro n.º 2, expõe quais as atividades executadas e implementadas para a sua realização.

Em complementaridade encontram-se os recursos e avaliação das mesmas de forma mais detalhada no Apêndice VIII. Todas estas atividades foram realizadas no âmbito de consultas de enfermagem nos contextos clínicos ou no contexto de execução do PIESF, ou seja, USF e domicílio dos participantes.

Quadro n.º 1 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 1

Objetivo geral 1: Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção
Objetivos específicos: Aplicar conhecimentos, capacidade de compreensão, e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares - Integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, que incluem reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas;
Unidades de competência: Descritor de qualificação para grau de mestre; Comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; D1; D2, Específicas de EEECESF: 1.4; 1.5; 2.2
Atividades: - Demonstração de conhecimento e capacidade de compreensão sustentada em investigação; - Aplicação dos conhecimentos e capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares; - Recolha de dados pertinentes para o estado de saúde família, junto da mesma e seus membros, de modo a conceber um plano de intervenção personalizado e adequado para a família e seus membros; - Solicitação do histórico familiar e hereditário das famílias, assim como a estrutura familiar, a sintomatologia atual que podem afetar o estado de saúde da família e utilizar instrumentos de avaliação familiar; - Avaliação da reciprocidade entre a família, os seus membros, a saúde e o meio ambiente; - Integração dos conhecimentos em situações complexas; - Reflexão sobre juízos, responsabilidades éticas e sociais relacionadas com o seu desempenho profissional; - Adoção de uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente; - Integração de informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal; - Monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Reflexão sobre as interações do enfermeiro/ família, e avaliar a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados; - Documentação do processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Participação no desenvolvimento da literacia em saúde, relacionadas com a saúde e diretos da família; - Utilização de sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Comunicação das suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a diferentes tipos de públicos de forma clara e sem ambiguidade.

Quadro n.º 2 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 2

Objetivo geral 2- Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.
Objetivos específicos: Colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade; - Criar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção.
Unidades de competência: Descritor de qualificação para grau de mestre; comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; D1; D2, específicas de EEECSF: 1.4; 1.5; 2.2.
Atividades: - Colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade; - Mobilização conhecimentos e habilidades, tendo em conta a evidência clínica, garantindo a melhoria contínua da Qualidade; - Orientação projetos na área da melhoria da qualidade; - Considera a gestão do meio ambiente centrado na pessoa, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes; - Atua proactivamente na promoção de bem-estar e gestão de risco; - Aplicação dos conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares; - Integração conhecimentos em situações complexas; - Reflexão sobre juízos, responsabilidades éticas e sociais relacionadas com o seu desempenho profissional; - Monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Reflexão sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados; - Participação no desenvolvimento de políticas sociais, relacionadas com a saúde e diretos da família; - Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Utilização de sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Demonstração de competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar; - Comunica as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a diferentes tipos de públicos de forma clara e sem ambiguidades.

Para a consecução do Objetivo 3 “Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio”, foi implementado o estudo de investigação, cuja descrição pormenorizada se encontra em apêndice (Apêndice VIII). Serão aqui abordados os aspetos mais significativos para a implementação das atividades. Foi estrutural a identificação de lacunas do conhecimento na pessoa idosa com medo de queda e na família, e a capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.

Este projeto alcançou uma amostra final de dezassete familiares e dezassete pessoas idosas. Os critérios de inclusão foram as famílias inscritas na USF, que se dirigiram à mesma durante o período de colheita de dados, e que tivessem uma pessoa idosa com medo de queda, ou seja, FES- I 7 Itens igual ou superior a 15. Definiu-se como critério de exclusão - pessoas idosas dependentes confinadas ao leito. Este foi executado a partir de 4 de dezembro de 2023, após aprovação pela CES da ARS LVT (Anexo I).

Este PIESF teve como fonte de informação, os questionários elaborados pelo investigador principal, de acordo com a revisão *Scoping* realizada, assim como, através de escalas validadas para a população portuguesa. Os questionários foram validados com um pré-teste realizado a 2 participantes que cumpriam os critérios de seleção do estudo. Estes consideraram os instrumentos de colheita de dados objetivos e explícitos e não aconselharam nenhuma alteração. Foi realizada colheita de dados sociodemográficos das pessoas idosas com medo de queda, e do seu familiar cuidador, obtidos através de questionários por autopreenchimento ou com ajuda do investigador.

Os instrumentos aplicados estão todos expostos no estudo de investigação: Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda; Questionário inicial do familiar da pessoa idosa com medo de queda; FES- I 7 itens. A escala foi validada e traduzida para português por Marques-Vieira et al. (2021). A autorização para utilização deste instrumento encontra-se no Anexo IV; Instrumento para avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio; Questionário final à pessoa com medo de queda e finalmente o Questionário final ao familiar de pessoa idosa com medo de queda.

Os dados foram colhidos em dois momentos distintos, imediatamente antes da aplicação do programa de intervenção (T0) e imediatamente após o término do programa de intervenção (T1), ou seja, de acordo com o protocolo de intervenção presente no estudo de investigação. A sua realização permitiu a colheita de dados que serviram de

base ao planeamento e execução das intervenções de enfermagem de saúde familiar.

Seguidamente procede-se à apresentação dos resultados do projeto de forma sucinta, remetendo-se para o apêndice IV, o material suplementar.

A apresentação dos resultados é realizada em duas fases a inicial (T0) e a final (T1).

Na fase T0 a amostra de participantes familiares foi constituída por treze participantes do sexo feminino e quatro do masculino. A média de idades do familiar é de 53,29 anos. Maioritariamente são filhos 58,8% (n=10); 17,6% (n=3) são casados com a pessoa idosa e os restantes 23,5% (n=4), são indivíduos que apresentam outro grau de parentesco. O nível de escolaridade mais frequente foi ter o ensino secundário com 35,3% (n=6). Abordando a preocupação dos familiares, quando questionados como a reduzem, 58,8% (n=10) contactam o seu familiar, 29,4 % (n=5) além de contactarem o familiar, pedem a outro familiar ou vizinho para o visitar, 5,9% (n=1) refere que não faz nada.

Relativamente à pessoa idosa a amostra foi composta por 41,2% (n=10) participantes do sexo feminino e 41,2% (n=7) do sexo masculino. A média de idades foi de 80,41 anos. Constatou-se que 35,3% (n=6) das famílias, são famílias unipessoais, 52,9% (n=9) são famílias nucleares constituídas por casal, e 10,8% (n=2) são famílias alargadas. A partir da entrevista realizada foi possível verificar que as famílias nucleares e unipessoais se encontram na etapa de desenvolvimento de “Família em fim de vida”; etapa VI (McGoldrick & Carter, 2014). Relativamente ao estado civil a amostra é constituída por 58,8% (n=10) de pessoas casadas e 41,2% (n=7) de indivíduos viúvos. Constatou-se que 64,7% (n=11) apresentavam como habilitações literárias o 1º ciclo.

Verificou-se que 58,8% (n=10) das pessoas idosas apresentaram uma queda no último ano, e 41,2% (n=7) duas ou mais quedas. Relativamente à preocupação com o medo de cair, 29,4% (n=5) dos participantes referem muita preocupação e 41,2% (n=7) preocupação em cair. Relativamente a antecedentes pessoais de saúde, a totalidade dos participantes toma medicação diariamente. A presença de alterações sensoriais foi manifestada por 70,6% (n=12), na forma de visão comprometida e 52,9% (n=9) referiu audição comprometida. De realçar que 70,6% (n=12) referiu presença de dor durante a deambulação. Salienta-se que 88,2% (n=12) manifestaram nunca ter tido acesso a formação específica sobre o medo de queda ou a prevenção de queda.

Com a aplicação da FES-I 7 Itens, obteve-se um valor médio de 17,76, ou seja, a presença medo de queda muito elevado. Observando o quadro 3, é possível identificar

que a maioria dos participantes mencionou ter medo de cair enquanto desempenha atividades diárias como a realização dos cuidados de higiene, subir ou descer escadas e ainda apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão.

Quadro 3- Mediana de variáveis de FES-I 7Itens inicial

	Vestir ou despir roupa	Tomar banho ou duche	Sentar ou levantar de uma cadeira	Subir ou descer escadas	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão	Subir ou descer uma ladeira	Frequentar um evento social
N Válido	17	17	17	17	17	17	17
Mediana	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00

Relativamente à avaliação de segurança no domicílio, verificou-se em 70,6% (n=12) presença de barreiras arquitetónicas. Examinando-se a casa de banho apurou-se que só 11,8% (n=2) dos domicílios apresentavam barras de apoio no duche, banheira e ou sanitário. Apesar destes dados, 70,6% (n=12) apresentavam tapete antiderrapante no duche/banheira. Observando a altura da sanita, constatou-se que 64,7% (n=11) das mesmas não apresentavam altura suficiente para a pessoa se levantar sem apoio. Constatou-se que 5,9% (n=1) dos participantes utiliza alçapão de sanita, e 94,1% (n=16) não consideraram a compra do mesmo, ou desconheciam a sua existência. Verificou-se que 82,4% (n=14) dos participantes idosos são portadores de telemóvel, contudo destes, 29,4 % (n=5) ou não sabem utilizá-lo ou não andam com ele habitualmente. Durante a entrevista constata-se que este é um comportamento fator de discórdia entre o participante idoso e o familiar.

Na fase T1, ou seja, aplicação do questionário final ao familiar e pessoa idosa, obtiveram-se os seguintes resultados. Os familiares participantes mantêm preocupação com o medo de queda do seu familiar, estando 64,7% (n=11) preocupados e 35,3 % (n=6) muito preocupados. Quando inquiridos se gostaram de participar no projeto, 100% (n=17) afirmaram que sim, e 94,2% (n=16) mostraram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o projeto. Relativamente à aplicação do questionário final à pessoa idosa, constatou-se que durante o projeto, 11,8% (n=2) dos participantes idosos apresentaram uma queda, tendo estas ocorrido na rua em 5,9% (n=1) e no exterior de casa 5,9% (n=1). Relativamente à satisfação com projeto, 100% dos participantes idosos referiram ter gostado de

participar. As dificuldades percebidas foram: a quantidade de informação fornecida, 52,9% (n=9), contudo 47,1 (n=8) não perceberam nenhuma dificuldade.

Para se compreender a eficácia do projeto, recorreu-se aos valores de FES- I 7 Itens, tendo-se obtido no questionário final um valor médio de 16,18, com uma mediana de 16. Comparando os valores iniciais e finais (Quadro 4), constatou-se uma redução na média de 17,84 para 16,18.

Quadro 4- Comparação entre a FES- I 7itens inicial e final da pessoa idosa

	FES- I7Itens Inicial (T0)	FES- I7Itens Final (T1)
N Válido	17	17
Média	17,76	16,18
Mediana	17,00	16,00
Erro Desvio	2,306	2,007
Mínimo	15	14
Máximo	22	20

Para verificar se as diferenças entre os dois momentos de avaliação para cada variável dependente seguiam uma distribuição normal, aplicamos o teste de Shapiro-Wilk. Este mostrou não haver evidência para assumir que os dados seguiam uma distribuição normal ($p \leq 0.001$), levando-nos a optar pela utilização do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Os resultados das avaliações do medo de cair (FES- I 7 Itens) foram comparados antes e depois da intervenção. Em média, os participantes demonstraram menor percepção de medo na realização da atividade tomar banho ou duche depois da intervenção ($M = 2.82$) do que antes da intervenção ($M = 3.12$). O teste de Wilcoxon indicou que esta melhoria era estatisticamente significativa ($Z = -2,236$, $p = 0,025$). A mesma tendência foi identificada em relação às variáveis subir ou descer escadas ($M_{t0} = 3,18$; $M_{t1} = 2,82$; $Z = -2,449$, $p = 0,014$), Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão ($M_{t0} = 2,71$; $M_{t1} = 2,35$; $Z = -2,449$, $p = 0,014$). O valor total apresentou uma significância estatística ($p < 0,001$), indicando que a intervenção teve um efeito global significativo na diminuição do medo de cair.

2.6.1 Diagnósticos de Enfermagem

Para o execução do objetivo 3 “Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio” foram traçados diagnósticos de enfermagem, que tiveram como base os resultados obtidos no estudo de investigação, o diagnóstico de situação e as

entrevistas de enfermagem ocorridas em contexto de consulta na USF ou no domicílio dos participantes. Os diagnósticos foram formulados de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2015) e estruturados com a avaliação da dimensão estrutural (Apêndice IX), funcional e de desenvolvimento do MDAIF. As atividades desenvolvidas para a consecução deste objetivo encontram-se descritas no Quadro nº5.

O desenvolvimento dos planos de cuidados às famílias, foi realizado em contexto de consulta de enfermagem ou no domicílio, o que possibilitou uma interação próxima, com intervenções específicas e ajustada ao contexto de cada família. Em apêndice (Apêndice X) podem ser consultados exemplos de planos de cuidados desenvolvidos, assim como o seu planeamento e avaliação, sendo de seguida apresentada uma súmula dos diagnósticos selecionados, e as intervenções de enfermagem de saúde familiar:

- Segurança doméstica não presente (código CIPE: 10031397).
- Falta de conhecimento sobre medidas de segurança (código CIPE: 10022015). Para a consecução deste diagnóstico foram delineadas as seguintes intervenções de enfermagem de saúde familiar: apoiar a tomada de decisão da família relativamente a alterar comportamentos ou medidas de segurança no domicílio; identificar experiências anteriores relacionadas com medo de queda ou a anteriores quedas; identificar junto da família quais os conhecimentos existentes sobre como prevenir quedas, processo de envelhecimento e fatores individuais preditores de queda, assim como, segurança ambiental do domicílio e medidas de segurança; avaliar conhecimento existente na pessoa idosa e no familiar sobre como proceder em caso de queda no domicílio.
- Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso (código CIPE: 10021941). Na implementação deste diagnóstico foram executadas as seguintes intervenções: promover a expressão de dúvidas sobre os medicamentos a tomar, assim como horário, efeitos secundários e possíveis efeitos no risco queda da pessoa idosa; elogiar a pessoa idosa por reconhecer a importância do cumprimento do regime medicamentoso; ensinar os participantes sobre o seu regime medicamentoso, horário, efeitos secundários e interações medicamentosas com possíveis efeitos no risco queda da pessoa idosa; ensinar sobre procedimentos redutores de risco e promover a interajuda entre o participante familiar e a pessoa idosa, ou entre outros familiares.
- Falta de conhecimento sobre recursos comunitários (código CIPE: 10027371);

- Capacidade do cuidador para gerir regime comprometido (código CIPE: 10000902). Este diagnóstico foi atingido com a realização das seguintes intervenções, entre outras: encorajar a expressão de sentimentos, medos, angústias e preocupações de todos os participantes; ensinar sobre a importância de estimular a independência da pessoa idosa, nas atividades de vida diária, nas atividades recreativas ou de lazer; ensinar sobre uso de dispositivo de apoio e técnicas de transferência e envolver ambos no processo de tomada de decisão sobre métodos adaptativos; ensinar a gerir a dor, tanto para a pessoa idosa como para o familiar; promover a aceitação do estado de saúde à pessoa idosa e a interajuda entre a pessoa idosa e o participante familiar; reforçar a capacidade afetiva dos participantes familiares para alterarem comportamentos ou pedirem ajuda e finalmente elogiar os participantes por refletirem sobre estes assuntos e demonstrarem vontade de mudar tarefas e atitudes para o bem-estar da família.

Comentado [AN1]: angústias

- Medo (código CIPE: 10000703). Pretende-se referir este diagnóstico como medo de queda. Para uma intervenção bem sucedida, delinearam-se como intervenções: promover a expressão de dúvidas sobre o medo de queda, e concretamente o medo de queda no domicílio; Incentivar os participantes a narrarem os seus receios e sentimentos; elogiar o familiar e a pessoa idosa pela sua participação no projeto, e consciencialização do problema; promover a interajuda entre o participante familiar e a pessoa idosa nas atividades que estes acham ser de maior risco, não substituindo o mesmo, mas fazendo-as em conjunto;

- Queda (código CIPE: 10029405);

- *Stress* do cuidador presente (código CIPE: 10027773). Foram traçadas as seguintes intervenções: incentivar os participantes familiares a verbalizarem quais as suas necessidades relativamente à gestão familiar e a preocupação com medo de queda do seu familiar idoso; identificar experiências anteriores na participação de outros familiares na gestão dos cuidados à pessoa idosa, assim como, com que familiares poderiam colaborar; consciencializar o familiar participante que retirar algum tempo para ele é necessário e benéfico para o próprio (reforçar que não está a ser egoísta); elogiar as forças e recursos internos e externos da família.

- Risco de *coping* familiar comprometido (código CIPE: 10032364);

- Comportamento de adesão não demonstrado, na aquisição de equipamentos adaptativos para a utilização segura do sanitário.

Quadro n.º 5 - Atividades desenvolvidas para a concretização do objetivo 3

Objetivo Geral 3- Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio
Objetivos específicos- Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de saúde familiar, de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, com respeito pelos direitos humanos e de acordo com a evidência científica - Implementar o PIESF com o objetivo de capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio
Unidades de competência específicas de EEECSF: 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5;1.6; 1.7; 1.8; 2.1; 2.2
Atividades: <ul style="list-style-type: none">- Estabelece uma relação com as famílias de pessoas idosas com medo de queda e seus membros para promover a saúde, a prevenção de doenças ou acidentes e controlo de situações complexas;- Aborda as famílias com disponibilidade e criatividade para responder as necessidades das mesmas;- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família, junto da mesma e seus membros, de modo a conceber um plano de intervenção personalizado e adequado para a família e seus membros e utilizar instrumentos de avaliação familiar;- Identificação dos fatores de risco (ambientais, psicológicos, pessoais) que podem aumentar o medo de queda da pessoa idosa;- Integração informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal;-Avaliação da capacidade da família para se manter unida, capacidade de agilizar processos de mudança e apoiar os membros na sua interação com o meio ambiente assim como avaliar a reciprocidade entre a família, os seus membros, a saúde e o meio ambiente;- Monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;- Identificação de lacunas de conhecimento na família de pessoa idosa com medo de queda, aos diversos níveis de prevenção;- Capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde e gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção;- Realização de ensinamentos de modo a promover a adaptação do domicílio da pessoa idosa com medo de queda e a readaptação familiar;- Referenciação a família para outros profissionais de saúde;- Discute regularmente com a família o seu progresso, de modo a alcançar os seus objetivos, analisar com a família os desafios que a realização implica;- Reflete sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados;- Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente;- Avaliação da eficácia do PIESF, recorrendo aos instrumentos do mesmo.

2.6.2 Avaliação dos resultados

Os indicadores selecionados permitem espelhar a informação obtida na implementação dos instrumentos de avaliação e a sua descrição está expressa no apêndice XI. Para avaliação do projeto foram selecionados os seguintes indicadores:

- Indicadores de condições habitacionais: (Taxa de habitações com barreiras arquitetónicas; Taxa de habitações sem barreiras arquitetónicas; Número de respostas sociais para adequação de habitações às necessidades das famílias);

- Indicadores sociais: (População idosa com medo de queda; População de familiares de pessoa idosa com preocupação pelo familiar com medo de queda; Número de familiares muito preocupados no final do projeto com pessoa idosa com medo de queda);

- Indicadores de resultado: (Adesão ao projeto; Conhecimento demonstrado sobre colocação de barras de apoio no duche/banheira; Conhecimento demonstrado sobre utilização e manutenção de telemóvel próximo da pessoa idosa no final do projeto; Número de habitações com alterações após participação no projeto; Valor de FES-17 Itens inicial; Valor de FES-17 itens final; Taxa de efetividade na prevenção de queda; Número de quedas ocorridas nas pessoas idosas durante o projeto);

- Indicadores de atividade: (Número de reuniões multidisciplinares para apresentação do projeto e resultados; Número de ferramentas elaboradas para dar resposta ao projeto; Número de visitas domiciliárias realizadas no âmbito do projeto; Número de contatos telefónicos realizados no âmbito do projeto);

- Indicadores de satisfação: (Taxa de adesão ao projeto; Satisfação dos familiares com a participação no projeto; Satisfação das pessoas idosas com a participação no projeto).

2.6.3 Divulgação de resultados

A divulgação dos resultados foi realizada em diferentes fases. A investigação que serviu de base à estrutura da intervenção desenvolvida foi divulgada através da publicação da revisão *scoping* (Apêndice I), em revista científica indexada em bases de dados internacionais. Os resultados provenientes da implementação do projeto foram divulgados na USF, através de uma apresentação à equipa multidisciplinar (Apêndice XII), e pretende-se ainda divulgar os mesmos com a redação deste relatório de estágio.

4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Seguindo as recomendações emanadas pela OE (2021), para a elaboração do relatório da componente clínica dos estudos de mestrado em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista, iremos descrever, de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência as atividades desenvolvidas ao longo das UC Estágio e Estágio com relatório, que conduziram ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF, teve em conta os descritores de Dublin para o 2ª ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior [DGES], 2011).

Como instrumentos norteadores da intervenção recorreu-se ao: Regulamento de CCEE (Regulamento nº140/2019, 2019), Regulamento das Competências Específicas do EEECESF (Regulamento nº428/2018, 2018), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 156/2015, 2015), Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015) e o Código Deontológico do Enfermeiro (Deodato, 2015).

4.1 Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

No domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal inserem-se as competências: Desenvolve uma prática profissional ética legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1) e Garante práticas de cuidados que respeitem aos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Estas competências foram demonstradas ao longo de ambas as UC's, ao assegurar o respeito pelos direitos dos indivíduos e família na confidencialidade, privacidade, à sua escolha e autodeterminação e às suas crenças, costumes e valores.

Foram planeadas e implementadas estratégias de resolução de problemas em parceria com o indivíduo e família, como no caso de uma família nuclear com um elemento idoso dependente com doença agudizada, e dificuldade em se deslocar à unidade de saúde. De forma a assegurar o direito à proteção à saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (1976), em que se reconhece o acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos, assim como, assegurar a melhoria do acesso a serviços de saúde em situação de doença aguda (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022), a

família foi informada da possibilidade de realização de visita domiciliar, tendo sido desenvolvidas intervenções para efetuar o seu agendamento.

Durante o estágio na UCSP foram prestadas intervenções de enfermagem a famílias migrantes com dificuldades comunicacionais devido a barreiras linguísticas. Nestas assumi um papel fundamental como tradutora, facilitando a comunicação entre estes indivíduos e a equipa multidisciplinar. Ao assumir o papel de elemento de referência para a equipa de saúde, garanti que os direitos e a dignidade dos indivíduos e família eram respeitados em todas as interações, promovendo a compreensão mútua entre os profissionais de saúde e a pessoa/família, como também contribuiu para criar um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro e inclusivo. diligenciando assim uma prática baseada no respeito pela diversidade cultural e na promoção da igualdade de acesso aos cuidados de saúde, conforme consagrado no princípio da Universalidade, reconhecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

Um exemplo da intervenção realizada, está patente no estudo de caso da família Portugal (Apêndice XIII). Durante este processo, a família e outros profissionais de saúde foram envolvidos, de modo a garantir a satisfação das necessidades culturais identificadas. Neste envolvimento adotou-se uma abordagem colaborativa e reconheceu-se a importância de respeitar e valorizar os valores e crenças da família, promovendo uma prática de enfermagem culturalmente sensível e centrada na família (Wright & Leahey, 2013). Na realização do encaminhamento para outros profissionais, garantiu-se que a partilha de informação e a colaboração interprofissional respeitasse a confidencialidade e os direitos não só dos indivíduos, mas também da família, através de uma comunicação objetiva, onde todas as partes foram informadas e consentiram as decisões tomadas.

Durante os estágios, as intervenções realizadas destacaram-se pelo respeito do indivíduo e a família, refletindo-se tanto nas tomadas de decisão como no comportamento adotado. Priorizou-se o estabelecimento de uma parceria de cuidados, visando a valorização e a promoção da sua autonomia. Cada indivíduo e família foram considerados como únicos, com necessidades, valores e experiências próprias. Assim, ao longo das intervenções, procurou-se reconhecer e respeitar as perspetivas e objetivos pessoais, garantindo um cuidado personalizado. Além disso, ao estabelecer uma parceria de cuidados, enfatizou-se a importância da colaboração e da partilha de responsabilidades entre a equipa de saúde, a pessoa e a família.

No domínio da Melhoria contínua da qualidade estão contempladas as competências: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1), Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). Para o desenvolvimento destas competências foi essencial a realização de entrevistas com as Sras. Enfermeiras coordenadoras e com as Sras. Enfermeiras orientadoras clínicas de forma a conhecer as normas e procedimentos institucionais, como o PLS, o Plano de Ação da USF, os processos assistenciais de saúde e de doença; processos de suporte e ainda processos de articulação externa, tanto da USF como da USCP com o ACES.

Existiu a oportunidade de participar como formanda em ações contempladas no plano de formação das unidades, visando a melhoria contínua da qualidade. Salientam-se as formações intituladas “Gestão de *stress*!”, “Vacinação pneumocócica” e “Vacinação para o vírus sincicial respiratório”. Estas permitiram a partilha de conhecimentos entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, fomentando a aprendizagem e o desenvolvimento de um ambiente promotor do trabalho em equipa.

De destacar que na UC Estágio com relatório foi desenvolvido o PIESF. Na elaboração deste identificaram-se oportunidades de melhoria, especificamente no âmbito da pessoa idosa com medo de queda no domicílio e da forma como este altera a dinâmica familiar. Para definir as intervenções a implementar foi elaborada uma revisão *scoping*, (Apêndice I), que permitiu a identificação das intervenções. que capacitam a pessoa idosa e a família para a prevenção do medo e do risco de queda no domicílio, demonstrando um compromisso com a prática baseada em evidência e a melhoria contínua da qualidade. O projeto promoveu um ambiente seguro e protetor para a pessoa e família, ao alertar, e sensibilizar sobre o problema e aumentar a literacia em saúde. Contribuiu ainda para eliminar os mitos associados à inevitabilidade das quedas na população idosa, capacitando a pessoa e família para gerir o risco de queda, identificando os fatores de risco e a implementação de medidas preventivas.

É fundamental destacar a importância da definição de indicadores e instrumentos adequados para avaliar a eficácia do projeto (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico, 2017). Estes proporcionaram uma base para direcionar as intervenções e avaliar os resultados alcançados. Além disso, a análise e planeamento

estratégico da qualidade dos cuidados desempenhou um papel crucial na eficácia do projeto. Durante a implementação do projeto, houve uma preocupação constante em envolver as famílias para garantir um ambiente psicossocial seguro. Foram desenvolvidos diversos folhetos (Apêndice XIV), distribuídos aos participantes, e ficaram disponíveis para que a equipa de saúde, possibilitando-lhes a utilização destes recursos como instrumentos que complementem a sua intervenção.

A comunicação dos resultados do projeto é crucial para impulsionar a melhoria contínua da qualidade (Ruivo et al., 2010). Neste âmbito destaca-se a publicação da revisão *scoping* numa revista científica internacional indexada nas bases de dados, bem como a divulgação dos resultados do projeto de intervenção na USF e elaboração do relatório de estágio. Estas iniciativas visam não apenas partilhar o percurso realizado, mas também contribuir para o avanço do conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Familiar, permitindo assim a replicação do projeto e a disseminação de melhores práticas.

Participar no processo de preparação da candidatura para a transição da USF de modelo A para modelo B foi uma experiência gratificante, onde pude aplicar a experiência adquirida ao longo do meu percurso profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais e gestora de risco clínico e não clínico. Neste sentido, colaborei e cooperei na organização de espaços de trabalho, garantindo a aplicação dos princípios ergonómicos para promover um ambiente de trabalho seguro e eficiente. Colaborei na implementação de processos de mudança para influenciar a introdução de práticas seguras, onde se destacam a reorganização do armazém de farmácia da USF, a organização e otimização das malas utilizadas nas visitas domiciliárias pela UCSP, assim como as malas de transporte de material/ vacinas utilizadas na USF para o serviço de vacinação gripe/covid efetuado nas estruturas residenciais para pessoas idosas.

Um desafio na administração de fármacos é a presença de medicamentos com características semelhantes, tais como aqueles classificados como *Look Alike*, *Sound-Alike*, e medicamentos de alerta máximo. Para lidar com essa situação, implementamos estratégias como: o armazenamento separado desses medicamentos, a criação de etiquetas de identificação com grafismo diferente e a sinalização dos medicamentos de alerta máximo com etiquetas contendo o símbolo de stop, conforme recomendações da DGS (2023a). Estas medidas foram essenciais para prevenir erros de medicação e garantir a segurança dos profissionais e utentes da USF.

Ainda ao nível da melhoria contínua da qualidade colaborei com a equipa na gestão e implementação da vacinação sazonal contra a gripe/ COVID-19 no Outono – Inverno 2023/2024, na convocação e vacinação de utentes elegíveis, de acordo com a Norma 005/2023 (DGS, 2023b). Colaborei nos registos vacinais, assim como na sua administração. Neste campo, sendo a enfermeira orientadora, uma das responsáveis pela vacinação do ACeS, colaborei na organização da vacinação para as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Esta intervenção envolveu a organização das malas de transporte, na verificação de doses para COVID-19, e vacinas para a gripe a administrar consoante a população alvo, assim como, na confirmação posterior da sua administração e registo.

Para desenvolver competências no domínio da Gestão dos cuidados, nomeadamente Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2). Existiu a demonstração permanente de disponibilidade para colaborar com os diferentes profissionais de saúde. Esta abordagem permitiu que a equipa requisitasse apoio para intervir junto da pessoa idosa e família, visando identificar e mitigar os fatores de risco associados a quedas. Além disso, devido à minha experiência prévia, assumi o papel de consultora em relação a outras metodologias e técnicas, como a administração de medicação por via subcutânea em ambulatório. Esta procura foi um reconhecimento dos conhecimentos e capacidades demonstrados durante o estágio, permitindo assumir o papel de perito. Segundo Benner (2001), esse papel está interligado ao desenvolvimento de competências ao longo do percurso profissional. Neste contexto, a solicitação de apoio reflete o reconhecimento da progressão para níveis mais avançados de competência.

Ao assumir o papel de perito numa determinada área, os enfermeiros transcendem a mera execução de tarefas rotineiras e passam a atuar como líderes e mentores nas áreas de especialização. Isso implica não apenas em ter um profundo conhecimento técnico, mas também em ser capaz de aplicar esse conhecimento de forma holística e contextualizada, considerando as nuances e complexidades das situações clínicas (Benner, 2001). Durante o estágio, a demonstração de competências para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e articulação com outros profissionais de saúde evidencia não apenas um domínio técnico, mas também uma compreensão

abrangente das necessidades dos indivíduos e família alvo dos cuidados e a capacidade de liderar mudanças positivas no ambiente onde o cuidado é efetivado.

É fundamental que o EEECESF tenha uma compreensão clara dos limites das suas competências profissionais. Durante as intervenções com a pessoa e família existiram situações em que as necessidades transcenderam a área de intervenção pelo que foram realizadas referências para outros profissionais de saúde. Esta intervenção contribuiu para a otimização da rede social familiar (OE, 2011), promove a interdisciplinaridade, resultando numa abordagem holística, tal como ocorreu no caso da família Portugal, em que com a sua autorização foi referenciada para a URAP da zona de abrangência para realização de fisioterapia e avaliação pela assistente social (Apêndice XIII).

Na USF, esta competência tornou-se evidente na gestão dos espaços físicos da unidade, onde o número de gabinetes de enfermagem era inferior ao número de enfermeiros, e apenas uma sala de tratamentos estava disponível. Assim, a gestão eficaz dos recursos disponíveis revelou-se crucial para promover a qualidade dos cuidados. Uma contribuição significativa para este desenvolvimento de competências foi a experiência da enfermeira orientadora, que desempenhava o papel de enfermeira coordenadora, o que proporcionou a oportunidade de observar diretamente a gestão de tarefas delegadas, os métodos de delegação e a administração de recursos humanos e materiais. Estas experiências permitiram aprimorar a capacidade de delegar tarefas para outros profissionais da equipa e supervisioná-los de forma eficaz. Ao longo do estágio, foi desenvolvida a capacidade de otimizar o trabalho em equipa, assegurando que os recursos disponíveis fossem adequados às necessidades de cuidados das famílias.

No domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais a competência desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1) foi demonstrada pela capacidade de autoconhecimento, pois esta é fundamental para a prática de cuidados de enfermagem, principalmente a nível especializado (Benner, 2001). A disposição para aprender e a procura constante por conhecimento facilitaram a integração em ambos os contextos de estágio, e o estabelecimento de relações próximas com os indivíduos e famílias atendidas. Esta proximidade permitiu a compreensão e avaliação de informações importantes, demonstradas tanto a nível verbal quanto não verbal, levando ao reconhecimento que as realidades das famílias muitas vezes não correspondem ao que

aparentam. Neste sentido, foi necessário reconhecer limites pessoais e profissionais, e gerir sentimentos/emoções de modo a fornecer respostas eficazes.

Ao longo da prática profissional, torna-se fundamental que o EEECESF desenvolva a capacidade de autoconhecimento. Esta permite que reconheça e compreenda as suas próprias emoções, reações e comportamentos perante as diversas situações clínicas e interpessoais. Inclui a capacidade de identificar preconceitos, estereótipos ou crenças pessoais que possam influenciar negativamente as interações com a pessoa e a família. Ao estar ciente das suas emoções, o EEECESF pode lidar de maneira mais eficaz com os desafios e conflitos. Durante os estágios, consegui reconhecer os recursos, limitações pessoais e profissionais. Foi evidente quando solicitei ajuda para realizar registos no Sclínico e na vacinação de crianças. Outra situação ocorreu após a administração de vacinas a uma criança com 10 anos, tendo esta apresentado uma síncope. Embora esse tipo de reação seja comum em crianças e adolescentes (*Center of Disease Control and Prevention*, 2023), não tinha experiência com esse tipo de ocorrências nesta população. Posteriormente, conduzi uma pesquisa bibliográfica para compreender como poderia ter previsto ou evitado essa situação (Kuntz et al., 2019; Lee et al., 2018).

Para desenvolver a competência - Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (D2) foram desenvolvidas várias pesquisas bibliográficas, realizada formação (Anexo V) e consultadas normas e procedimentos em vigor nas unidades. Um exemplo desta prática ocorreu após uma consulta de saúde infantil com uma criança de 10 anos com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, com comportamento facilmente irritável e agressivo. Após a consulta desenvolveu-se uma pesquisa com o objetivo de compreender como cuidar de crianças com esta patologia, em contexto de consulta de enfermagem (Voss, 2019). Esta permitiu conhecer quais as abordagens corretas para atender às necessidades específicas desta população.

O desenvolvimento do PIESF possibilitou a identificação de necessidades formativas da equipa e a introdução da avaliação do risco e medo de quedas nas consultas de enfermagem. Conforme destacado na revisão *scoping* (Apêndice I), a simples pergunta oportunista "Caiu no último ano?" pode abrir caminho para a identificação da necessidade de uma avaliação multifatorial do risco de queda (Montero-Odasso et al., 2022). Essa abordagem proativa permite que a equipa identifique e aborde de forma eficaz os fatores de risco para quedas, contribuindo para a promoção da segurança e

Comentado [AN2]: Coloquei em itálico

bem-estar dos utentes. Também na realização do estudo de caso da família Portugal (Apêndice XIII), houve necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre a Paraparésia Espástica Hereditária (PEH), de forma a aprofundar conhecimentos sobre a patologia e planejar as intervenções de Enfermagem de saúde familiar.

Neste domínio de competências, é crucial destacar a participação ativa na produção e disseminação do conhecimento, uma competência contemplada no perfil de competências do EEECESF e nos descritores de ciclo para o grau de mestre. Nesse sentido, salienta-se a participação como preletora no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, com a comunicação oral: “Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparésia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar (Anexo VI), e a apresentação dos resultados do PIESF desenvolvido, divulgados em sessão de formação na USF (Apêndice XII).

4.2 Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

No que diz respeito às competências específicas do EEECESF, nomeadamente: a) 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 b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Estas foram desenvolvidas ao longo do estágio durante as diversas interações com as famílias e indivíduos em contexto de consulta de enfermagem, visita domiciliárias, consultas abertas, e na implementação do PIESF. No entanto, é importante salientar as dificuldades iniciais de adaptação ao contexto de cuidados primários devido à falta de experiência anterior nesta área específica de cuidados. Progressivamente as dificuldades foram sendo superadas através da familiaridade com as rotinas e práticas clínicas, bem como por meio do apoio das enfermeiras orientadoras e dos restantes membros da equipa multidisciplinar.

Durante estas interações, foi possível implementar cuidados de enfermagem personalizados, considerando não apenas as necessidades de saúde individuais de cada membro, mas também as dinâmicas familiares e o contexto social em que estão inseridos (Figueiredo, 2020). Além disso, o desenvolvimento do PIESF, do estudo de caso (Apêndice XIII) e planos de cuidados (Apêndice X) proporcionaram uma oportunidade adicional para aprofundar esta competência. Ao delinear e implementar estratégias de cuidado

específicas para cada família, existiu uma maior compreensão das suas necessidades ao longo do ciclo vital e foram identificados os diferentes níveis de prevenção relevantes para cada contexto familiar.

As competências desenvolvidas serão descritas de acordo com os estágios do ciclo de vida familiar, delineados por (McGoldrick et al., 2014). Estes enquadram o percurso evolutivo da família, assim como as tarefas características de cada etapa do ciclo familiar.

No primeiro estágio, denominado Sair de casa - Jovens adultos solteiros, é crucial para os jovens adultos a aceitação do seu ser e das suas responsabilidades pessoais e económicas, assim como a nível de tarefas de 2ª ordem, o desenvolvimento de relações íntimas, a diferenciação em relação à família de origem e o estabelecimento da identidade em relação ao trabalho e à sociedade em geral (McGoldrick et al., 2014). Atendendo a estas tarefas, durante as consultas com jovens adultos procurou-se compreender a sua estrutura familiar, rede social, incluindo as condições habitacionais. Relatando um caso concreto de uma jovem, de 23 anos, que vive sozinha, independente financeiramente, e que recorreu à consulta de planeamento familiar, foram realizados ensinamentos relativos à utilização de métodos contraceptivos, relacionamentos casuais e sociais, visando prestar cuidados aos diferentes níveis de prevenção em diversos contextos.

No segundo estágio, União da família pelo casamento: o novo casal, procura estabelecer um compromisso emocional com o novo sistema familiar. É fundamental realinhar o relacionamento com a família alargada do cônjuge e amigos para promover uma sensação de inclusão (McGoldrick et al., 2014). Foram prestados cuidados de enfermagem de saúde familiar a jovens casais que recorreram aos cuidados de saúde para planeamento de gravidez desejada, ou ainda, a um jovem casal grávido com dois filhos, que tinha decidido optar pela interrupção voluntária da gravidez, devido a dificuldades económicas. Durante a entrevista facilitou-se a expressão de sentimentos, desenvolveram-se formas de resolver conflitos entre eles, e como lidar com as emoções difíceis, de modo a reduzir os efeitos negativos deste procedimento na dinâmica familiar (Fávaro et al., 2020).

No âmbito de consultas de planeamento de gravidez, foi estabelecida uma relação terapêutica com as famílias, colhidos dados relativos ao histórico familiar e hereditário, pessoal ginecológico e fatores de risco ambientais ou laborais. Posteriormente foram desenvolvidas intervenções para capacitar os indivíduos através de ensinamentos sobre o ciclo

menstrual, período de ovulação, estilos de vida saudável (consumo de álcool e tabaco), e gestão de doenças prévias. Estas intervenções foram adaptadas aos recursos próprios e familiares, assim como às crenças individuais e culturais, em conformidade com o estabelecido na Norma 001/2023 da DGS (2023c).

Também foram realizadas consultas a famílias grávidas, observando que, embora a maioria das mulheres frequentasse as consultas sozinhas, alguns homens acompanhavam as suas parceiras. Em ambas as situações, foi promovido o diálogo familiar para definir metas de saúde e promover uma comunicação eficaz, e a expressão de sentimentos de forma objetiva. Foram ainda identificadas crenças e valores familiares para a compreensão de decisões tomadas. Nesta fase a preparação para o nascimento do bebé apresenta desafios, como a responsabilidade emocional e financeira, especialmente numa sociedade com menor apoio familiar (McGoldrick et al., 2014).

Abordando o terceiro estágio Famílias com filhos pequenos, neste período a família precisa de se adaptar à integração de um novo elemento (McGoldrick et al., 2014). É crucial que os EEECESF promovam a consciencialização do casal para as necessidades individuais deste novo membro e adaptem as suas funções de acordo com a satisfação das necessidades da criança (Figueiredo, 2020).

Analisando um caso de uma família monoparental liderada pela mãe (Sra. M) após o afastamento do pai durante a gravidez, identificou-se que a avó materna poderia fornecer apoio, como já tinha feito em fases anteriores, como durante a gravidez e na separação do companheiro. Ao longo da gravidez foi estabelecido um ambiente seguro para discutir este assunto, e a Sra. M, expressou o seu desejo de não quer pressionar o pai do bebé, preferindo lidar com a situação sozinha. Para o EEECESF este momento marca a transição do ciclo evolutivo da família, pela transformação da díade em grupo familiar de forma permanente (Figueiredo, 2020). Em parceria com a Sra. M, foram analisados os seus recursos, pontos fortes e fracos para enfrentar esta transição, e foi desenvolvido um plano de cuidados individualizado, promovendo o diálogo e abordando eventuais conflitos que surgissem com a sua mãe.

Atendendo ainda a este estágio do ciclo vital, a transição para a parentalidade integra mudanças na identidade pessoal de cada indivíduo e a assunção do papel parental, com os medos e preocupações inerentes a esta etapa (MCGoldrick et al.,2014). Por exemplo, durante o rastreio neonatal, foi realizado um diálogo com ambos os

progenitores de um bebê, identificando-se a sobrecarga sentida pela mãe e a necessidade de maior envolvimento do pai nas tarefas domésticas. Facilitou-se uma conversa familiar na qual o pai e a mãe puderam expressar os seus sentimentos e opiniões, em consultas subsequentes, ambos os pais compareceram, com o pai a assumir a maior parte dos cuidados ao bebê enquanto a mãe expunha as suas dúvidas sobre a amamentação e as preocupações relativas ao puerpério. Este episódio ilustra a importância dos cuidados de enfermagem em saúde familiar na resposta da família em situação de transição para a parentalidade, e reconhece que ambos os pais podem ter abordagens distintas na prestação de cuidados ao bebê (Wright & Leavey, 2013).

Durante consultas no âmbito do Programa de saúde infantil e juvenil, além de avaliar o desenvolvimento da criança, também foram abordados os progenitores, e a dinâmica familiar (Wright & Leavey, 2013). Foi enfatizada a importância de ensinar a criança a ser independente, integrando-se produtivamente na família e na sociedade (Wright & Leavey, 2013). Deste modo além da avaliação dos parâmetros antropométricos da criança, foram realizados ensinamentos sobre cuidados antecipatórios, conforme estabelecido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Sabendo que é crucial integrar a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar em todas as interações com a criança, o jovem e a família (DGS, 2013), questionei os progenitores sobre o tempo que dedicam exclusivamente um ao outro, quem assume a maior responsabilidade pelos cuidados à criança e se têm familiares próximos disponíveis para ajudar, caso necessário. Enquanto futura enfermeira de saúde familiar existiu sempre um envolvimento de forma ativa e intencional nesta área, demonstrando disponibilidade e criatividade na abordagem às famílias.

No quarto estágio do ciclo de vida familiar, denominado Famílias com filhos adolescentes, observa-se um aumento da flexibilidade das fronteiras prévias estabelecidas pelos pais, visando promover a independência do adolescente. Neste estágio, podem ocorrer também alterações no foco do casal, direcionando-se para as carreiras ou para o cuidado das gerações mais velhas (McGoldrick et al., 2014).

Neste âmbito a comunicação ocorreu principalmente durante as consultas de saúde infantil. Inicialmente, os pais estavam presentes, posteriormente, solicitava-se que se retirassem e a consulta continuava apenas com a enfermeira e o adolescente. Neste contexto, abordaram-se temas como o início da atividade sexual, os relacionamentos

interpessoais, segurança rodoviária e em ambientes noturnos ou desconhecidos. Foi ainda abordada a segurança em relação ao consumo de substâncias, enfatizando a disponibilidade para recorrer à equipa sempre que necessário. Numa ocasião, uma adolescente de 13 anos manifestou não querer ir à escola no último mês, num diálogo conjunto, com os profissionais de enfermagem, e a mãe, a jovem expressou o desejo de que a mãe permanecesse presente e discutiram-se os possíveis motivos para essa recusa momentânea. Embora o círculo de amigos e o desempenho escolar parecessem inalterados, a adolescente mencionou uma diminuição nas interações durante os intervalos escolares. Aprofundaram-se as atividades extracurriculares, e constatou-se que ela jogava futebol na equipa mista da sua localidade, contudo devido a atritos com alguns colegas masculinos foi transferida para a equipa feminina. Através da linguagem verbal e não verbal percebeu-se o descontentamento e tristeza da adolescente em relação à situação referindo que os ex-colegas de equipa lhe faziam *bullying*. Em conjunto com a mãe, foram discutidas possíveis soluções, incluindo consulta de psicologia. Referenciou-se a situação à médica de família para garantir uma vigilância contínua de saúde. Durante esta intervenção, facilitou-se a busca de respostas e soluções para a mudança, em colaboração com a família. É da responsabilidade do EEECESF facilitar este processo em conjunto com a família, acreditando no potencial das mesmas para alcançar o seu nível de funcionalidade (Wright & Leahey, 2013).

Noutra situação, numa consulta de enfermagem com uma jovem adolescente, constataram-se falhas de comunicação com a progenitora, relativamente a hábitos de vida saudáveis, assim como ao início da atividade sexual, apesar aparentemente existir uma relação saudável entre mãe e filha. Considerando a idade da adolescente, 17 anos, e seguindo as orientações da CES ARS LVT (2017), foram fornecidos métodos contraceptivos de barreira, e informação sobre outros métodos contraceptivos, incluindo os locais onde poderia obtê-los. Conforme definido pela DGS (2008), os adolescentes são considerados como grupo prioritário nas atividades de planeamento familiar, devendo ser implementadas estratégias para atrair e manter a sua participação, incluindo horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição geográfica.

No quinto estágio, conhecido como Saída dos Filhos de Casa as atividades prioritárias envolvem a aceitação do crescimento dos filhos e a sua saída de casa, assim como a entrada de outras pessoas como futuras noras/genros, além da própria

preparação para a reforma (Wright & Leavey, 2013; McGoldrick et al., 2014). Considerando estas premissas, durante o estágio, nas consultas de enfermagem na USF, apenas compareceram indivíduos sozinhos. No entanto, em contexto de UCSP, evidenciou-se o desenvolvimento de competências neste estágio através da realização do estudo de caso de acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) (Wright & Leavey, 2013) (Apêndice XIII). A realização do estudo de caso permitiu o desenvolvimento da competência de cuidar da família enquanto unidade de cuidados. As visitas domiciliares foram realizadas no contexto da prestação de cuidados a um jovem portador de PEH, uma doença genética recessiva (Braz et al., 2018), devido à presença de uma úlcera por pressão. Esta família é uma família nuclear composta pelos pais e por três filhos adultos portadores da PEH. Durante a interação procurou-se promover a capacitação dos pais para cuidar destes indivíduos. Ao abordar a família, demonstrou-se disponibilidade e criatividade visando intervir nos três níveis de prevenção.

Através da aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins et al., 2004), identificou-se uma sobrecarga familiar na mãe. Foram identificados e realçados os seus pontos fortes, como o bom relacionamento com a cunhada, bem como as atividades recreativas que realiza na horta. Durante as entrevistas, foram colhidos dados relevantes sobre o estado de saúde da família, incluindo histórico familiar e hereditário. Diversos outros instrumentos de avaliação familiar foram aplicados (Genograma, Ecomapa, Diagrama de Vínculos, Escala de Grafar, Escala de Barthel, Apgar familiar de Smilkstein, Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal e Entrevista). De acordo com os resultados dos instrumentos foi elaborado o plano de cuidados com diagnósticos de enfermagem de saúde familiar e intervenções específicas de enfermagem nessa área em parceria com a família, foram pesquisadas as opções de tratamento disponíveis e a qualidade de vida esperada para os indivíduos afetados pela condição. Foi ainda realizada a pesquisa de instituições que dão resposta a pessoas com esta problemática na área geográfica da UCSP. As intervenções implementadas visaram capacitar a família, maximizando o seu potencial de saúde e incentivar para a consecução do seu projeto de saúde, através da mobilização de recursos internos e externos promotores de novas formas de interação que fortalecessem a saúde e autonomia da família (Figueiredo, 2020). Atendendo à especificidade desta patologia, decidiu-se promover o conhecimento na área de enfermagem de saúde familiar, com a

apresentação da comunicação oral “Família Nuclear com filhos adultos portadores de PEH: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar (Anexo VI).

As intervenções implementadas visaram capacitar a família, maximizando o seu potencial de saúde e incentivar para a consecução do seu projeto de saúde, através da mobilização de recursos internos e externos promotores de novas formas de interação que fortalecessem a saúde e autonomia da família (Figueiredo, 2020).

Na USF recordamos o caso de uma utente de 63 anos que se dirigiu à unidade para consulta de Diabetes, durante a qual foram identificados valores elevados de hemoglobina glicada, situação nova para a pessoa. Ao explorar a sua vida pessoal, descobriu-se que a utente tinha um filho e nora com doença oncológica, o que a levou a dedicar mais tempo ao cuidado dos netos de 3 e 7 anos. No decorrer da consulta, procurou-se compreender de que forma esta situação era gerida pela utente e marido, e se estes se encontravam unidos na gestão desta situação complexa. Compreendeu-se o complexo estado de reciprocidade entre esta família e a família do filho e de que modo esta influência o estado de saúde da utente. Aplicou-se a escala de Holmes e Rahe, tendo-se obtido um valor de 124, o que indicava uma suscetibilidade reduzida para o desenvolvimento de problemas de saúde induzidos pelo *stress*. Contudo atendendo à sua linguagem verbal e não verbal, colocou-se a hipótese sistémica da utente estar a experienciar sintomas de ansiedade ou depressão, pelo que se decidiu referenciar para a médica de família, atuando assim a nível preventivo e facilitando a autonomia da família na adaptação ao processo de doença vivenciados (OE, 2011), e ainda atendendo ao Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017).

No sexto estágio, Famílias em Fim de Vida, a principal tarefa consiste na aceitação da mudança de papéis entre as gerações. Num segundo nível, a família enfrenta a exploração de novos papéis sociais e familiares, aprendendo com a geração mais velha e apoiando-a, enquanto mantém a sua independência (McGoldrick et al., 2014). É crucial ter em mente que as famílias funcionam como sistemas, e que as suas interações influenciam a relação entre os seus membros (Neuman & Fawcett, 2011).

No âmbito da prestação de cuidados a famílias que vivenciam este estágio, o PIESF foi fundamental para o desenvolvimento de competências do EEECESF, uma vez que a maioria das famílias participantes estava neste ciclo vital. Na execução do projeto, foi possível presenciar várias dinâmicas familiares e compreender, que a procura das causas

de determinados acontecimentos não deve ser enfatizada, de modo a permitir que o EEECESF mantenha o seu olhar sistémico sobre a família (Writth & Leavey, 2013), tendo sido por isso realizados planos de cuidados de enfermagem sistémicos e personalizados (Apêndice X).

Para ilustrar este pensamento, expõe-se o caso de uma família em que a pessoa idosa (Sr. R) vivia com uma das filhas, após a esposa ter sofrido um acidente vascular cerebral e ter sido institucionalizada para reabilitação. O Sr. R apresentava um valor muito elevado na FES- 17 itens, evidenciando erros posturais na marcha e relatando tonturas. A filha, cuidadora informal, demonstrou grande preocupação e tristeza pelo medo evidenciado pelo pai, associado a incompreensão pela situação. Segundo Figueiredo (2020) é fundamental identificar a pessoa responsável pelos cuidados no contexto da avaliação familiar, pois é este indivíduo que dará resposta aos cuidados necessários para a pessoa idosa. Durante a entrevista verificou-se que o Sr. R testemunhou o momento em que a esposa sofreu o acidente cerebral vascular, tendo sido este facto realçado à filha, analisadas as circunstâncias do evento, as implicações da institucionalização da esposa na sua vida diária e processo de luto pela ausência da esposa, uma vez que a depressão pode contribuir para a deterioração mental dos indivíduos (McGoldrick et al., 2014; Tournon et al., 2022). Constatou-se ainda o Sr. R não aderiu ao plano terapêutico, tomando concomitantemente a medicação do pequeno-almoço e almoço. A polimedicação é uma questão relevante no contexto da população idosa devido aos problemas associados à administração inadequada (DGS, 2017), sendo um fator de risco para a queda e hospitalização subsequente (Ming & Zecevic, 2018; Zaninotto et al., 2020).

Ao longo de ambas as UC's promovi a colaboração interdisciplinar, tanto na referenciação de famílias para outros profissionais, como na manutenção de cuidados iniciados por outros colegas. Este percurso vivenciado nos diferentes contextos, permitiu compreender como gerir o sistema de cuidados de saúde da família, a todos os níveis de prevenção. O planeamento, implementação e avaliação do PIESF foi essencial para a promoção da formação na temática do medo de cair no domicílio, assim como a sobrecarga do familiar proveniente desse fenómeno. Foram partilhados os resultados deste projeto promovendo a formação e a prática de investigação na equipa.

CONCLUSÃO

Ao chegar ao término deste Relatório de estágio, considero ter alcançado os objetivos propostos para a sua elaboração, pois descrevo e analiso |percurso vivenciado ao longo das UCs de Estágio e Estágio com relatório que permitiu o desenvolvimento das competências definidas para o 2º ciclo de estudos para a obtenção do grau de mestre em articulação com as CCEE e competências específicas do EEECESF definidas pela OE.

Comentado [AN3]: descrevo e analiso

Como estudante preocupada com o bem-estar familiar, comprometi-me para uma compreensão profunda das dinâmicas familiares. Isto incluiu não apenas compreender as necessidades individuais dos membros da família, mas também valorizar as suas interações e relações. Neste sentido, recorri a uma abordagem holística à família, considerando não apenas as questões de saúde, mas também os contextos sociais, emocionais e culturais dos indivíduos e famílias atendidas.

A procura de soluções para um fenómeno que preocupa o investigador, neste caso, o medo de queda da pessoa idosa no domicílio, através de um método científico, primeiramente pela realização de uma revisão *scoping* e posteriormente pela implementação de um PIESF de acordo com a metodologia de projeto, permitiu o desenvolvimento de conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

O PIESF, revelou-se um enorme desafio, inicialmente pela sua complexidade, e posteriormente com a operacionalização e implementação do mesmo. Contudo o seu desenvolvimento permitiu o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências contempladas para o segundo ciclo de estudos, e essenciais para o EEECESF.

Ao longo do percurso, existiram algumas limitações que influenciaram a implementação do projeto, como o período de espera para obtenção de parecer favorável positivo do CES ARS LVT. No entanto conseguiu-se uma amostra suficiente para um estudo piloto, conforme o objetivo proposto. Ao intervir junto desta população tornou-se claro a necessidade de desenvolver atividades para capacitar a pessoa idosa com medo de queda e a sua família.

Os EEECESF são os profissionais com maior proximidade das famílias com pessoa idosa, pelo que o seu papel de educador, deve estar presente em todos os momentos de contacto com as famílias, atuando ao longo do ciclo de vida aos três níveis de prevenção.

Olhando para o futuro, acredito que os resultados provenientes do PIESF permitirão o desenvolvimento de mais investigação nesta temática, em amostras representativas de modo a validar a intervenção desenvolvida na área de enfermagem de saúde familiar.

Doravante com a noção destas necessidades das famílias, assim como, com a reação da equipa multidisciplinar quando da apresentação dos resultados do projeto, acredito que mais profissionais reflitam sobre a importância de ter papel ativo na prevenção da queda e do medo de queda na população idosa, assim como, na importância da inclusão da família na sua prevenção, pois a família funciona como um sistema.

O término deste percurso representa uma etapa fundamental a nível pessoal e profissional, visualizando uma transição significativa para a área dos cuidados de saúde familiar. Esta mudança representa não só uma evolução, mas também uma oportunidade de contribuir de forma mais efetiva para o bem-estar e a qualidade de vida das famílias.

Finaliza-se este relatório com a crença que os objetivos gerais deste relatório, assim como os definidos para o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram atingidos, na forma de CCEE e Competências Específicas de EECEFS e ainda de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Agência de Informação Norte (2019). *Há 800 mil cuidadores informais em Portugal e estatuto é passo para a dignidade*. Agência de Informação Norte. <https://www.airinformacao.pt/2019/09/22/ha-800-mil-cuidadores-informais-em-portugal-e-estatuto-e-passo-para-a-dignidade/>
- Ang, S. G. M., O'Brien, A. P., & Wilson, A. (2019). Understanding carers' fall concern and their management of fall risk among older people at home. *BMC Geriatrics*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1162-7>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*. Quarteto
- Braz, L., França, S., Guimarães, J., & Leão, M. (2018). Investigação genética nas paraparésias espásticas hereditárias: recomendações do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar São João. *Sinapse* 18(1). 4-13. <https://www.sinapse.pt/section.php?id=3>
- Caniço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Cappleman, A. S., & Thiamwong, L. (2020). Fear of Falling Assessment and Interventions in Community-Dwelling Older Adults: A Mixed Methods Case-Series. *Clinical Gerontologist*, 43(4), 471-482. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1701169>
- Center of Disease Control and Prevention. (2023, novembro 16). *Fainting (Syncope) after Vaccination*. <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/fainting.html>
- Coimbra, V., Marques, E. & Chaves, C. (2019). Prevalência de quedas em idosos residentes numa comunidade rural. *Millenium*, 2(ed espec n°3), 109-116. <https://doi.org/10.29352/mill0203e.09.00218>
- Comissão de ética para a saúde – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. (2017). *Parecer 029/ASS/CES/2017: Parecer sobre contraceção em idade pediátrica – Fornecimento sem consentimento de pais/tutores*. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/08/Contrace_o_em_idade_pedi_trica__Fornecimento_sem_consentimento_de_paistutores..pdf

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2001). *Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo (Outº 2000)*.
https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57
- Constituição da República Portuguesa. (1976). Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril. *Diário da República*, I Série (n.º 86 de 10 de abril de 1976), 738 – 775.
ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Cruz, A. G., Lopes, M. C., Reis, L. F., & Parola, V. S. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário: Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21119.
<https://doi.org/10.12707/RV21119>
- Davey C., Wiles Rose, Ashburn Ann, & Murphy Caroline. (2009). Falling in Parkinson's disease: the impact on informal caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 26(23), 1360–1366.
- Decreto-lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1.ª Série, 181, 8059- 8105.
<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Deodato, S. (Coord.) (2015). *Deontologia profissional do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 187, 96-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva e planeamento familiar: Orientações*. Direção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde. https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). Norma n.º: 008/2023 - *Medicamentos de Alta Vigilância*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). Norma n.º: 005/2023 – *Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono Inverno 2023-2024*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0052023-de-13092023-atualizada-a-12012024-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023c). Norma: 001/2023- *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). O Quadro de Qualificação do Ensino Superior em Portugal. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Fávaro, M., Rückl, S. C. Z., Sanches, M. A., & Simão-Silva, D. P. (2020). O lugar do desejo de aborto na parentalidade: uma reflexão bioética. *Pensando famílias*, 24(2), 75-89. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ªed.). Lusociência.
- Huang, T. T. (2005). Managing fear of falling: Taiwanese elders' perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 743–750. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.010>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). Infográfico INSA — Acidentes Domésticos e de Lazer. <https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6654/1/INSA-Infogr%a1fico-EVITA.pdf>
- Jajic, A., Andrews, H., & Jones, C. (2011). The Client System as Family, Group, or Community. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5ª ed, pp. 70–88). Pearson.
- Julious, S. A. (2005). Sample Size of 12 Per Group Rule of Thumb for a Pilot Study. *Pharmaceutical Statistics*, 4(4), 287-91. <https://doi.org/10.1002/pst.185>
- Killingback, C., Thompson, M. A., Chipperfield, S., Clark, C., & Williams, J. (2022). Transitions from healthcare to self-care: a qualitative study of falls service practitioners' views on self-management. *Disability and rehabilitation*, 44(12), 2683–2690. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1849423>
- Kim, H., Zhao, Y. L., Kim, N., & Ahn, Y. H. (2019). Home modifications for older people with cognitive impairments: Mediation analysis of caregivers' information needs and perceptions of fall risks. *International journal of older people nursing*, 14(3), e12240. <https://doi.org/10.1111/opn.12240>
- Kuntz, J. L., Firemark, A., Schneider, J., Henninger, M., Bok, K., & Naleway, A. (2019). Development of an Intervention to Reduce Pain and Prevent Syncope Related to Adolescent Vaccination. *The Permanente journal*, 23, 17–136. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-136>
- Lach, H. W. (2005). Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults. *Public Health Nursing*, 22(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.22107.x>

- Lei n.º 95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 169 de 4-09-2019), 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Machado, S. C. G. (2023). Determinantes da gravidade das quedas de idosos no domicílio: um estudo observacional [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/156562>
- Marques-Vieira, C. M. A., de Sousa, L. M. M., Baixinho, C. R. S. L., dos Reis, M. G. M., Pérez-Rivas, F. J., & de Sousa, L. M. R. (2021). Validation of the international 7-item falls efficacy scale in portuguese community-dwelling older adults. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0243>
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P. & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência* 11 (Março) 18-31. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=35&id_revista=5&id_edicao=10
- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2014). *The expanded Family life cycle- individual, family, social perspectives (4ªEd)*. Pearson
- Ming, Y., & Zecevic, A. (2018). Medications & Polypharmacy Influence on Recurrent Fallers in Community: a Systematic Review. *Canadian geriatrics journal : CGJ*, 21(1), 14–25. <https://doi.org/10.5770/cgj.21.268>
- Ministério da Saúde (2019). Plano Local de Saúde. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/QUEM%20SERVIMOS/Plano_Local_SA%C3%BAde_ACESArr%C3%A1bida.pdf
- Ministério da Saúde. (2023a). *Quem Servimos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2023b). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3151306/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2023c). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3152071/Pages/default.aspx>
- Ministério Público Portugal. Procuradoria-Geral da República. (1997). *Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da*

biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina.
https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., Freiburger, E., ... Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

Neuman, B. M., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Pearson.

Oliveira, P. P., Oliveira, A. C., Dias, A. R., & Rocha, F. C. V. (2016). Caregiver's knowledge about prevention of falls in elderly. *Revista de Enfermagem*, 10(2), 585–592. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201627>

Olson, L. M., Zonsius, M. C., Rodriguez-Morales, G., & Emery-Tiburcio, E. E. (2022). Promoting Safe Mobility. *American Journal of Nursing*, 122(7), 46–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000842256.48499.47>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE. Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária – referencial em enfermagem de saúde familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico. (2017). Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality, <http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>
- Organização Nações Unidas. (2015). Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Nova Iorque. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Pordata. (2024a). *População residente total e por grupo etário*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Pordata. (2024b). *Famílias unipessoais segundo os censos total e com 65 anos e mais anos*. <https://www.pordata.pt/portugal/familias+unipessoais+segundo+os+censos+total+e+com+65+e+mais+anos-788>
- Pordata. (2024c). *Índice de Envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Powell-Cope, G., Pippins, K. M., & Young, H. M. (2017). Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility. *The American journal of nursing*, 117(12), 49–53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000527485.94115.7e>
- Powell-Cope, G., Thomason, S., Bulat, T., Pippins, K. M., & Young, H. M. (2018). Preventing Falls and Fall-Related Injuries at Home. *The American journal of nursing*, 118(1), 58–61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000529720.67793.60>
- Priberam. (2023). *Medo*. https://dicionario.priberam.org/medo#google_vignette
- Regulamento n.º 367/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série(N.º 124 de 29-06-2015), 17384- 17391.
- Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º428/2018. (2018). Procedo à regulamentação das 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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º135 de

16-07-2018),19354-19359.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & estudantes do 7º curso de licenciatura em enfermagem. (2010). Metodologia de projecto: colectânea Descritiva. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, S. C. A. dos., & Figueiredo, D. M. P. de. (2019). Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 77-86. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29932016>

Santos, J.C., Arreguy-Senna, C., Pinto, P. F., Paiva, E.P., Parreira, P. M. S. D. & Brandão, M. A. G. (2021). Queda domiciliar de idosos: implicações de estressores e representações no contexto da Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 42(esp):e20200221 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200221>

Silva, D. M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%A7%C3%A2ncias%20de%20enfermagem.pdf>

Stanhope,M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lusodidacta.

Tan, Z. S., Hamade, W., Menkin, J., de Pacheco, R. G., Gans, D., Weintraub, N., Garcia, M., Guerrero, L. R., & Reuben, D. B. (2021). Dementia and Falls Management in Underserved Populations: The Cognition and Mobility Care Management Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 210-215. <https://doi.org/10.1111/jgs.16835>

Touron, E., Moulinet, I., Kuhn, E., Sherif, S., Ourry, V., Landeau, B., Mézenge, F., Vivien, D., Klimecki, O. M., Poisnel, G., Marchant, N. L., Chételat, G., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative, & Medit-Ageing Research Group (2022). Depressive symptoms in cognitively unimpaired older adults are associated with lower structural and functional integrity in a frontolimbic network. *Molecular psychiatry*, 27(12), 5086-5095. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01772-8>.

Vaishya, R., & Vaish, A. (2020). Falls in Older Adults are Serious. *Indian Journal of Orthopaedics*, 54(1), 69-74. <https://doi.org/10.1007/s43465-019-00037-x>

- Vitorino, L. M., Teixeira, C. A. B., Boas, E. L. V., Pereira, R. L., Santos, N. O. dos, & Rozendo, C. A. (2017). Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>
- Lee, V. Y., Caillaud, C., Fong, J., & Edwards, K. M. (2018). Improving vaccine-related pain, distress or fear in healthy children and adolescents-a systematic search of patient-focused interventions. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 14(11), 2737–2747. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480238>
- Voss, E. A. (2019). Nursing Strategies to Meet the Communication Needs of Children with Autism Spectrum Disorder [Dissertação de Mestrado, Bethel University]. Spark Repository. <https://spark.bethel.edu/etd/643>
- Walsh, F. (2016). *Processos normativos da família: diversidade e complexidade* (4ª Ed.). Artmed Editora LDTA.
- World Health Organization. (2016). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252671/A69_17-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/falls>
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6ª Ed.) F. A. Davis.
- Yang, R., Jensen, F. B., Edelman, L. S., Cloyes, K. G., Donaldson, G. W., Sanders, N. A., & Pepper, G. A. (2023). “Being careful”: How much caution is enough? The relational context of fear of older adult falling in older adult-family caregiver dyads. *Geriatric Nursing*, 51, 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.001>
- Yeni, C., & Yilmaz, M. (2022). Nurse-led home modification interventions for community-dwelling older adults with dementia and their impact on falls prevention. *British journal of community nursing*, 27(2), 78–88. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.2.78>
- Zaninotto, P., Huang, Y. T., Di Gessa, G., Abell, J., Lassale, C., & Steptoe, A. (2020). Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to a fall: evidence from

the English Longitudinal Study of Ageing. *BMC public health*, 20(1), 1804.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09920-x>