



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

**Promoção da Autonomia das Famílias Idosas no Domicílio:
Contributo do Enfermeiro de Família**

Promotion of Autonomy for Elderly Families at Home: Contribution of the
Family Nurse

Anexos e Apêndices

Ana Alexandra dos Santos Pinheiro

**Lisboa
2024**

Índice

ANEXOS

- Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
- Anexo 2 – Autorização para uso da Escala de Lawton e Brody e Índice de Barthel
- Anexo 3 – Certificado de participação no V congresso internacional de Enfermagem da Saúde Familiar
- Anexo 4 - Certificado de autoria de poster apresentado no V congresso internacional de enfermagem da saúde familiar
- Anexo 5 - Certificado de participação no *Webinar* “Investigação na prática clínica do Enfermeiro”
- Anexo 6 – Certificado de participação no seminário Tendências e Inovações no Cuidado ao Cuidador: Fortalecer o Papel na Sociedade Atual

APÊNDICES

- Apêndice 1 – Avaliação e Intervenção em Saúde Familiar: Estudo de caso da Família Tormes
- Apêndice 2- Contributo do enfermeiro na promoção da autonomia das famílias idosas: *Scoping Review*
- Apêndice 3 – Plano da sessão e diapositivos da sessão: avaliação familiar nos cuidados de saúde primários
- Apêndice 4 – Instrumento: Avaliação familiar em visita domiciliária
- Apêndice 5 – Análise *SWOT* do projeto de estágio
- Apêndice 6 – Cronograma das atividades de estágio
- Apêndice 7 – Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio
- Apêndice 8 – Diapositivos da sessão de apresentação de resultados
- Apêndice 9 - Avaliação e intervenção em enfermagem de saúde familiar: estudo de caso da família “S”

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Alexandra Pinheiro

ana.pinheiro@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5871/CES/2023	

Assunto: Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio.


A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 10.11.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo


LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo 2 – Autorização para uso da Escala de Lawton e Brody e Índice de Barthel

FA

Fátima Araújo <araujo@esenf.pt>

Para: Alexandra Pinheiro | USF Tapada



ESCALA_BARTHEL_pessoal[2]...

31 KB



IAWTON_PESSOAL_a.pdf

30 KB



2 anexos (60 KB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Boa tarde, cara mestranda Ana Pinheiro

Em resposta ao solicitado, anexo as versões dos instrumento de avaliação pedidos, a fim de os utilizar no estudo que pretende realizar no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária- Enfermagem de Saúde Familiar, para o qual lhe desejo muito sucesso.

Felicito_a pela temática em estudo e desejo que possa ser um relevante contributo para as famílias com elementos idosos e para a área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Melhores cumprimentos
Prof Fátima Araújo

A 2023-07-06 08:00, Alexandra Pinheiro | USF Tapada escreveu:

- > Exma. Professora Doutora Fátima Araújo
- >
- > Bom dia
- >
- > Sou Ana Alexandra dos Santos Pinheiro, Enfermeira e mestranda o 1º
- > curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, área de
- > Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior
- > de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar autorização
- > para a utilização dos instrumentos escala de Lawton-Brody e do
- > Índice de Barthel como instrumento de recolha de dados num estudo
- > cuja finalidade "Identificação da autonomia das famílias idosas
- > no domicílio", tendo o mesmo como objetivo geral objetivo geral
- > identificar a autonomia das famílias idosas que vivem sem apoio de
- > família alargada ou elementos mais novos.
- >
- > Agradeço a atenção dispensada
- >
- > Com os melhores cumprimentos
- >
- > Ana Pinheiro

Anexo 3 – Certificado de participação no V congresso internacional de
enfermagem da saúde familiar



CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Ana Alexandra Santos Pinheiro

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua Cruz de Malpique nº 116, 2º Dt
4460-203 Matosinhos

Anexo 4 – Certificado de autoria de poster apresentado no V congresso internacional de enfermagem da saúde familiar

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

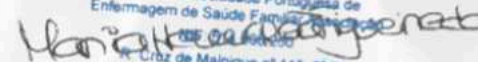
Sandra Gisélia de Almeida dos Santos e Silva Galvão

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua Cruz de Maloque nº 115, 2º Dt
4460-203 Matosinhos



Anexo 5 – Certificado de participação no *Webinar* “Investigação na prática
clínica do Enfermeiro”

Certificado

Declara-se que **Ana Pinheiro** participou no Webinar “Investigação na prática clínica do Enfermeiro” que decorreu no dia 16 de novembro de 2023, das 15h às 17h00.

Lisboa, 22 de novembro de 2023

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

Anexo 6 – Certificado de participação no seminário Tendências e Inovações
no Cuidado ao Cuidador: Fortalecer o Papel na Sociedade Atual

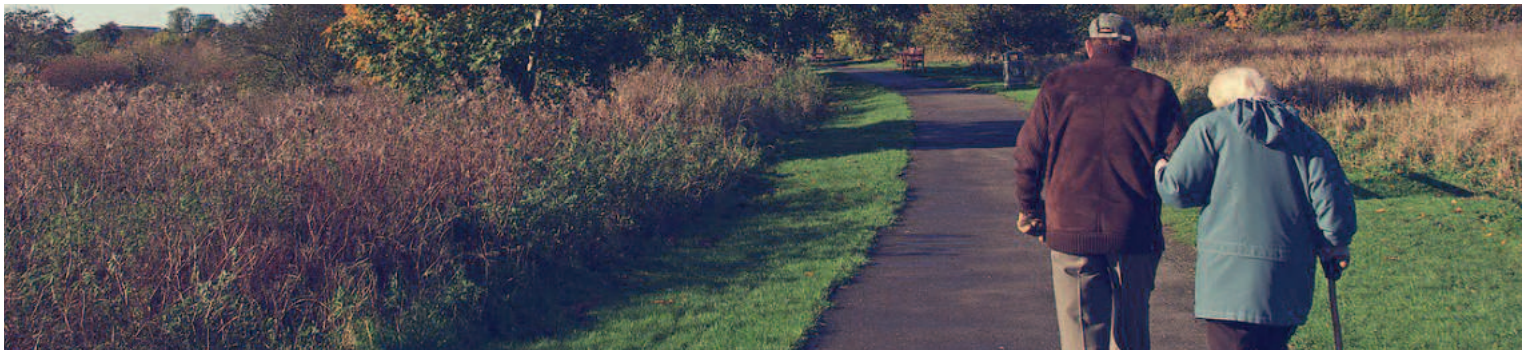
Certificado

Certifica-se que Ana Alexandra Santos Pinheiro ,
participou no **Seminário Tendências e Inovações no Cuidado e Apoio ao Cuidador: Fortalecendo o Papel na Sociedade Atual** que teve lugar no dia 9 de novembro de 2023, das 9h30 às 13h00 no Palácio Valenças, em Sintra.

Sintra, 9 de novembro de 2023

Basílio Horta

Presidente da Câmara Municipal de Sintra



Apêndices

Apêndice 1 – Avaliação e Intervenção em Saúde Familiar: Estudo de caso da
Família Tormes



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

Estágio 2022-2023

**Avaliação e Intervenção em Saúde Familiar: Estudo de
caso da Família Tormes**

Ana Alexandra dos Santos Pinheiro

Professora Orientadora:
Maria Emília Campos de Brito

**Lisboa
junho 2023**

Siglas

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	6
1 - FAMÍLIA TORMES	8
2 - AVALIAÇÃO FAMILIAR	9
2.1 – Avaliação estrutural	9
2.2 – Avaliação do desenvolvimento	12
2.3 – Avaliação funcional	14
3 – DETERMINANTES DE SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE	16
4 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	17
4.1 – Diagnósticos de enfermagem	17
4.1 – Intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar	18
4.2 – Avaliação das intervenções desenvolvidas	19
4.3 – Mobilização de competências de enfermeira especialista em saúde familiar.....	20
5 - CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

Apêndices (a)

- Apêndice 1(a) – Escala de Graffar adaptada
- Apêndice 2(a) – Escala de Barthel
- Apêndice 3 (a) – Escala de Braden aplicada a Jacinto
- Apêndice 4(a) – Escala de Morse
- Apêndice 5 (a) – Escala de Zarit
- Apêndice 6 (a) – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
- Apêndice 7(a) – Apgar Familiar de Smilkstein
- Apêndice 8(a) – Escala de Faces II aplicada à família
- Apêndice 9(a) – Modelo Circumplexo de Olson aplicado à família Tormes
- Apêndice 10 (a) - Risco Familiar de Garcia-Gonzalez aplicado à família Tormes
- Apêndice 11 (a) – Risco Família de Segóvia-Dreyer aplicado à família Tormes
- Apêndice 12 (a) - Plano de cuidados à família

Índice de Figuras e Quadros

Figura 1 - Genograma da família Tormes	9
Figura 2 - Mapa de rede social da família Tormes	10
Figura 3 - Ecomapa da família Tormes.....	11
Figura 4 - Círculo de Thrower desenhado por Justina	12
Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem da família	17

Introdução

No âmbito da avaliação da Unidade Curricular Estágio, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa foi desenvolvido o presente estudo de caso elaborado segundo as diretrizes do documento orientador.

A família apresenta-se como a unidade básica da sociedade e a intervenção do enfermeiro deve ver a mesma como unidade de cuidados (Wright & Leahey, 2011). Para proporcionar cuidados à família, é necessário intervir durante todas as fases da vida, garantindo que as respostas individuais e familiares sejam monitorizadas em relação a diversas condições de saúde e doença. Um dos objetivos de enfermagem familiar é intervir de maneira adequada em situações que podem ser desafiadoras para a família dando resposta às necessidades de saúde dos seus membros e da família enquanto unidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar “cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital” (Lei nº 135/2018, 2018, p. 19355) e a sua intervenção deve compreender os diferentes níveis de prevenção.

No decorrer do ensino clínico na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que teve lugar numa unidade de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) foi realizada intervenção numa família que se apresenta ao longo deste estudo de caso. Todos os dados passíveis de identificar a família foram modificados de forma a poder respeitar o anonimato dos membros da família. Optou-se pelos nomes das personagens do romance escrito por Eça de Queiroz, “A cidade e as serras”, pelo facto da história retratada ter semelhanças com a família do presente estudo de caso.

Este estudo de caso tem como objetivo geral desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar de modo a dar respostas às necessidades da família enquanto unidade e que se encontra a vivenciar uma situação complexa, e de cada um dos seus membros que se encontram em diferentes fases do ciclo vital.

Como objetivos específicos pretendo: apresentar a família “Tormes”; efetuar a apreciação familiar nas suas diferentes dimensões utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); elaborar diagnósticos de enfermagem; delinear um plano de cuidados de enfermagem com a família, intervenção e respetiva avaliação.

Estruturalmente o estudo caso foi dividido em cinco capítulos, o primeiro em que é apresentada a família Tormes de forma resumida, no segundo é feita a avaliação familiar aplicado o MDAIF nas suas três dimensões, no terceiro é realizada uma relação dos determinantes em saúde e das políticas sociais que podem condicionar a saúde da família, no quarto são elaborados os diagnósticos utilizando taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para intervenção na mesma, intervenções de enfermagem prioritárias, recursos mobilizados para dar resposta às necessidades da família, mobilização de competências do enfermeiro especialista em saúde familiar e por fim no último capítulo apresentam-se as conclusões.

O trabalho será redigido segundo o acordo ortográfico, as normas para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e respeitando a norma APA 7ª ed.

1 - Família Tormes

Justina Tormes recorre à UCSP para solicitar visita domiciliária para um tratamento a feridas que o seu pai apresenta.

Trata-se de uma família alargada constituída por Justina de 58 anos de idade, o seu pai Jacinto de 93 anos e o filho de Justina, José, de 23 anos.

Vivem numa zona rural na periferia da área metropolitana de Lisboa. A casa em que vivem é uma casa de construção clandestina embora tenha água, luz e sistema de saneamento básico. A sua legalização está terminada em termos fiscais, embora em termos camarários o mesmo ainda não tenha sido possível. Os acessos à casa são por uma estrada de terra batida sem iluminação pública. Justina foi viver para esta casa quando era ainda uma criança, nela cresceu, casou e construiu um anexo onde vive. O casamento de Justina durou 3 anos durante os quais, por o marido ter um problema de alcoolismo, era vítima de violência doméstica. Após o divórcio o ex marido de Justina cortou relação com o filho nunca tendo contribuído para a sua educação. Justina teve uma vida de trabalho para conseguir que nunca nada faltasse a José.

A mãe de Justina faleceu há 10 anos com 68 de idade de neoplasia do útero. Nunca fez tratamentos após o diagnóstico por recusa. Justina é saudável até ao momento, mas tem dificuldade em cumprir a vigilância por não ter médico de família. Neste momento encontra-se desempregada, a receber subsídio de desemprego que terminará em Agosto de 2023.

Jacinto tem antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca congestiva, e neoplasia da próstata. No decorrer deste ano teve 3 internamentos hospitalares. O último foi de 20/04 a 24/04 por insuficiência renal aguda, infeção e demência. Foi para casa algaliado, dependente total em todas as atividades de vida diárias e com duas úlceras por pressão nos membros inferiores.

José, filho de Justina, frequentou o 12 ano de escolaridade, trabalha num armazém de material de laboratório. Tem uma namorada que conheceu via internet que mora a 200 km de distância. Ajuda a mãe a cuidar do avô quando esta solicita, mas Justina sente que José poderia ajudar mais e fazer “mais companhia” aos dois.

2 - Avaliação Familiar

A avaliação familiar deve compreender a complexidade e constante transformação da família e vê-la como unidade sistêmica (Figueiredo, 2012).

Para Wright e Leahey a família deve ser vista como um todo, sendo maior do que a soma das partes (2011), deste modo a avaliação deve contemplar a avaliação dos diferentes membros, mas também a avaliação da família como sistema.

O MDAIF é uma estrutura multidimensional que avalia a família em três dimensões principais (Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional) e foi o suporte para a avaliação e intervenção junto da família no decorrer do ensino clínico.

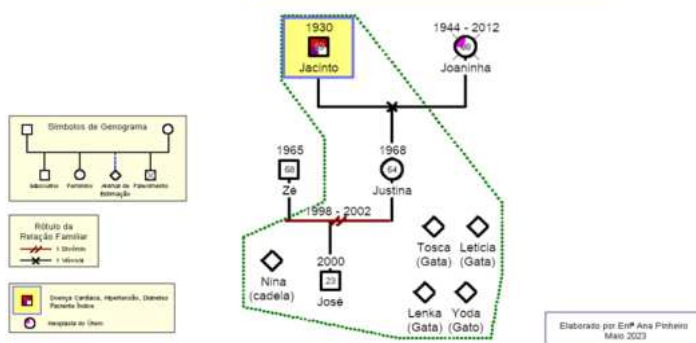
2.1 - Avaliação estrutural

A avaliação estrutural é uma das etapas essenciais para a avaliação da família uma vez que permite compreender a estrutura e o funcionamento da família. Esta avaliação fornece uma base para a compreensão das características e do contexto da família bem como a dinâmica dos relacionamentos entre seus membros, os padrões de comunicação, tomadas de decisão, hierarquia familiar e sistemas de apoio social disponíveis. Isso permite uma visão abrangente da estrutura familiar e a compreender como os membros da família se relacionam entre si (Wright & Leahey, 2011).

Da dimensão estrutural fazem parte a estrutura interna, externa e o contexto onde a família está inserida e que constituem determinantes de saúde da família.

O Genograma é uma ferramenta utilizada na avaliação familiar para representar graficamente as relações familiares ao longo de diferentes gerações (Carter & McGoldrick, 2004). Ao interpretar o Genograma da família Tormes podemos verificar,

Figura 1 - Genograma da família Tormes

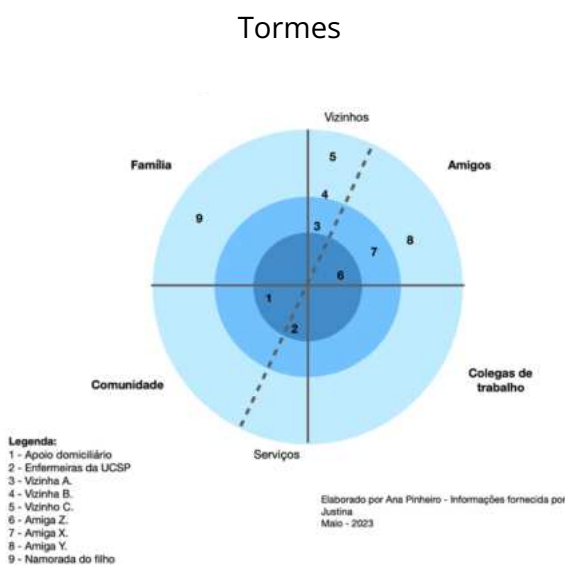


segundo a classificação apresentada por Caniço et al., que a família Tormes é uma família alargada, constituída por 3 gerações a viverem no mesmo agregado familiar (2010).

Nesta família temos dois subsistemas presentes. O subsistema pai-filha e o mãe-filho. Justina está presente nos dois subsistemas.

A família extensa desempenha um papel significativo no sistema familiar, fornecendo suporte para o núcleo familiar que pode ser de diferentes formas como emocional, financeiro ou operacional. A compreensão da família extensa é essencial para uma avaliação completa da estrutura familiar, pois ajuda a identificar a rede de suporte e os recursos disponíveis para a família. Isso pode ter implicações importantes na provisão de cuidados de saúde, no planeamento de intervenções e no apoio à família como um todo (Wright & Leahey, 2011). No caso da família Tormes a família extensa é escassa e não constitui apoio para a mesma. Nos sistemas mais amplos temos as instituições sociais que são suporte e com as quais a família se relaciona e as pessoas com quem a família tem um contacto significativo (Wright & Leahey, 2011).

Figura 2 - Mapa de rede social da família



A criação do mapa de rede social possibilita uma representação visual da família com as estruturas sociais que lhe oferecem suporte, permitindo uma compreensão mais profunda das formas de ajuda mais significativas e da sua interação com o ambiente em que estão inseridas (Figueiredo, 2012). Esse mapeamento gráfico revela as conexões e relacionamentos importantes para a família, facilitando uma visão abrangente

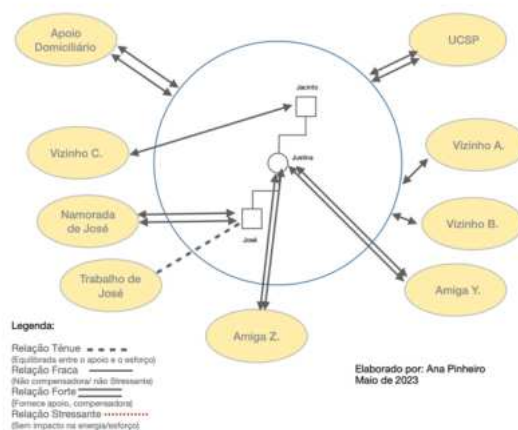
dos recursos disponíveis e das interações que podem influenciar o seu bem-estar.

Ao analisarmos o mapa de rede social da família ficamos com a percepção dos escassos apoios sociais que esta família apresenta e que podem ser um indicador das necessidades da mesma e um determinante em saúde.

O Mapa da rede social foi desenhado por Justina, nele o quadrante da família e colegas de trabalho não constitui um recurso e os amigos e vizinhos não estão num nível de proximidade e por isso constituem um apoio moderado para esta família.

O Ecomapa é uma representação visual que retrata a família juntamente com as estruturas sociais que estão ao seu redor e que podem desempenhar um papel de suporte para a família (Agostinho, 2007). Esse mapa oferece uma visão panorâmica das conexões e interações da família com a comunidade, incluindo serviços sociais, instituições educacionais, grupos religiosos, amigos, vizinhos e outros recursos sociais disponíveis.

Figura 3 - Ecomapa da família Tormes



Na avaliação estrutural é importante avaliar os fatores ambientais, sociais, culturais e económicos que influenciam a vida e o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2011).

Nesta avaliação foram observados ou questionados aspetos relacionados com o ambiente físico em que a família vive, casa, vizinhos e comunidade.

A família vive numa casa com condições de habitabilidade, apesar de construção clandestina como referido anteriormente, sem barreira arquitetónicas, tem água da rede pública e saneamento através de fossa séptica, gás com recurso ao sistema de botijas e aquecimento recorrendo a aquecedores elétricos. Tem condições de higiene básicas, existência de um grande número de bens pessoais, acumulativos e que Justina refere terem valor sentimental. Da observação destaca-se a separação do quarto de Justina e de José ser feita apenas por um cortinado e de ser necessário passar pelo quarto de José para ir para o de Justina. Esta ausência de privacidade pode gerar conflito entre o subsistema Mãe-filho.

Para avaliação da classe social foi aplicada escala de Graffar (Apêndice 1). A aplicação da escala teve em conta todo o agregado familiar. Contudo Justina encontra-se desempregada e José não faz contribuições monetárias para a família. Foi aplicada a

escala constante no sistema operativo Sclínico®. A família pertence, segundo a classificação obtida à classe baixa e as suas dificuldades financeiras podem agravar-se quando terminar o subsídio de desemprego de Justina.

Desta família fazem parte diversos animais de estimação. Como é possível de constatar no Genograma apresentado anteriormente. Existem quatro gatos e uma cadela, tratados com muito carinho e cuidados de vacinação e desparasitação de acordo com as normas sanitárias.

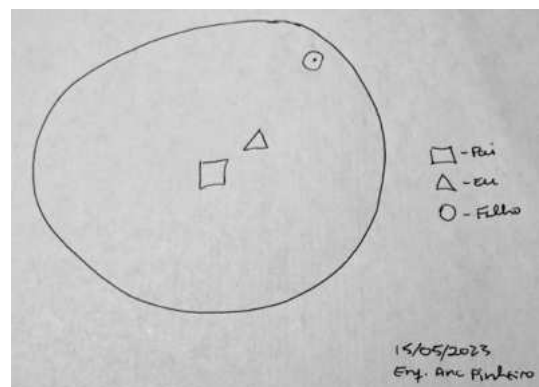
2.2 - Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento visa compreender o estágio de desenvolvimento da família e as tarefas de desenvolvimento associadas. Essa compreensão é essencial para adaptar os cuidados e as intervenções de acordo com as necessidades e características específicas da família em cada estágio do ciclo de vida familiar.

A família Tormes encontra-se no estadio 5 do seu desenvolvimento, “Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa” de acordo com a classificação apresentada por Carter e McGoldrick (2004).

O processo emocional caracteriza-se pela aceitação de entradas e saídas de casa. Para Justina a entrada de elementos no agregado não causa angústia e são acolhidos e desejados, contudo a saída de José irá constituir uma dificuldade. O desenvolvimento de uma relação adulto-adulto entre Justina e José está ainda no início e necessita de intervenção para que se estabeleça. Ao pedirmos a Justina para que desenhe um círculo de Thrower é visível o afastamento que Justina sente de José. O facto de José trabalhar de segunda a sexta durante o horário de funcionamento da UCSP impossibilitou uma entrevista com o mesmo e uma intervenção familiar conjunta.

Figura 4 - Círculo de Thrower
desenhado por Justina



Cada elemento da família Tormes está a passar uma fase de mudança e em diferentes transições do seu desenvolvimento. À luz da teoria das transições de Meleis,

estas mudanças podem constituir oportunidades para melhorar o bem-estar dos indivíduos (Meleis et al., 2010). Ao longo do ciclo vital passamos por inúmeras transições e a intervenção de enfermagem é no sentido de proporcionar um período de estabilidade e uma transição saudável.

José encontra-se a viver uma transição de desenvolvimento em que procura independência e autonomia. Esta transição envolve a aquisição de novas habilidades práticas e emocionais, como a gestão financeira, a tomada de decisões e a resolução de problemas. Também pode envolver o desenvolvimento de uma rede de suporte social fora do ambiente familiar imediato o que para Justina está a ser visto como um afastamento.

Jacinto por outro lado está a vivenciar uma transição tipo saúde/doença associada ao processo natural de envelhecimento bem como ao agravamento das suas doenças crónicas. Esta transição implica várias adaptações e mudanças nas atividades de vida diárias com implicação direta com a sua qualidade de vida.

Por sua vez Justina está a vivenciar uma transição situacional com a mudança de responsabilidades na família e nos papéis sociais que desempenha. Deixa de ser ela a responsável por José, uma vez que está a criar a sua independência e passa a assumir o papel de cuidadora de Jacinto. Por outro lado, a perda de emprego, apesar de ter já dois anos, o padrão de resposta aponta para esta situação ainda provocar angústia em Justina.

Globalmente a família Tormes encontra-se a vivenciar uma transição múltipla em que propriedades como a consciencialização, empenho e a mudança ainda não estão presentes. Os enfermeiros são agentes facilitadores dos utentes e das suas famílias que se encontram a vivenciar uma transição (Meleis et al., 2010). Por este motivo a papel do enfermeiro é intervir como auxiliador para o desenvolvimento de competências da família para que enfrentem a transição e desempenhem o novo papel com mestria (Santos et al., 2016).

2.3 – Avaliação funcional

A avaliação funcional no MDAIF refere-se à avaliação dos padrões de funcionamento e das capacidades adaptativas da família. A avaliação do funcionamento da família procura compreender como a família lida com os desafios, como se organiza, comunica e se adapta às mudanças (Figueiredo, 2012).

Uma vez que Jacinto se encontra dependente é fundamental a avaliação do grau de dependência. Para avaliação do grau de dependência foi calculado o Índice de Barthel (disponível em Sclínico ®) com uma pontuação de 5, Jacinto apresenta-se com uma dependência total (Apêndice 2). Justina é a sua cuidadora, com conhecimento do papel não demonstrado, mostrando interesse no desenvolvimento de competências como cuidadora. Têm apoio domiciliário do centro social duas vezes por dia.

O desenvolvimento de úlceras por pressão é uma realidade na população idosa com grande prevalência no idoso dependente. A escala de Braden avalia o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. A escala é constituída por seis dimensões que contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão. A aplicação da escala mostra que Jacinto apresenta alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. (Apêndice 3). Foi também avaliado o risco de queda através da aplicação da escala de Morse (Apêndice 4) em que com 30 valores apresenta um baixo risco de queda.

A Justina foi aplicada a escala de Zarit com o objetivo de avaliação da sobrecarga que obteve um total de 47 pontos revelando uma sobrecarga moderada. (Apêndice 5)

O processo familiar baseia-se na interação entre os diferentes membros e divide-se em cinco dimensões: Coping familiar, interação dos papéis, comunicação, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

Para a avaliação desta dimensão, quer a entrevista quer as escalas utilizadas foram aplicadas à Justina, Jacinto já apresenta deterioração do estado cognitivo e alteração da linguagem e José não se encontrava sempre que ocorreu a avaliação e a intervenção familiar.

A escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe identifica eventos geradores de stress percebendo que a família Tormes apresenta 50% de probabilidade de adoecer

(Apêndice 6). O risco de adoecer está presente nesta família o que conduz ao diagnóstico de enfermagem risco de adoecer.

A dinâmica familiar vai sofrendo alterações e ajustes de acordo com o ciclo vital da família. Apesar de José se encontrar numa fase de transição para a independência mantém laços com a família. Calculado o Apgar Familiar de Smilkstein temos uma família altamente funcional (Apêndice 7).

A contrastar com este resultado temos a aplicação da escala de Faces II (Apêndice 8) temos o resultado de uma família com uma coesão desligada e uma adaptabilidade flexível que transpõe para o modelo Circumplexo de Olson estamos perante uma família meio termo (Olson, 2000). O subsistema Justina/José está desligado e as alianças que existiam quando José era criança estão a sofrer alteração. (Apêndice 9)

A vulnerabilidade de uma família pode ser avaliada através do recurso à escala Garcia-Gonzalez constante do sistema informático Sclínico® fazem parte integrante da avaliação do processo familiar dos cuidados de saúde primários. A família Tormes apresenta Risco médio nesta aplicação (Apêndice 10).

Em termos de risco familiar calculado através da aplicação da escala Segóvia-Dreyer estamos perante um alto risco (Apêndice 11).

Em termos de papéis familiares é Justina que acumula a totalidade de papéis, a gestão financeira, cuidado doméstico, recreativo e parente. O papel de provedor não está presente. Os rendimentos da família são sobretudo resultantes da pensão de aposentadoria de Jacinto, o subsídio de desemprego de Justina. Apesar de José apresentar salário fixo não dá contribuição regular para fazer face às despesas da família.

A família tem crença religiosa presente, sendo praticante da religião católica. A frequência da igreja foi muito assídua no passado, tendo feito Justina voluntariado na mesma, contudo um conflito entre o padre e José afastou a família da vida paroquial.

3 – Determinantes de Saúde e Políticas de Saúde

A saúde de uma população pode ser influenciada por diferentes fatores, esses fatores são denominados por determinantes de saúde. Os determinantes de saúde abrangem diferentes níveis, desde aqueles que estão mais próximos e têm um impacto direto, como o estilo de vida individual, até aqueles que estão mais distantes e exercem influência indireta, como as políticas governamentais e os contextos sociais, culturais e económicos em que vivemos (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Ao fazer uma análise desde o microssistema para o macrossistema, da família Tormes, estamos perante uma família em que os fatores hereditários apontam para uma predisposição para o desenvolvimento de neoplasia. A mãe de Justina morreu devido a neoplasia do útero e Jacinto tem neste momento uma neoplasia da próstata. Não podemos deixar de considerar a idade, o sexo assim como as características pessoais na avaliação e na elaboração de um plano de cuidados.

No caso de Jacinto o envelhecimento conduz ao declínio das funções físicas, cognitivas e funcionais afetando as atividades de vida diárias, a dependência e o elevado consumo medicamentoso. Analisando a realidade nacional temos 23,5% da população portuguesa com idade superior a 65 anos de idade (Pordata, 2023).

A família Tormes, como avaliado anteriormente, encontra-se no limiar da pobreza. Em termos nacionais 21,7% da população portuguesa encontra-se na mesma situação (Pordata, 2023). Contudo estamos perante uma família sem acesso a médico de família que no caso do ACES em que decorre o ensino clínico corresponde a 33,2% do total da população inscrita (Ministério da Saúde, 2023). Este facto, associado com o isolamento social e a carência económica aumenta a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Apesar de estar no desemprego Justina, como cuidadora do pai, não reúne condições para a busca de trabalho estando a tempo inteiro a cuidar do mesmo. Em termos nacionais foi implementado o estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º100/2019) com o objetivo de, para além de suporte financeiro contribuir para o cuidado ao cuidador com políticas nacionais em implementação para uma resposta social e de saúde adequado às necessidades específicas de cada cuidador. Justina não goza deste estatuto, mas reúne critérios para o gozo do estatuto podendo beneficiar do subsídio financeiro.

4 – Intervenção de Enfermagem

A avaliação da família permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem com vista a um plano de cuidados tendo por base as necessidades identificadas. A intervenção visa promover a saúde e o bem-estar da família como um todo, abordando questões físicas, emocionais e sociais.

4.1 – Diagnósticos de enfermagem

Foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, para a família, de acordo com a taxonomia CIPE (2015)

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem da família

Foco/Cliente	Juízo	Critério de diagnóstico	Diagnóstico de enfermagem
Rendimento familiar Cliente: Família	Não suficiente	- Desemprego de Justina; despesas com saúde elevadas; insuficiente reforma de Jacinto; fraca contribuição de José	- Rendimento familiar insuficiente
Edifício residencial Cliente: Família	Negligenciado e não seguro	- Risco decorrentes de acumulação excessiva de bens que são fonte de humidade e pó dificultando a manutenção do edifício.	- Edifício residencial negligenciado
Papel parental Cliente: Família	Não adequado	- Conhecimento sobre tarefas da nova etapa não demonstrado; adaptação da família à saída dos filhos não demonstrada;	- Papel parental não adequado
Papel do prestador de cuidados Cliente: Família	Não adequado	- Comportamento de adesão mantido; conhecimento do papel não demonstrado	- Papel do prestador de cuidados não adequado
Processo familiar Cliente: Família	Disfuncional	- Comunicação não eficaz; Interação de papéis não eficaz; relação dinâmica disfuncional	- Processo familiar disfuncional
Risco de adoecer	Risco	- Pontuação de 50% na escala Holmes e Rahe	- Risco de adoecer
Risco de úlcera por pressão	Risco	- 14 pontos na escala de Braden	- Risco de úlcera por pressão

Cliente: Jacinto			
Integridade cutânea Cliente: Jacinto	Alterada	- Úlcera de etiologia por pressão categoria II na face lateral externa do pé direito	- Úlcera por pressão na face lateral do pé direito
Eliminação vesica	Risco	- Presença de algália após retenção urinária	- Risco de infeção

Os diagnósticos de enfermagem apresentados dizem respeito à intervenção na família após avaliação das diferentes dimensões. Na intervenção específica com Jacinto emergem também diagnósticos de enfermagem resultantes da sua condição de saúde.

4.1 – Intervenção do Enfermeiro especialista em saúde familiar

O plano de cuidados é desenvolvido em conjunto com a família, levando em consideração os diagnósticos de enfermagem já elaborados, para direcionar as intervenções nos aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais. Além das atividades diretas do enfermeiro com a família, o plano também engloba ações realizadas em colaboração com outros profissionais de saúde e parceiros sociais. O plano elaborado e implementado durante o decorrer do ensino clínico pretende dar resposta às necessidades identificadas na família dando resposta aos diferentes níveis de prevenção tendo em atenção aos objetivos para o desenvolvimento sustentável.

Deste foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem na família:

- Encaminhamento para serviços sociais para avaliação de possíveis subsídios; Informar sobre estatuto do cuidador informal; Promover a gestão do rendimento familiar; Identificar com a família problemas de segurança e higiene que possam ser fator de risco; Promover a consciencialização para os riscos presentes; Auxiliar a família a identificar recursos sociais (junta de freguesia, serviços camarários) passíveis de melhorar acessos à residência; Fornecer informação a Justina sobre processo de desenvolvimento de José e a criação de autonomia; Apoiar Justina no desenvolvimento de estratégias eficazes de comunicação com José; Promover a comunicação expressiva das emoções; Encorajar a alteração do espaço físico de modo a promover a privacidade de José no quarto; Identificar com a família atividades que sejam passíveis de serem

realizadas em conjunto promovendo tempo em família; Ensinar sobre a fisiopatologia da doença; Ensinar sobre medidas preventivas de doença; Ensinar sobre riscos de infecção; Reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão; Ensinar sobre cuidados à pele e avaliação de sinais e risco de úlceras por pressão; Fornecer informação sobre cuidados à pele e dispositivos de alívio de pressão; Promover o envolvimento familiar;

Intervenções de enfermagem com Jacinto: - Execução de tratamento à úlcera; vigiar penso da úlcera; ensinar sobre prevenção da úlcera; vigiar cateter vesical, vigiar sinais de retenção urinária; otimizar cateter urinário; estimular a comunicação; estimular mobilização;

A atuação do enfermeiro com a família por si só não é capaz de dar resposta a todas as necessidades da família. O enfermeiro deve, após priorizar as intervenções, colaborar e estabelecer parcerias com outras equipes de saúde, a fim de mobilizar os recursos disponíveis e proporcionar uma resposta abrangente a essa situação complexa enfrentada pela família. Para responder às necessidades da família Tormes pode ser necessária a articulação com as seguintes equipas:

- Assistente social do ACES do sentido de validar apoios sociais e subsídios que possa a família solicitar para dar resposta às carências sentidas e para requerimento do estatuto do cuidador informal;

- Médico da UCSP para visita domiciliária para uma vigilância de saúde e conciliação terapêutica após internamento hospitalar de Jacinto;

- Marcação de consulta na UCSP para Justina no sentido de rastreio e vigilância de saúde;

- Equipa da ECCI para promover uma avaliação por fisioterapeuta e enfermeiro especialista de reabilitação no sentido de promover autonomia de Jacinto.

4.2 – Avaliação das intervenções desenvolvidas

A avaliação é uma etapa fundamental no processo de enfermagem e desempenha um papel crucial no desenvolvimento de um plano eficaz. Através da avaliação podemos determinar a eficácia das ações realizadas de modo a garantir os resultados esperados.

Através desta avaliação verificamos a resposta do paciente, identificamos necessidades de ajuste ao plano garantindo a melhoria contínua dos cuidados.

As intervenções implementadas na família Tormes necessitam de tempo para que a avaliação possa ter os resultados esperados. A intervenção é contínua e a avaliação é também contínua. Para algumas das intervenções foi possível ver mudança de comportamento no sentido da resolução do diagnóstico, noutras é necessário tempo para que os resultados sejam evidentes. Em apêndice (11) encontra-se espelhado o plano de cuidados com os diagnósticos, as intervenções e a avaliação feita ou o plano da mesma.

4.3 - Mobilização de competências de enfermeira especialista em saúde familiar

No decorrer deste estágio, e com a elaboração deste estudo de caso foi possível o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de saúde familiar. Ao estabelecer uma relação com a família como unidade de cuidados, analisando os seus membros em particular e a família como unidade, delineando um plano de cuidados personalizado. Para tal foram recolhidos dados dos sistemas clínicos, complementados com a entrevista familiar, aplicação de instrumentos de avaliação familiar, conduzem à identificação das forças, recursos e fraquezas da família sem esquecer crenças, valores que possam dificultar as diferentes transições.

A monitorização das respostas da família a diferentes situações foi possível graças à mobilização de recursos internos da família, mas também a externos e respostas sociais. A intervenção junto da família, tem por base a evidência científica, utiliza o pensamento sistemático e analisa a dinâmica familiar para o desenvolvimento do plano de cuidados.

A intervenção com a família tem como objetivo principal o estabelecimento do bem-estar através da promoção do diálogo e da motivação para a interação entre os diferentes membros. Capacitando a família para a resolução de conflitos garantindo a segurança e promovendo ambientes saudáveis e seguros para todos os seus elementos.

No decorrer do ensino clínico foi identificada na equipa da UCSP a necessidade da promoção de uma cultura de intervenção na família e a necessidade de ver a mesma como unidade de cuidados. Para dar resposta a esta necessidade sentida foi realizada uma sessão formativa intitulada “avaliação familiar nos cuidados de saúde primários: Instrumentos de avaliação familiar em Sclínico” com o objetivo de compreender a importância da avaliação familiar no contexto dos cuidados de saúde primários (Apêndice 13). Foi também elaborado para o serviço um formulário para avaliação familiar inicial na visita domiciliária (Apêndice 14) de modo a facilitar a avaliação da família e posterior registo em Sclínico. Deste modo contribui para a melhoria contínua da qualidade divulgando experiências e promovendo a incorporação de conhecimentos.

5 - Conclusão

O desenvolvimento deste trabalho, juntamente com a prática clínica, permitiu a aplicação prática de todos os contributos teóricos aprendidos, possibilitando uma consciencialização de como a abordagem familiar é fundamental para a intervenção individual. Não é possível ter uma intervenção, que dê resposta a todas as necessidades de Jacinto, sem compreender a dinâmica e as necessidades da família.

Ao longo deste estudo de caso, observou-se a importância da família como unidade de cuidados, reconhecendo que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar abrange diferentes níveis de prevenção. Foi evidente que a intervenção adequada nessas situações desafiadoras exige a consideração das respostas individuais e familiares em relação a diversas condições de saúde e doença.

Ao utilizar o MDAIF, foi possível avaliar as diferentes dimensões da família e identificar os determinantes em saúde e as políticas sociais que podem impactar a saúde da família "Tormes". Com base nessa avaliação, foram elaborados diagnósticos de enfermagem e estabelecidas intervenções prioritárias, mobilizando recursos e competências do enfermeiro especialista em saúde familiar.

Por fim, este estudo de caso forneceu percepções valiosas sobre a importância da enfermagem de saúde familiar e destacou a necessidade de uma abordagem abrangente que considere a família como um todo. Os resultados obtidos e as conclusões alcançadas contribuirão para o desenvolvimento contínuo das habilidades e conhecimentos da enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar, a fim de melhor atender às necessidades das famílias em situações complexas e ao longo do ciclo de vida de seus membros e da própria família.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 23(3), 327-30
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE®(2015). 5a ed.. Ordem dos Enfermeiros.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2004). *The Expanded Family Life Cycle*. 3rd Edition. Person Education
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Figueiredo, M. H. (2012), *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - uma abordagem colaborativa em enfermagem familiar*. Lusociência.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Aprova o estatuto do cuidador informal. *Diário da República N.º 171, 1ª Série*
- Lei n.º 135/2018, Regulamento n.º 428/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar *Diário da República N.º 135, 2ª Série*
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer
- Ministério da Saúde (2023). *Transparência: utentes inscritos em cuidados de saúde primários*
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167
- Pordata (2023) *População residente: total e por grandes grupos etários*
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153-171.
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca

Apêndices (a)

Apêndice 1(a) - Escala de Graffar adaptada

Escala de Graffar aplicado à família Tormes

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes Intermediários	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários sem qualificados ocasionais	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrónicos essenciais.	Bairro operário/local
Mão de obra indiferenciada	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Graffar aplicado à família Tormes no sistema Informático Clínico

Mai 2023 por enfermeira Ana Pinheiro

Apêndice 2(a) – Escala de Barthel

Escala de Barthel aplicado a Jacinto

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input checked="" type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input checked="" type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input checked="" type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/> 0
TOTAL	10

Fonte: Ministério da saúde, 2011

Apêndice 3 (a) – Escala de Braden aplicada a Jacinto

Escala de Braden aplicada a Jacinto

ANEXO I

Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: <u>Enfª Ana Pinheiro</u>		Data da avaliação: <u>15/05</u>
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: <u>93</u>
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta defice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
				<u>14</u>
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1980; Versão Portuguesa 2001. Carlos Magalhães, Cristina Miguéns, Pedro Pereira, João Gomes, Zéna Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GALF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

Apêndice 4(a) – Escala de Morse

Escala de Morse aplicada a Jacinto



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 ✓ 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 ✓ 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 ✓ 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 ✓ 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 ✓ 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15 ✓

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Total: 30

Escala:

Sem risco ($0 \leq 24$ pontos);

Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);

Alto risco (≥ 51 pontos)

Escala aplicada por Ana Pinheiro a
15/05/2023

Apêndice 5 (a) – Escala de Zarit

Escala de Zarit aplicada a Justina

	Item	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às Vezez (3)	Às Vezez (3)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	x				
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	x				
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?		x			
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?	x				
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	x				
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?		x			
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			x		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					x
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	x				
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?				x	
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				x	
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				x	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao se familiar?	x				
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					x
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			x		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	x				
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	x				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	x				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	x				
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	x				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	x				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?			x		

TOTAL

47

Escala

Inferior a 46 = Sem sobrecarga
 Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
 Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Apêndice 6 (a) – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família Tormes

N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge - 100	
2	Divórcio - 73	X - 73
3	Separação conjugal - 65	
4	Prisão - 63	
5	Morte de um membro da família - 63	
6	Doença grave ou lesão - 53	
7	Casamento - 50	
8	Demissão do trabalho - 47	X - 47
9	Reconciliação conjugal - 45	
10	Aposentadoria - 45	
11	Doença ou lesão de um amigo próximo ou familiar - 44	
12	Mudança para outra casa - 43	
13	Problemas financeiros - 40	x-40
14	Gravidez - 40	
15	Problemas no relacionamento com o cônjuge - 39	
16	Problemas com familiares - 39	
17	Mudança na condição de trabalho - 39	
18	Morte de um amigo próximo - 37	
19	Problemas de saúde do cônjuge - 37	
20	Mudança na escola ou faculdade - 36	
21	Mudança nas atividades religiosas - 36	
22	Mudança nas atividades sociais - 36	

23	Hipoteca ou empréstimo - 31	
24	Problemas com o chefe - 31	
25	Mudança de horário de trabalho ou de turno - 30	
26	Problemas com colegas de trabalho - 29	
27	Mudança de emprego - 29	
28	Aposentadoria do cônjuge - 29	
29	Mudança nas condições de vida - 28	
30	Mudança nas responsabilidades pessoais - 28	
31	Criança que deixa a casa - 27	
32	Problemas com vizinhos - 26	
33	Mudança na rotina de sono - 24	
34	Problemas com a escola - 20	
35	Mudança nas condições de lazer - 20	
36	Mudança nas condições climáticas - 20	
37	Problemas com o transporte - 20	
38	Problemas com o computador - 18	
39	Problemas com a tecnologia - 17	
40	Mudança na alimentação - 16	
41	Mudança no tempo livre - 16	X - 16
42	Mudança nos hábitos de higiene - 15	
43	Problemas com animais de estimação - 12	

150 – 200 : Menor probabilidade de incidência de doenças
 200 – 300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica
 >300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática

Total – 237

maio de 2023 por Ana Pinheiro

Apêndice 7(a) – Apgar Familiar de Smilkstein

Apgar Familiar de Smilkstein aplicado a Justina

Apgar	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 - Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		X	
2 - Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3 - Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4 - Estou satisfeito como modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5 - Estou satisfeito como tempo que passo com a minha família.	X		
Total	8		

Apgar familiar aplicado a Justina

Maio 2023

Score:

7 a 10 - Família altamente funcional

4 a 6 - Família com modesta disfunção

0 a 3 - Família com disfunção acentuada

Apêndice 8(a) – Escala de Faces II aplicada à família

Escala de Faces II – Coesão e adaptabilidade aplicada à família Tormes

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			x		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					X
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					x
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.				X	
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X	
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			X		
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.			X		
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.				X	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam por vários elementos da família.	X				
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.		X			
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.		X			
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				X	
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.				X	
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X	
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.		X			
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.		X			
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			X		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				X	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.		X			
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.	X				
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.			X		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				X	
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.			X		
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.			X		
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.				X	
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.		x			
Total	Coesão		42 - Desmembrada		
	Adaptabilidade		47 - Flexível		

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

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

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Interpretação linear da Faces II

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

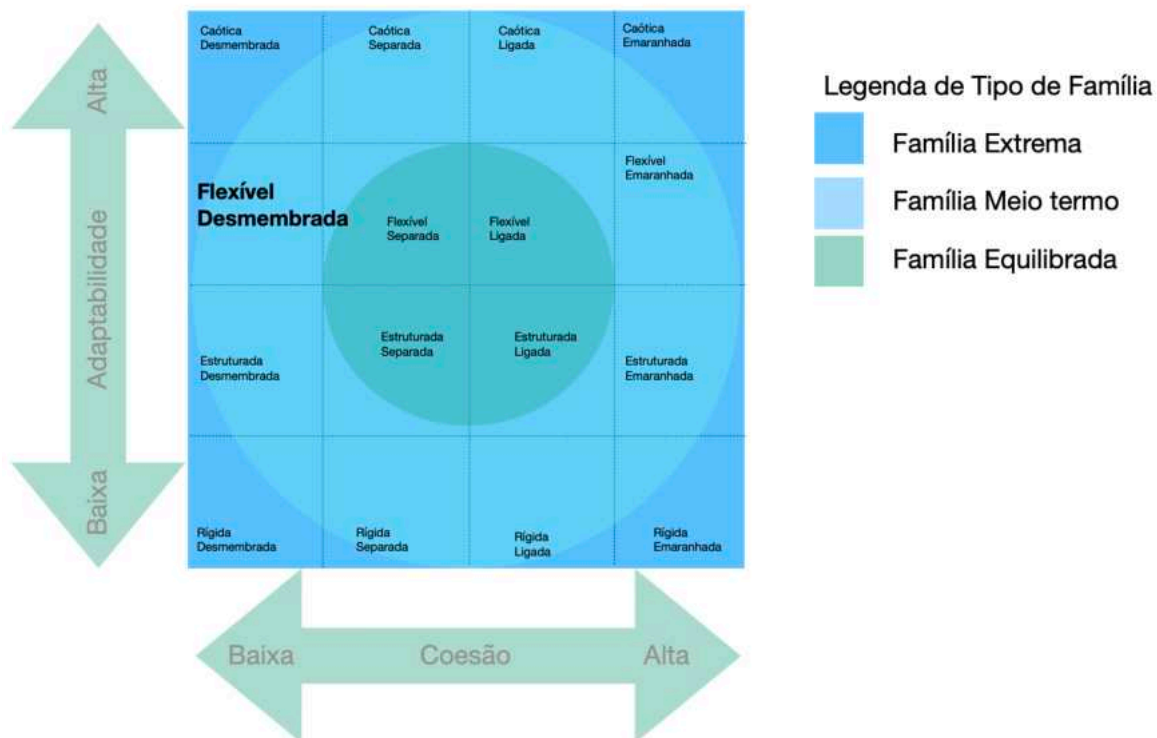
Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Fonte: (Figueiredo, 2012)

Apêndice 9(a) – Modelo Circumplexo de Olson aplicado à família Tormes

Modelo Circumplexo de Olson aplicado à família Tormes

Modelo Circunflexo de 16 quadrantes aplicado à Família Tormes



Apêndice 10 (a) - Risco Familiar de Garcia-Gonzalez aplicado à família Tormes

Risco Familiar de Garcia-Gonzalez aplicado à família Tormes

Itens da escala	Pontuação
Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado	
Famílias cuja dinâmica de relações esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar	
Famílias que solicitem em excesso os cuidados do centro de saúde	X
Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um fator de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos)	
Famílias nas quais um dos membros seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.)	
Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doença, embora essas doenças não estejam presentes.	X
Total -	2

Risco calculado em maio de 2023 por enfermeira Ana Pinheiro

A Família Tormes apresenta Médio Risco

Classificação: Médio Risco: ≥ 2 Alto Risco: ≥ 4

Adaptado de: Sclinico® 2023

Apêndice 11 (a) – Risco Família de Segóvia-Dreyer aplicado à família Tormes

Risco Família de Segóvia-Dreyer aplicado à família

Itens contabilizados com 1 ponto		Itens contabilizados com 2 ponto	
Morbilidade Crónica	X	Alcoolismo	
Invalidez		Droga	
Hospitalizações frequentes	X	Desnutrição	
Mãe analfabeta		Ausência de um dos pais	X
Mãe solteira	X	Pais analfabetos	
Chefe de família desempregado	X	Apgar familiar <4	
Ausência temporária de um dos pais		Filho grande deficiente	
Chefe da família com emprego temporário		Chefe de família preso	
Morte de pai ou mãe		Filho com carências afetivas graves	
Total			6

A Família Tormes apresenta Alto Risco

Classificação:
Médio Risco: ≥ 3
Alto Risco: ≥ 6

Risco calculado em maio de 2023 por enfermeira Ana Pinheiro

Apêndice 12 (a) - Plano de cuidados à família

Plano de cuidados para a família Tormes

Data / Diagnóstico	Resultados Esperados	Cliente	Intervenções	Data / Avaliação
15/05/2023 - Risco rendimento familiar insuficiente	- Que a família diminua o risco de rendimento familiar insuficiente	- Família	- Encaminhamento para serviços sociais para avaliação de possíveis subsídios - Informar sobre estatuto do cuidador informal - Promover a gestão do rendimento familiar	29/05 - Requerimento do cuidador informal submetido; - Justina acordou com José uma contribuição mensal permanente
15/05/2023 - Edifício residencial negligenciado	- Edifício residencial não negligenciado	- Família	- Identificar com a família problemas de segurança e higiene que possam ser fator de risco. - Promover a consciencialização para os riscos presentes; - Auxiliar a família a identificar recursos sociais (Junta de freguesia, serviços comunitários) passíveis de melhorar acessos à residência.	29/05 - Correção de armário em risco de queda; - Junta sem apoio para resolução de “pequenos problemas” de construção; - Junta de freguesia em processo de licenciamento para pavimentação da rua.
15/05/2023 - Papel parental não adequado	- Papel parental adequado facilitando a transição	- Família	- Fornecer informação a Justina sobre processo de desenvolvimento de José e a criação de autonomia. - Apoiar Justina no desenvolvimento de estratégias eficazes de comunicação com José; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Encorajar a alteração do espaço físico de modo a promover a privacidade de José no quarto; - Identificar com a família atividades que sejam passíveis de serem realizadas em conjunto promovendo tempo em família.	Não avaliado - Que no prazo de um mês Justina e José apresentem comunicação eficaz; - Que Justina compreenda o desenvolvimento da autonomia de José; - Que a família apresente um plano para alteração do quarto de José e Justina.
15/05/2023 - Papel do prestador de cuidados não adequado	Conhecimento do papel parental demonstrado	Justina	- Ensinar sobre a fisiopatologia da doença; - Ensinar sobre medidas preventivas de doença; - Ensinar sobre riscos de infeção; - Reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão - Ensinar sobre cuidados à pele e avaliação de sinais e risco de úlceras por pressão;	29/05 - Justina demonstra habilidades no manuseio do cateter vesical; - Aquisição de colchão de pressões alternadas; - Conhecimento demonstrado sobre gestão do regime terapêutico;

			- Fornecer informação sobre cuidados à pele e dispositivos de alívio de pressão;	
15/05/2023 - Processo familiar disfuncional	- Processo familiar funcional	- Família	- Promover o envolvimento familiar; - Otimizar o padrão de ligação;	Não avaliado - Dentro de 2 meses aplicação do Círculo de Thrower e do Faces II
15/05/2023 - Risco de adoecer	- Manutenção da saúde e diagnóstico precoce	- Família	- Promoção de hábitos saudáveis como alimentação, exercício físico e saúde mental; - Vigilância de saúde estimulando o comportamento de procura de saúde; - Marcação de consulta de vigilância e realização de citologia na UCSP para Justina - Marcação de visita domiciliária médica para avaliação de Justino; - Entrega de kit para rastreio de cancro do colon; - Encaminhamento de Justina para rastreio de cancro da mama;	29/05 - Consultas marcadas na UCSP para o próximo mês; - Amostra para rastreio do cancro do colón em análise;
15/05/2023 - Risco de úlceras por pressão	- Manutenção da integridade cutânea	- Justina e José	- Ensinos sobre medidas preventivas e fatores de risco para desenvolvimento de úlceras por pressão; - Ensinar sobre cuidados à pele; - Instruir sobre limpeza e hidratação à pele; - Ensinar sobre alimentação; - Sugerir dispositivos de alívio de pressão; - Vigiar sinais de úlcera por pressão	29/05 - Integridade cutânea mantida sem sinais de úlcera por pressão
15/05 - Úlcera por pressão na face lateral do pé direito	- Cicatrização da úlcera	- José	- Vigiar penso - Avaliar úlcera por pressão; - Executar tratamento à úlcera;	29/05 - Cicatrização da úlcera
15/05 - Risco de infeção	- Ausência de infeção	- José e Justina	- Vigiar características da urina; - Ensinar sobre cuidados de higiene, mobilização e manutenção de cateter e saco coletor; - Incentivar a ingestão hídrica; Ensinar sobre sinais de alarme	29/05 - Urina clara sem sedimento, utente sem queixas.

Apêndice 2 – Contributo do enfermeiro na promoção da autonomia das famílias idosas: Scoping Review



Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio com relatório

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da
autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Ana Alexandra dos Santos Pinheiro



Professora Orientadora:
Maria Emília Campos Brito

Lisboa
Novembro 2023

Introdução

No contexto da unidade curricular Estágio com Relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Familiar, como forma de mapear a informação existente sobre o contributo do enfermeiro de família na promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio foi elaborada a seguinte Scoping Review.

A metodologia usada foi a desenvolvida pelo The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2022: Methodology for JBI Scoping Reviews.

As *Scoping Review* são abordagens não sistemáticas de revisão da literatura que têm como objetivo mapear os conceitos fundamentais que sustentam uma área de pesquisa, esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais em relação a um tema específico. Essas revisões podem concentrar-se em um ou em todos esses objetivos como um conjunto. Elas são conduzidas seguindo um protocolo que desempenha um papel fundamental na definição dos objetivos e métodos da revisão (Munn et al., 2022).

Scoping Review

Título

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Informação dos Autores

Ana Pinheiro – ana.pinheiro@campus.esel.pt – USF Tapada, Aces Sintra - Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar;

Sandra Galaio – sandra.galaio@campus.esel.pt – USF Flôr de Lotus, Aces Sintra - Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar.

Resumo

O “envelhecimento é parte constituinte do ciclo vital da pessoa, sendo crucial que seja vivido de forma saudável e autónoma o maior número de anos possível” (Machado et al., 2021, p. 502). É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para promover a saúde e um envelhecimento autónomo e saudável.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de família promotoras da autonomia das famílias idosas no domicílio

Método: Realizamos uma revisão abrangente, seguindo a abordagem PCC (Participantes, Conceito e Contexto) proposta pelo *The Joanna Briggs Institute*. A relevância dos artigos, bem como a extração e síntese dos dados, foi avaliada por dois revisores independentes.

Resultados: Foram identificados 10 artigos incluídos para revisão que sugerem que intervenções multifatoriais que combinam avaliação de risco,

educação para a saúde, modificação ambiental e promoção de hábitos saudáveis contribuem para a promoção da autonomia das famílias idosas.

Conclusão: Os resultados desta revisão sugerem que o enfermeiro de família pode promover a autonomia das famílias idosas ou dos idosos que vivem sozinhos, no domicílio, por meio da oferta de suporte personalizado, educação para a saúde, treino e coordenação dos cuidados. O foco está em capacitar os idosos e seus cuidadores, adaptar o ambiente domiciliar, e promover o bem-estar como parte integrante do cuidado à família.

Background

“O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade” (Organização das Nações Unidas, 2019), afetando diversas áreas, incluindo a participação no mercado de trabalho a situação financeira, a busca por bens e serviços, habitação, os meios de transporte disponíveis, o acesso à proteção social, bem como as dinâmicas familiares e os laços entre diferentes gerações (Organização das Nações Unidas, 2019).

Em Portugal, segundo os dados preliminares do Censos 2021, a população portuguesa com mais de 70 anos de idade é de 17,1%, o índice de dependência de idosos de 36,9% (Instituto Nacional de Estatística, 2022) e o número de pessoas idosas a viverem sozinhas duplicou nos últimos 40 anos (Pordata, 2022). Deste modo, torna-se imperioso que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para promover a saúde e um envelhecimento autónomo e saudável.

O processo de envelhecimento humano contempla várias dimensões biológicas, psicológicas e sociais que são interdependentes que influenciam a capacidade individual (Cochar-Soares et al, 2021). É parte integrante do ciclo vital da pessoa e da família e indispensável que seja vivido de forma saudável o maior número de anos possível (Machado et al., 2021).

A autonomia é a capacidade de um indivíduo tomar decisões e agir de acordo com sua própria vontade, livre de coação ou controle externo (Ryan & Deci, 2017).

Envolve diferentes dimensões, que incluem aspetos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.

É basilar integrar todas essas dimensões para compreender plenamente o significado e a importância da autonomia (Trotter, 2014 ; Bouvet, 2018).

A autonomia é alimentada por uma fonte interna de motivação que impulsiona o desejo de controlar o próprio destino e ter domínio sobre a vida e o comportamento pessoal. Essa perspectiva está fundamentada na teoria da autodeterminação (Eassey et al., 2019) Segundo essa teoria, a autonomia é um elemento essencial para o desenvolvimento humano, pois permite que as pessoas se sintam empoderadas e capazes de tomar decisões alinhadas com seus valores e aspirações individuais. A busca pela autonomia é uma busca constante por liberdade e autenticidade, impulsionando o indivíduo a buscar o seu próprio caminho e a alcançar um senso de realização pessoal (Eassey et al., 2019).

A valorização da autonomia ganha uma relevância especial no contexto das pessoas idosas, uma vez que os processos decorrentes do envelhecimento as colocam numa situação de vulnerabilidade, que vai além da fragilidade física, abrangendo também aspetos intelectuais e cognitivos (Lima, et al., 2021).

O autocuidado é uma capacidade fundamental que permite que as pessoas sejam autossuficientes em atividades destinadas a manter a vida, a saúde, o crescimento e o bem-estar. Em outras palavras, é a habilidade de cuidar de si mesmo de forma autónoma e tomar medidas para preservar e promover a própria saúde e qualidade de vida (Galvão & Janeiro, 2013).

De acordo com a teoria de Orem, o autocuidado é definido como o conjunto de atividades deliberadas que as pessoas realizam em benefício próprio para manter sua saúde, recuperar-se de lesões ou doenças e lidar com as limitações que podem surgir. Essas atividades incluem cuidados com a higiene pessoal, alimentação adequada, descanso adequado, exercícios físicos, busca por informações sobre saúde e a adoção de medidas preventivas (Orem, 2001).

Em Portugal as alterações demográficas com o aumento da esperança média de vida traduzem-se na existência de cada vez mais pessoas idosas a viverem sozinhas com diferentes necessidades de saúde (Direção geral da saúde, 2017)

O envelhecimento da pessoa, em algumas situações, pode traduzir-se numa perda de autonomia e de dependência de outro, quer para Atividades de Vida Diária quer para as Atividades Instrumentais de Vida Diária. Condiciona o funcionamento familiar e implica uma reformulação do funcionamento da mesma. Quando um membro da família perde autonomia outro pode assumir um papel de cuidador (Viegas & Rodrigues, 2022). A ampliação da rede pessoal e conjugal e a manutenção de rede sociais e familiares poderá possibilitar a manutenção de um suporte onde a autonomia da família idosa é mantida.

O envelhecimento é parte integrante da última etapa do ciclo de vida familiar. Nesta fase as dinâmicas familiares são caracterizadas por uma reconfiguração dos papéis familiares com possibilidade de entrada e saída alguns membros. Essa movimentação e mudanças de papéis são um reflexo do contínuo movimento da família (Figueiredo, 2020)

Através de uma Scoping Review, é possível mapear e analisar de forma abrangente a literatura existente sobre as intervenções do enfermeiro de família no contexto da manutenção da autonomia das famílias idosas no domicílio. Isso permitirá identificar as práticas, estratégias e abordagens mais eficazes utilizadas pelos enfermeiros nesse sentido, bem como lacunas ou áreas que necessitam de mais investigação.

Dessa forma, esta Scoping Review contribuirá para consolidar o conhecimento atual e fornecer subsídios para a prática baseada na evidência científica no cuidado às famílias idosas no domicílio. Isso auxiliará os enfermeiros de família a adotarem abordagens mais efetivas e direcionadas, visando a manutenção da autonomia e a promoção da saúde dessas famílias, melhorando sua qualidade de vida e bem-estar.

Metodologia

Para o desenvolvimento da questão de pesquisa adotou-se a metodologia PCC em que a população (P) são as famílias idosas, o Conceito (C) a autonomia, o autocuidado e o Enfermeiro de família e o contexto (C) o domicílio. Desenvolvendo-

se desta forma a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde familiar na promoção da autonomia das famílias idosas em contexto domiciliário?

Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados todos os estudos nos quais os participantes tenham mais de 65 anos de idade, intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio, em contexto de domicílio e os cuidados de saúde primários. Quanto ao tipo de estudo, foram considerados estudos qualitativos, quantitativos e revisões da literatura. A pesquisa contemplou estudos realizados entre os anos de 2018 e 2023, para garantir a inclusão da evidência científica mais recentes. A pesquisa foi conduzida de forma aberta, permitindo a inclusão de todas as fontes relevantes. As línguas consideradas foram o português, inglês e espanhol.

Foram excluídos estudos cujas intervenções estavam associadas a hospitalização domiciliária, assim como estudos que envolviam residentes em lares ou instituições similares. Além disso, foram também excluídos estudos cujas intervenções tenham sido desenvolvidas no contexto da pandemia da Covid-19.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa adotada compreendeu três etapas. Na primeira etapa, foram realizadas buscas preliminares no *Google Scholar* e *EBSCO Host* para identificar palavras-chave relevantes. Na segunda etapa, foram realizadas buscas nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL* e *PUBMED*, utilizando os termos naturais e descritores padronizados. Foram aplicados filtros para restringir a pesquisa aos últimos 5 anos e aos idiomas português, inglês e espanhol.

Quadro 1 - Estratégia de pesquisa

Pesquisa		Fórmula de Pesquisa	
#1	S1	"Elderly" OR "Aged" OR (Aged, 80 and Over)	CINAHL Complete e MEDLINE Complete (46)
	S2	"Self-care" OR "Autonomy" OR "Personal Autonomy"	
	S3	"Home Environment"	
	S4	"Family nursing" OR "Nurs*"	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	
#2	S1	"Elderly" OR "Aged" OR (Aged, 80 and Over)	Pubmed (59)
	S2	"self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields] OR "personal autonomy"[MeSH Terms] OR ("personal"[All Fields] AND "autonomy"[All Fields]) OR "personal autonomy"[All Fields]	
	S3	"home environment"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "environment"[All Fields]) OR "home environment"[All Fields]	
	S4	"family nursing"[MeSH Terms] OR ("family"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "family nursing"[All Fields]	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	

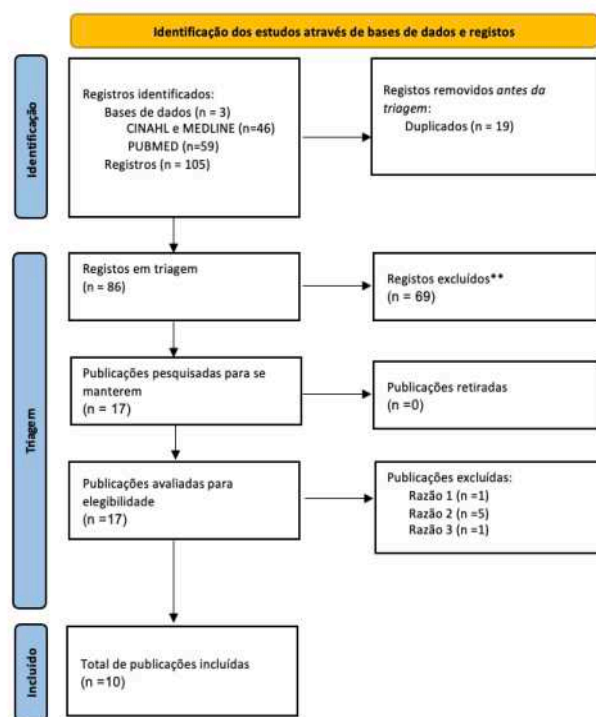
Após a seleção dos artigos, realizou-se a remoção de duplicados e aplicaram-se critérios de exclusão com base na leitura do título e resumo, seguindo o fluxograma Prisma como se mostra na figura 1. Na terceira fase, foram analisadas as referências bibliográficas dos estudos selecionados. Como resultado dessa pesquisa, um total de 105 artigos foi identificado. Desses, 19 estavam duplicados e

foram excluídos. Outros 69 artigos foram excluídos com base na avaliação do título e do resumo e 7 foram excluídos após a leitura do texto integral. Com isso, chegou-se a uma amostra final de 10 artigos incluídos para a revisão.

Extração dos resultados

A extração dos resultados foi realizada por meio de uma tabela adaptada do Manual do Joanna Briggs Institute (2020), contendo informações sobre: Autor(es); Título; Ano de publicação; País de origem; Objetivos; Metodologia; Participantes; Interpretação desenvolvida; Nível de evidência (quando aplicável) e contributos para a questão de revisão. Foram organizados por ordem de data de publicação, do mais antigo para o mais recente. De seguida, na tabela 1, serão apresentados os resultados extraídos dos 10 artigos incluídos na *Scoping Review*

Figura 1 – *Prisma Flow*



**Não foram utilizadas ferramentas de automatização.

Razão 1 - Intervenção centrada numa ferramenta digital em estudo.

Razão 2 - Foco do estudo patologia do foro cognitivo

Razão 3 - Texto integral apenas em alemão

Tabela 1 - Tabela de extração de dados

<p>Título da Revisão scoping: Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review</p> <p>Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde familiar para promoção da autonomia das famílias idosas em contexto domiciliário?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC): População: Famílias idosas</p> <p>Conceitos: Autonomia; autocuidado e Enfermeiro de família Contexto: Domicílio</p>
Artigo 1
Autor/es: James, I., Norell Pejner, M., & Kihlgren, A.
Título: Creating conditions for a sense of security during the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: a participatory appreciative action and reflection study
Ano de publicação: 2019
País de origem: Suécia
Objetivos: descrever as condições que devem ser criadas para aumentar a sensação de segurança, durante a noite, das pessoas idosas no domicílio
Metodologia/métodos: Qualitativo
Participantes: 18 idosos entre os 79 e os 97 anos
Interpretação desenvolvida: As condições necessárias para que as pessoas idosas tenham um sentimento de segurança incluem viver em um ambiente familiar, manter hábitos e rotinas e ter autodeterminação. Outras condições são igualdade, prevenção de quedas e um ambiente de sono individualizado
<p>Contributos para a questão de revisão: As pessoas idosas devem ter o direito de tomar decisões sobre as suas vidas e não devem ser afastadas desse processo. Devemos ajudá-las a superar barreiras estruturais e institucionais para que possam manter a independência e sentir-se seguras. É importante perguntar-lhes se as condições atuais são satisfatórias e se sentem que podem continuar a viver nas suas casas como habitualmente.</p> <p>Para que as pessoas idosas se sintam seguras, é importante que vivam num ambiente familiar, mantenham rotinas e tenham a liberdade de tomar decisões sobre as suas vidas. Além disso, é crucial garantir igualdade, evitar</p>

quedas e proporcionar um ambiente de sono personalizado. Respeitar a autonomia das pessoas idosas é fundamental, e devemos incluí-las nas decisões que as afetam. É essencial perguntar-lhes se as condições são adequadas e se se sentem suficientemente seguras para continuar a viver nas suas casas.

Artigo 2

Autor/es: Bosch-Farré, C., Malagón-Aguilera, M. C., Ballester-Ferrando, D., Bertran-Noguer, C., Bonmatí-Tomàs, A., Gelabert-Vilella, S., & Juvinyà-Canal, D.

Título: Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study

Ano de publicação: 2021

País de origem: Espanha

Objetivos: Explorar o fenómeno do envelhecimento no local, bem como os facilitadores e barreiras que interagem no envelhecimento saudável sob a perspetiva dos idosos.

Metodologia/métodos: Estudo qualitativo utilizando *focus grup*

Participantes: 61 idosos selecionados de forma intencional. Foram realizados seis *focus grup*, e os dados foram analisados tematicamente.

Interpretação desenvolvida: Os participantes experimentaram o envelhecimento de maneiras diferentes. A saúde física e mental, o ambiente familiar e a estabilidade financeira foram elementos-chave para a qualidade de vida. A perceção do papel dos idosos na comunidade dependia de sua idade, estado de saúde e atitude em relação à vida. Os participantes identificaram vários facilitadores e barreiras para o envelhecimento saudável no local.

Nível de evidência Alcançado (se aplicável): 4

Contributos para a questão de revisão: As diferentes maneiras como as pessoas idosas vivenciam o processo de envelhecimento dependem da fase da vida em que estão atualmente, de suas condições de saúde e de sua atitude e aceitação desse processo. A perceção do envelhecimento está relacionada ao estado psicológico e emocional mais do que à idade cronológica em si. O envelhecimento em casa é visto como um objetivo importante, para o qual a boa saúde e a qualidade de vida são aspetos fundamentais para alcançá-lo. Os facilitadores para o envelhecimento em casa são: autonomia para cuidar de si mesmo; atividade física, cognitiva e social; apoio social e familiar; cuidados adequados e acesso aos serviços de saúde e sociais; sensação de pertencimento; capacidade de se adaptar à nova realidade; adaptações na casa e no ambiente; e paz interior. As barreiras identificadas para o envelhecimento em casa foram a saúde física ou emocional precária, perda de autonomia, problemas familiares, solidão, dificuldades financeiras, falta de cuidados ou acesso aos serviços de saúde e sociais e preocupação com o contexto social e político. A promoção da autonomia e do bem-estar das pessoas idosas, juntamente com a criação de uma rede ativa de serviços de saúde e sociais, pode melhorar as perspetivas para que as pessoas idosas vivam seu processo de envelhecimento em casa e evitem ou retardem a institucionalização.

Artigo 3

Autores: Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. / Finlândia
Título: A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review
Ano de publicação: 2020
País de origem: Finlândia
Objetivos: Descrever e sintetizar o cuidado centrado no cliente e o cuidado domiciliário para pessoas idosas
Metodologia / métodos: Revisão integrativa da literatura / JBI Guidelines
Participantes: 24 artigos publicados entre 2007 e 2020
Interpretação desenvolvida: Cuidado Centrado no Cliente (CCC), identificar quais os fatores subjacentes ao CCC no domicílio.
Nível de evidência alcançado: Não aplicável
<p>Contributos para a questão de revisão:</p> <p><u>Envolvimento dos clientes:</u> o envolvimento dos clientes em seu próprio cuidado, incluindo autocuidado, tomada de decisões e uma vida diária satisfatória. O envolvimento ativo dos clientes no planejamento de cuidados, na definição de metas e participação na tomada de decisões relacionadas a saúde e cuidados aumenta sua sensação de envolvimento e satisfação com os cuidados recebidos.</p> <p><u>Participação de familiares e parceiros de cuidado:</u> A participação ativa e o envolvimento dos familiares e parceiros de cuidado são fundamentais para o cuidado centrado no cliente. A satisfação, confiança e emoções dos familiares influenciam o seu empenho com os cuidados prestados ao idoso. A parceria entre clientes, familiares e profissionais de cuidados domiciliares é essencial para a tomada de decisões compartilhadas e o envolvimento dos familiares na implementação dos cuidados.</p> <p><u>Comunicação e colaboração:</u> A comunicação efetiva e a colaboração entre clientes, familiares e profissionais são aspectos essenciais do cuidado centrado no cliente. A comunicação deve ser baseada em modelos que incluam escuta ativa, reconhecimento das necessidades e preferências dos clientes, e respeito pela perspectiva do cliente. A comunicação também envolve capacitar os clientes a lidarem com suas próprias emoções e estabelecer parcerias colaborativas para o planejamento e implementação dos cuidados.</p> <p><u>Competência baseada em evidências para os serviços:</u> Os serviços devem organizar-se de maneira coordenada, acessível, flexível e multidisciplinar capazes de implementar cuidados centrados no cliente.</p>
Artigo 4
Autor/es: Rojas-Ocana, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & Navarro, E. B. G.
Título: Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home.
Ano de publicação: 2021
País de origem: Espanha
Objetivos: Analisar as intervenções educativas realizadas por enfermeiros no contexto do cuidado informal no ambiente doméstico, e identificar os fatores que facilitam ou limitam o treino em cuidados de saúde nesse ambiente
Metodologia/métodos: Qualitativo descritivo

<p>Participantes: análise e interpretação do resultado de 192 observações de visitas domiciliares utilizando a ferramenta de Enfermagem “Gatha” que reuniu 35 itens distribuídos em três eixos: atitudes profissionais, tarefas de comunicação e habilidades técnicas.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: O estudo destaca a natureza multifacetada da educação em cuidados no ambiente doméstico e os desafios e oportunidades enfrentados pelas enfermeiras na prestação dessa educação a cuidadores informais e idosos dependentes.</p>
<p>Nível de evidência Alcançado (se aplicável): 4</p>
<p>Contributos para a questão de revisão: Os resultados do estudo indicaram que as intervenções de enfermagem no contexto do cuidado informal em domicílio abrangeram diversas áreas. As intervenções relacionadas às atitudes profissionais incluíram encorajar a comunicação e facilitar o ensino. As intervenções de comunicação em educação em saúde e aconselhamento também foram identificadas. Além disso, foram observadas intervenções técnicas direcionadas a melhorar o acesso a informações de saúde e oferecer suporte ao cuidador informal.</p> <p>No entanto, alguns fatores limitadores foram identificados. A falta de vontade, a idade avançada do cuidador, o estado emocional e a sobrecarga de trabalho foram apontados como obstáculos para a instrução em cuidados. Por outro lado, se esses fatores fossem revertidos, poderiam tornar-se facilitadores de aprendizagem. A falta de tempo e recursos no ambiente domiciliar foram considerados os principais fatores limitantes para o ensino de cuidados, de acordo com os enfermeiros.</p> <p>Os resultados do estudo sugerem que o cuidado no domicílio é considerado uma estratégia-chave nos cuidados de saúde primários, na qual os enfermeiros desempenham um papel significativo. Essas conclusões destacam a importância da educação em cuidados de saúde e a necessidade de abordar os desafios e facilitadores relacionados à instrução em cuidados no contexto do cuidado informal em domicílio.</p>
<p>Artigo 5</p>
<p>Autor/es: Karma, B., Ada-Katrin, B., & Händler-Schuster, D.</p>
<p>Título: Exploring Health-Related Needs of Elderly People (70+) at Home: A Qualitative Study from Switzerland.</p>
<p>Ano de publicação: 2021</p>
<p>País de origem: Suíça</p>
<p>Objetivos: explorar as necessidades relacionadas com a saúde das pessoas idosas (70+) que vivem em casa e obter sugestões práticas para criar um ambiente propício, que possa ser implementado pelos prestadores de serviços na Suíça.</p>
<p>Metodologia/métodos: Qualitativo</p>
<p>Participantes: 12 entrevistas a idosos com mais de 70 anos</p>
<p>Interpretação desenvolvida: Foram identificadas 4 categorias principais para resposta às necessidades principais das pessoas idosas: Independência e autonomia, segurança social, estrutura na vida cotidiana e sensação de pertença comunitária. Todas estas categorias coexistem inter-relacionadas</p>
<p>Nível de evidência Alcançado (se aplicável): 4</p>

Contributos para a questão de revisão O medo de perder a autonomia pessoal no futuro é uma grande preocupação dos idosos, destacando a importância de tomar decisões independentes e implementá-las.

Segurança social: Essa categoria é dividida em dois subtemas: segurança financeira e a necessidade de ter uma pessoa de confiança. A segurança financeira é vista como importante, e aceitar benefícios complementares do estado é considerado algo desonroso. Além disso, ter uma pessoa de confiança, como o médico de família, é fundamental para lidar com as dificuldades do dia a dia e obter ajuda quando necessário.

Estrutura na vida diária: Uma estrutura na vida diária é descrita como um fator de apoio para manter atividades e comportamentos saudáveis, além de manter contatos sociais e obter uma sensação de sucesso. Ter horários regulares para comer, dormir e estabelecer uma programação diária ou semanal é útil para manter uma rotina saudável.

Comunidade e sentimento de pertença: A comunidade é percebida como importante pelos participantes do estudo. Encontrar pessoas com interesses semelhantes e ter contatos sociais contínuos são considerados importantes para adquirir uma sensação de pertença. Além disso, estabelecer uma rede de apoio e obter assistência da comunidade local é essencial para um envelhecimento saudável.

As necessidades relacionadas com a saúde expressas pelos participantes referem-se principalmente às condições e influências ambientais enfrentadas durante o envelhecimento. Os participantes descreveram as preparações que fazem para envelhecer de forma saudável e os fatores que facilitam ou dificultam esse processo.

Artigo 6

Autor/es: Campani, D.; Caristia, S.; Amariglio, A.; Piscione S.; Ferrara, L.; Barisone, M.; Bortoluzzi S.; Faggiano, F.; Molin, A.

Título: Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly

Ano de publicação: 2021

País de origem: Itália

Objetivos: Desenvolver uma ferramenta de implementação para avaliações domiciliares eficazes, sustentáveis e transferíveis, bem como intervenções de modificação, a fim de prevenir quedas e lesões relacionadas a quedas em idosos que vivem na comunidade.

Metodologia/métodos: RSL seguida de análise de peritos

Participantes: Revisão sistemática da literatura de 2 artigos seguida de análise de 7 peritos

Interpretação desenvolvida: manual para implementar programas de modificação residencial com o objetivo de reduzir o número de quedas e de pessoas que caem entre os idosos que vivem na comunidade

Contributos para a questão de revisão: Intervenções multifatoriais que combinam avaliação de risco, educação em saúde, modificação ambiental.

- fatores no ambiente físico: intervenções de modificação residencial, como pisos adequados (por exemplo, antiderrapantes), iluminação adequada, móveis

apropriados (como camas e cadeiras de altura adequada, corrimãos) e layouts adequados (espaço suficiente para se movimentar e livre de obstáculos que possam causar tropeços).

O sucesso das intervenções de modificação residencial depende de fatores relacionados à sustentabilidade, como conscientizar as pessoas sobre o risco de queda, envolver os indivíduos e seus cuidadores no processo de modificação e abordar as barreiras financeiras.

Profissionais de saúde treinados, incluindo médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fisioterapeutas, podem realizar avaliações e modificações de riscos residenciais.

A implementação de programas de modificação residencial é uma estratégia eficaz para reduzir quedas e melhorar a qualidade de vida dos idosos. No entanto, promover o envelhecimento saudável como um todo continua sendo a abordagem mais eficaz para reduzir custos e morbidade na população idosa.

Artigo 7

Autor/es: Oliveira, M., Boniatti, M. & Filippin, L.

Título: O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado domiciliar

Ano de publicação: 2021

País de origem: Brasil

Objetivos: relatar a experiência de educação para a saúde realizada a familiares (cuidadores) e idosos após a alta para prevenir quedas no domicílio

Metodologia/métodos: Qualitativo

Participantes: 55 idosos

Interpretação desenvolvida: A educação para a saúde foi capaz de reabilitar a autoconfiança, autonomia e independência do idoso para realizar atividades de vida diárias de forma segura

Contributos para a questão de revisão: Reabilitação da autoconfiança, autonomia e independência dos idosos: A intervenção de educação em saúde realizada durante as visitas domiciliares teve um impacto positivo na reabilitação psicossocial dos idosos contribuindo para melhorar a qualidade de vida e promover a reinserção social dos idosos.

Adoção de melhores práticas de cuidado domiciliar: A educação em saúde proporcionou aos familiares e cuidadores o conhecimento necessário para adotar melhores práticas de cuidado no ambiente doméstico. Receberam orientações específicas sobre medidas preventivas para evitar quedas, como a adaptação do ambiente, o uso adequado de dispositivos de auxílio à locomoção e a importância da atividade física regular. Essas práticas contribuíram para reduzir o risco de quedas e melhorar a segurança dos idosos em casa.

Fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e familiares: A presença dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, durante as visitas domiciliares estabeleceu um vínculo de confiança e apoio com os familiares e cuidadores. Isso facilitou a troca de informações, esclarecimento de dúvidas e oferta de suporte contínuo, fortalecendo a parceria entre os profissionais de saúde e os familiares no cuidado dos idosos.

<p>Esses resultados demonstram a importância da educação em saúde e do envolvimento dos familiares/cuidadores no processo de reabilitação e cuidado dos idosos após a alta hospitalar. A intervenção teve um impacto positivo na vida dos idosos, promovendo sua autonomia, segurança e qualidade de vida, além de fortalecer os laços familiares e a responsabilidade compartilhada pelo cuidado seguro.</p>
Artigo 8
Autor/es: Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L., & Wijk, H
Título: What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care
Ano de publicação: 2021
País de origem: Suécia
Objetivos: destacar as experiências que definem o sentimento de segurança em casa entre pessoas idosas frágeis que recebem cuidados domiciliares.
Metodologia/métodos: Qualitativo descritivo
Participantes: Análise de conteúdo a 12 entrevistas gravadas a idosos
Interpretação desenvolvida: Para aumentar a sensação de segurança devem ter-se em atenção a importância de se sentirem em casa, ter influência sobre seus cuidados e confiar na equipe de saúde.
<p>Contributos para a questão de revisão: Sentir-se verdadeiramente "em casa" envolve viver em harmonia com o ambiente circundante, mantendo a independência e a capacidade de influenciar as circunstâncias. Isso implica ter controle sobre as próprias escolhas, esforçar-se pela autodeterminação e confiar nas habilidades e conhecimentos da equipe de cuidados. Além disso, apreciar a capacidade da equipe de criar relações positivas é fundamental para estabelecer um sentimento de segurança e conforto genuíno em casa.</p> <p>Neste estudo, não se encontraram diferenças na sensação de segurança das pessoas idosas com base no gênero ou na situação de convivência (viverem sozinhas ou com parceiro). Sentir-se seguro em casa depende da harmonia com o ambiente, da independência, do controle nos cuidados e de relações positivas e confiantes com a equipa de cuidados. A autodeterminação também é fundamental para manter hábitos e rotinas. A confiança na competência da equipa de cuidados é fundamental para que as pessoas idosas se sintam seguras em casa. A sensação de "estar em casa" é fundamental e envolve viver em harmonia com o ambiente circundante e manter a independência. Esta sensação é influenciada pela qualidade do ambiente doméstico e pelas interações sociais.</p>
Artigo 9
Autor/es: Seah, B., Espnes, G. A., Hong, W. T., & Wang, W.
Título: Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace (SHAPE)-an upstream health resource intervention for older adults living alone and with their spouses only: complex intervention development and pilot randomized controlled trial
Ano de publicação: 2022
País de origem: Singapura

Objetivos: Descrever o processo de desenvolvimento e avaliação da viabilidade de uma intervenção de recursos de saúde, intitulada <i>Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace</i> (SHAPE), destinada a idosos que vivem sozinhos ou apenas com os cônjuges.
Metodologia/métodos: Ensaio clínico
Participantes: 34 participantes no ensaio clínico, (16 com aplicação de um programa SHAPE) e 18 no grupo de controlo.
Interpretação desenvolvida: o programa SHAPE é viável e beneficia os idosos, promovendo comportamentos saudáveis e melhoria na qualidade de vida
Nível de evidência Alcançado (se aplicável): 2
Contributos para a questão de revisão: SHAPE podem ser resumidas da seguinte forma: Satisfação dos participantes: Os participantes expressaram alta satisfação em relação à intervenção SHAPE e a consideraram útil. Eles relataram melhor aceitação em relação a suas experiências pessoais e de envelhecimento, e mostraram-se mais proativos na adoção de comportamentos saudáveis. Melhoria no estilo de vida saudável: A análise dos dados indicou um aumento significativo nos comportamentos de estilo de vida saudável, responsabilidade pela saúde, atividade física, crescimento espiritual e manejo do estresse entre os participantes da intervenção. Necessidade de refinamento: Embora o programa tenha sido adaptado de acordo com as necessidades dos idosos, o estudo destacou a necessidade de refinamentos adicionais para aumentar a robustez da viabilidade e o rigor científico da intervenção. Isso incluiu modificações nas estratégias de recrutamento, critérios de elegibilidade, seleção de medidas de resultado, treino dos facilitadores e colaboração com parceiros da comunidade.
Artigo 10
Autor/es: Dostálová, V., Bártová, A., Bláhová, H., & Holmerová, I.
Título: The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study
Ano de publicação: 2022
País de origem: Chéquia
Objetivos: Explorar as experiências e necessidades de pessoas idosas frágeis que recebem cuidados de saúde domiciliários
Metodologia/métodos: qualitativo
Participantes: 15 idosos com idade superior aos 65 anos
Interpretação desenvolvida: A qualidade do cuidado é valorizada pelos pacientes idosos, que apreciam a participação ativa no processo de cuidado, a empatia na relação enfermeiro-paciente e a importância da experiência dos enfermeiros na avaliação de suas necessidades.
Contributos para a questão de revisão: Qualidade do cuidado: Os pacientes expressaram satisfação com a prestação de cuidados de saúde em casa e destacaram a oportunidade de permanecer em seu ambiente doméstico durante a doença ou períodos de diminuição da autonomia Participação ativa do paciente: Leva a uma melhor qualidade dos serviços de saúde, melhores resultados de saúde e melhor qualidade de vida. Os pacientes

apreciam quando são tratados com respeito e considerados seres humanos competentes. A comunicação eficaz com o paciente é fundamental e deve ir além das questões relacionadas ao cuidado, envolvendo também interesse pela vida diária do paciente.

Relação enfermeiro-paciente: A empatia é considerada importante e facilita a comunicação entre paciente e enfermeiro, construindo confiança e evitando conflitos. A continuidade do cuidado e a relação de confiança entre enfermeiro e paciente são essenciais para a qualidade do cuidado.

Treino e experiência dos enfermeiros: a experiência dos enfermeiros é fundamental, não apenas para a prestação de cuidados de enfermagem profissionais, mas também para fornecer informações e orientações adequadas aos pacientes. Os enfermeiros devem ser capazes de avaliar a saúde do paciente, identificar suas necessidades e estabelecer uma relação com o paciente.

Os enfermeiros devem concentrar-se na segurança, eficácia, oportunidade, eficiência e centralidade no cuidado. A planeamento adequado do cuidado, levando em consideração as necessidades e desejos dos pacientes, e o envolvimento ativo dos pacientes são fundamentais.

Discussão resultados

O envelhecimento em casa é visto como um objetivo importante (Bosch-Farré et al, 2021) e a preocupação com a perda de autonomia pessoal no futuro é uma inquietação significativa entre as famílias idosas (Karma et al., 2021).

A parceria entre os idosos, familiares e profissionais de saúde fortalece a capacidade de controle sobre o próprio cuidado, promovendo dignidade, qualidade de vida e autonomia (Sanerma et al., 2020; Bosch-Farré et al, 2021).

A participação ativa dos idosos no seu próprio cuidado, incluindo a tomada de decisões e a busca por uma vida diária satisfatória, é fundamental (Sanerma et al., 2020). Esta participação ativa contribui para aumentar a satisfação e o envolvimento com os cuidados recebidos. A comunicação efetiva e a colaboração entre idosos, familiares e profissionais de saúde são essenciais para o cuidado domiciliário de qualidade (Sanerma et al, 2020; Roja-Ocaña et al., 202; Silverglow et al., 2021).

Além disso, as intervenções, dos enfermeiros de família, no domicílio desempenham um papel crucial na promoção da autonomia. Essas intervenções incluem educação para a saúde e aconselhamento, que melhoram o acesso às informações e oferecem suporte ao cuidador informal (Rojas-Ocaña et al., 2021), também permitem que os idosos aumentem a autoconfiança, autonomia e independência através de sessões de educação para a saúde (Oliveira et al., 2021).

Um estudo realizado por Seah et al. (2022) focou a promoção de comportamentos saudáveis para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Comportamentos como: estilo de vida saudável, atividade física, redução do tempo sedentário, estimulação cognitiva, envolvimento social e uma dieta equilibrada, tiveram efeitos cumulativos positivos na saúde dos idosos. O programa *Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace* (SHAPE), que envolveu os comportamentos referidos, visou promover mudanças comportamentais multidimensionais e apresentou resultados positivos na promoção da autonomia das famílias idosas (Seah et al., 2022). Resultados semelhantes foram encontrados por Bosch-Farré et al (2020).

No entanto, existem desafios que podem dificultar o envelhecimento em casa, como problemas de saúde e perda de autonomia (James et al., 2019; Bosch-Farré et al., 2021). Questões financeiras, problemas familiares, solidão, falta de cuidados de saúde ou sociais e a preocupação com o contexto social e político podem representar barreiras significativas (Bosch-Farré et al., 2021). Superar essas barreiras e promover o envelhecimento em casa envolve a criação de uma rede ativa de serviços de saúde e sociais (James et al., 2019).

A melhoria do ambiente domiciliário, através de intervenções de modificação residencial (remoção de barreiras arquitetônicas, tapetes, iluminação, circuitos de circulação...) é apontada como uma estratégia eficaz para reduzir quedas e melhorar a qualidade de vida dos idosos (Campani et al., 2021). Profissionais de saúde desempenham um papel crucial na avaliação e modificação do ambiente residencial, contribuindo para a segurança dos idosos em casa (Campani et al., 2021).

Além disso, a educação para a saúde desempenha um papel fundamental na reabilitação psicossocial dos idosos e na promoção da autonomia (Oliveira et al., 2021), capacita familiares e cuidadores a adotar melhores práticas de cuidado em casa, reduzindo o risco e melhorando a segurança dos idosos (Oliveira et al., 2021). Esta capacitação deve ter por base a comunicação como veículo para a participação ativa e cuidado centrado no cliente (Dostálová et al, 2022).

Em resumo, a promoção da autonomia das famílias idosas envolve vários elementos-chave, incluindo a participação ativa dos idosos, a colaboração entre familiares e profissionais de saúde, modificações ambientais, educação para a saúde e a promoção do envelhecimento em casa. Estes fatores em conjunto contribuem para a melhoria da qualidade de vida e da autonomia das famílias idosas no seu ambiente domiciliário.

Conclusões

A intervenção, do enfermeiro de família, junto das famílias idosas requer a participação ativa dos idosos no seu próprio cuidado, incluindo o autocuidado, capacidade de tomar decisões e busca por uma vida diária satisfatória. A parceria entre idosos e familiares fortalece a autonomia das famílias idosas, promovendo dignidade e qualidade de vida. Necessidades como segurança social, estrutura na vida diária, comunidade e sensação de pertença são importantes para os idosos que desejam viver de forma independente no domicílio. A adoção de comportamentos saudáveis, atividades cognitivas, contato social e ocupações significativas são valorizadas pelos idosos que vivem de forma independente. O enfermeiro desempenha um papel fundamental nesse contexto, desenvolvendo intervenções multifatoriais que combinam avaliação de risco, educação para a saúde, modificação ambiental e promoção de hábitos saudáveis. Estas intervenções contribuem para a promoção da autonomia. No entanto, fatores limitadores, como falta de vontade, idade avançada do paciente e falta de recursos no ambiente domiciliário, podem influenciar a intervenção do enfermeiro na promoção da

mesma. Portanto, é essencial que os enfermeiros de família atuem como facilitadores e promotores de cuidados para as famílias idosas, visando a melhoria do bem-estar ocupacional e da qualidade de vida.

Os resultados desta revisão *scoping* sugerem que o enfermeiro especialista em saúde familiar pode promover a autonomia das famílias idosas ou dos idosos que vivem sozinhos, no domicílio, por meio da oferta de suporte personalizado, educação, treino e coordenação dos cuidados. O foco está em capacitar os idosos e seus cuidadores, adaptar o ambiente domiciliário, e promover o bem-estar ocupacional como parte integrante do cuidado.

Implicações para a pesquisa

A pesquisa possui algumas limitações que devem ser consideradas. Uma delas é o número limitado de bases de dados utilizadas e os filtros selecionados, que podem ter restringido a abrangência da pesquisa. Além disso, é importante mencionar que os artigos analisados abordaram populações distintas e podem não corresponder diretamente ao contexto português, o que limita a aplicabilidade dos resultados.

Outra limitação relevante é a escassez de artigos específicos sobre o tema no contexto da enfermagem familiar. Isso indica a necessidade de desenvolver mais pesquisas nessa área, a fim de obter uma compreensão mais abrangente e aprofundada sobre como o enfermeiro de família pode promover a autonomia das famílias idosas no domicílio.

Implicações para a prática

É importante ressaltar que as *Scoping Review* têm como objetivo mapear e sintetizar o conhecimento disponível de forma abrangente, sem realizar uma avaliação crítica da qualidade dos estudos incluídos. Dessa forma, embora forneçam uma visão geral e identifiquem lacunas de conhecimento, não devem ser utilizadas como base única para decisões clínicas ou recomendações práticas.

Portanto, os resultados obtidos nesta Scoping Review não devem ser considerados como recomendações para a prática baseada em evidências, mas sim como ponto de partida para futuras investigações na área.

Referências Bibliográficas

- Bosch-Farré, C., Malagón-Aguilera, M. C., Ballester-Ferrando, D., Bertran-Noguer, C., Bonmatí-Tomàs, A., Gelabert-Vilella, S., & Juvinyà-Canal, D. (2020). Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186451>.
- Bouvet, R. (2018). The Primacy of the Patient's Wishes in the Medical Decision-making Procedure Established by French Law. *European Journal of Health Law*, 25(4), 426–440. <https://www.jstor.org/stable/48712954>
- Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscone, S., Ferrara, L. I., Barisone, M., Bortoluzzi, S., Faggiano, F., Dal Molin, A., Silvia Zanetti, E., Caldara, C., Bellora, A., Grantini, L., Lombardi, A., Carimali, C., Miotto, M., Pregnolato, A., & Obbia, P. (2021). Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nursing*, 38(3), 493–501. <https://doi.org/10.1111/phn.12852>.
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Dostálová, V., Bártová, A., Bláhová, H., & Holmerová, I. (2022). The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*, 17(1), e12418. <https://doi.org/10.1111/opn.12418>
- Eassey, D., Reddel, H. K., Ryan, K., & Smith, L. (2019). The impact of severe asthma on patients' autonomy: A qualitative study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(3), 528–536. <https://doi.org/10.1111/hex.12879>

- Figueiredo, T. E. . (2020). Envelhecimento e família: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. *Journal Archives of Health*, 1(3), 101–110. <https://doi.org/10.46919/archv1n3-003>
- Galvão, M. T. D. R. L. S., & Janeiro, J. M. D. S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 226-236. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>
- Instituto Nacional de Estatística (2022) População residente (censos 2021) <https://www.ine.pt>
- James, I., Norell Pejner, M., & Kihlgren, A. (2019). Creating conditions for a sense of security during the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: a participatory appreciative action and reflection study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1372-z>.
- Karma, B., Ada-Katrin, B., & Händler-Schuster, D. (2021). Exploring Health-Related Needs of Elderly People (70+) at Home: A Qualitative Study From Switzerland. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1–7. <https://doi.org/10.1177/21501327211055635>.
- Lima, A. M., Martins, M. M. F., Ferreira, M. S., Schoeller, S., & Parola, V. S. (2021). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20113>
- Machado, D., Mota, M. F., Brás, M. A. M. B., & Anes, E. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 501–508. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2104>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI evidence synthesis*, 20(4), 950-952. DOI: 10.11124/JBIES-21- 00483

- Oliveira, M. J. S., Boniatti, M. M., & Filippin, L. I. (2021). O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para pratica do cuidado domiciliar. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 16(2), 1-8 <https://doi.org/10.33517/rue2021v16n2a9>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. Boston: Mosby
- Organização das Nações Unidas (Ed.). (2019). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- PORDATA. (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3741>
- Rojas-Ocaña, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & García Navarro, E. B. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e26. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000086>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. *Guilford Press*.
- Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>
- Seah B, Espnes GA, Hong WT, & Wang W. (2022). Salutogenic Healthy Ageing Programme Embracement (SHAPE)- an upstream health resource intervention for older adults living alone and with their spouses only: complex intervention development and pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22(1), 932. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03605-3>.
- Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L., & Wijk, H. (2020). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open*, 8(1), 191–199. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>
- Trotter, G. (2014). Autonomy as Self-Sovereignty. *HEC Forum*, 26(3), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s10730-014-9248-2>

Viegas, L., & Rodrigues, F. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1,) 97-111. <https://doi:10.37914/riis.v5i1.197>

Apêndice 3 – Plano da sessão e diapositivos da sessão: avaliação familiar nos cuidados de saúde primários

Plano da sessão e Sessão Avaliação familiar nos cuidados de saúde primários

Plano da sessão Formativa

Local	Sala de reunião da UCSP [REDACTED]
Data e hora	02/05/2023 das 13:30 às 14:15
Tema da sessão	Avaliação familiar nos Cuidados de saúde primários: Instrumentos de avaliação familiar
População Alvo	Enfermeiros da UCSP
Objetivos	<p>[REDACTED] importância da avaliação familiar no contexto dos cuidados de saúde primários</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Analisar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);• Transpor o MDAIF para a prática dos cuidados de saúde primários;• Aplicar alguns instrumentos de avaliação familiar;• Que no final da sessão o formando seja capaz de avaliar e registar a avaliação familiar no sistema Sclínico
Formadora	Ana Alexandra Pinheiro (Aluna do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar)
Duração da sessão	Total 45 minutos: 20 de exposição; 15 de demonstração
Seleção dos conteúdos	Família como sistema Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar <ul style="list-style-type: none">- Dimensão estrutural- Dimensão desenvolvimento- Dimensão funcional Registo em Sclínico de um caso real
Metodologia	Expositiva e demonstrativa
Recursos didáticos	PowerPoint
Documentação a entregar	Formulário para recolha de dados no domicílio
Avaliação	Formulário de avaliação

Diapositivos da sessão Avaliação familiar nos CSP

Avaliação familiar nos Cuidados de Saúde Primários

Instrumentos de avaliação familiar em Clínico

Ana Alexandra Santos Pinheiro
2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora: [Redacted]
Professora: Emília Brito

Junho 2023



1

Índice

Objetivos

- 1 - Família como sistema
- 2 - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
 - 2.1 - Dimensão estrutural
 - 2.2 - Dimensão desenvolvimento
 - 2.3 - Dimensão funcional
- 3 - Conclusão

Referências Bibliográficas

1

2

Objetivos

Geral: Compreender a importância da avaliação familiar no contexto dos cuidados de saúde primários

Específicos:

- Analisar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)
- Transferir o MDAIF para a prática dos cuidados de saúde primários
- Aplicar alguns instrumentos de avaliação familiar
- Que no final da sessão o formando seja capaz de avaliar e registar a avaliação familiar no sistema Clínico



1

3

1 - Família

O conceito de família é dinâmico e são várias as suas definições. As mudanças económicas, sociais e políticas contribuem para a sua redefinição

"O conceito de família não pode ser limitado a tipos de uniões, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família" (OMS, 1994, citado por Ordem dos enfermeiros, 2008)

"Família é quem os seus membros dizem que são" (Wright & Leobey, 2012)



1

4

Família como um sistema

- A família como um todo é maior que a soma das suas partes;
- Uma mudança num membro da família afeta todos os seus membros;
- A família é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.

(Wright & Leobey, 2011)



1

5

2 - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

"O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar pretende proporcionar um quadro de referência para prestação de cuidados à família, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento." (Aguiar, M. (2012), p. 3)

Família

- Dimensão Estrutural**
 - Planejamento Familiar
 - Educação Sexual
 - Prevenção de Doenças
 - Abastecimento de Água
 - Suporte Psicossocial
- Dimensão Desenvolvimental**
 - Saturnação Conjugal
 - Planejamento Familiar
 - Adaptação à Gravidez
 - Prática Parental
- Dimensão Funcional**
 - Plano de Prevenção de Crises
 - Prevenção Familiar

1

6

Diapositivos da sessão Avaliação familiar nos CSP

2.1 - Dimensão Estrutural - Composição / Tipo de família

7

2.1 - Dimensão Estrutural – Recolha e registo de dados

8

2.1 - Dimensão Estrutural – Recolha e registo de dados

Sistemas mais Amplos

- Trabalho
- Instituições
- Instituições de saúde
- Instituições religiosas
- Associações de bairro
- Alargado

Classe Social

- Graúdu
- Profissão
- Indústria
- Rendimento familiar
- Tipo de habitação
- Local de residência
- Posição social

Mapa de rede social

9

2.1 - Dimensão Estrutural - Abastecimento de água

10

2.1 - Dimensão Estrutural – Recolha e registo de dados

Edifício Residencial

- Barreiras arquitetónicas
- Higiene da habitação
- Aquecimento
- Abastecimento de gás
- Sistema de abastecimento de água
- Sistema de tratamento de resíduos

Ambiente Biológico

- Animal Doméstico
- Vacinação
- Desparasitação
- Observações

11

2.2 - Dimensão Desenvolvimento

12

Diapositivos da sessão Avaliação familiar nos CSP

2.2 - Dimensão Desenvolvimento – Recolha e registo de dados

O ciclo vital familiar é um conceito que descreve as fases pelas quais uma família normalmente passa ao longo do tempo. Essas fases são caracterizadas por mudanças nas composições, papéis e dinâmicas familiares à medida que os membros da família crescem e envelhecem. (Figueiredo, 2012)

13

2.2 - Dimensão Estrutural – Recolha e registo de dados

14

2.2 - Dimensão Estrutural – Satisfação conjugal

15

2.3 - Dimensão Funcional

16

2.3 - Dimensão Funcional

17

2.3- Dimensão Funcional – Processo familiar

18

Diapositivos da sessão Avaliação familiar nos CSP

2.3 - Dimensão funcional – Recolha e registo de dados

Risco familiar Garcia-Gonzalez

Escala composta por 6 itens que avaliam parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde, sendo atribuídos a cada item um ponto. (Bispo et al., 2022)

Interpretação

≥ 2 - Risco médio
≥ 4 - Alto risco

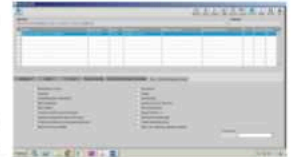


19

2.3 - Dimensão funcional – Recolha e registo de dados

Risco familiar Segóvia Dreyer

Maior aplicabilidade em famílias com filhos pequenos. (Bispo et al., 2022)



20

3 - Conclusão

- ✓ A avaliação familiar deve constar da nossa prática diária e avaliação das diferentes dimensões (estrutural, desenvolvimento e funcional) permitem a formulação de diagnósticos de enfermagem para a família;
- ✓ O programa "saúde da família" contempla a matriz operativa do MDAF;
- ✓ Os instrumentos de avaliação familiar do programa Clínico estão de acesso simplificado e não implicam a abertura de contato

21

Referências Bibliográficas

- Bispo, R. M., Santiago, L. M., Rosendo, I., & Simões, J. A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multissorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(2), 149-56
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo drâmico de avaliação e intervenção familiar: Lusocência.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da Família-Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos
- Sousa, F. G., Barbieri Figueiredo, M. C., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63.
- Wright L., Leahy M. (2011) Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção familiar (5ªed.). Rock

22

Apêndice 4 – Instrumento avaliação familiar em visita domiciliar

Avaliação Familiar inicial na visita domiciliária

Nome utente índice: _____

NNU: _____ Contacto: _____

Cuidador: _____

Grau de parentesco: _____

Tipo de família -

Casal Nuclear Alargada

Unipessoal Coabitação

Família Extensa

Existente Próxima Distante

Não Existente

Dados Biofísicos:

Peso: _____

TA: _____

Necessidades de cuidados: _____

Outros: _____

Sistemas mais amplos

Trabalho _____

Instituições de saúde _____

Instituições religiosas _____

Atividades de lazer _____

Amigos _____

Classe Social

Graffar

Profissão _____

Instrução _____

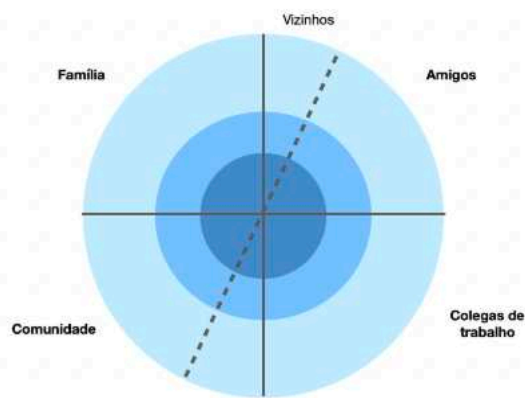
Rendimento familiar _____

Tipo de habitação _____

Local de residência _____

Posição social _____

Mapa de rede social



Legenda:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -
- 8 -
- 9 +

Edifício residencial

Barreiras arquitetónicas _____

Higiene da habitação _____

Aquecimento. _____

Abastecimento de gás _____

Sistema de abastecimento de água _____

Sistema de tratamento de resíduos _____

Ambiente Biológico

Animal Doméstico _____

Vacinação _____

Desparasitação _____

Observações _____



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS

ars|ivt



Elaborado por Ana Pinheiro

Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de especialização em

Enfermagem de Saúde Familiar

Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012), Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - uma abordagem colaborativa em enfermagem familiar. Lusociência.

Junho 2023

Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão

Itens da Escala de Braden

Percepção Sensorial (limitação)		Humidade		Atividade		Mobilidade (limitação)		Nutrição		Fricção e forças de deslizamento	
Completamente	1	Constantemente	1	Acamado	1	Completamente	1	Muito pobre	1	Problema	1
Muito	2	Muito	2	Sentado	2	Muito limitado	2	Provavelmente inadequado	2	Problema potencial	2
Ligeiramente	3	Ocasionalmente	3	Anda ocasionalmente	3	ligeiramente	3	Adequado	3	Nenhum problema	3
Nenhuma	4	Raramente	4	Anda frequentemente	4	nenhuma	4	Excelente	4	Total	

Fonte: Adaptado de Orientação da direção geral da saúde nº 017/2011

Interpretação do score

15 – 18 baixo risco 10 – 12 – Alto risco
13 – 14 risco moderado < 9 – Muito Alto risco

Escala de Barthel

Atividade	Itens de avaliação	Pontuação
Alimentação	Independente	10
	Precisa de ajuda para preparação e corte alimentos	5
	Dependente	0
Transferências	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Utilização do WC	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente (Toma banho só) entra e sai do duche sem ajuda	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Mobilidade	Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão	15
	Caminha menos de 50 metros com alguma ajuda	10
	Independente em cadeira de rodas, menos de 50 metros com ajuda	5
	Imóvel	0
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
Vestir	Independente	10
	Com ajuda	5
	Impossível	0
Controlo intestinal	Continente	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente	0
Controlo Urinário	Continente	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente, Algaliado e incapaz de manuseamento	0

Fonte: Adaptado de Orientação da direção geral da saúde nº 054/2011

Interpretação do score
Grau de Dependência
< 20 - Total
20 a 35 – Grave
40 a 55 - Moderada
60 a 95 – Leve
100 - Independente

Score - _____
Grau de Dependência _____



Elaborado por Ana Pinheiro
Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de especialização em
Enfermagem de Saúde Familiar

Junho 2023

Apêndice 5 – Análise SWOT

Análise SWOT do Projeto de estágio

	Pontos fortes (Strength)	Pontos Fracos (Weaknesses)
Organização (interna)	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar. - Contributo para promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio. - Equipa da USF dinâmica e motivada 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga da equipa da USF; - Incapacidade de abranger todas as famílias inscritas na USF; - Falta de recurso na comunidade para dar resposta às necessidades da família;
	Oportunidades (Opportunities)	Ameaças (Threats)
Ambiente (externo)	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as famílias e as suas necessidades, recursos e dificuldades; - Ser uma mais-valia para as famílias contribuindo para melhoria da autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono por parte das famílias o projeto; - Hospitalização ou institucionalização da família por incapacidade de manutenção de vida autónoma no domicílio.

Apêndice 6 – Cronograma das atividades de estágio

Apêndice 7 – Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio

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

Estágio com relatório

Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio

Ana Alexandra dos Santos Pinheiro

Professora Orientadora:
Maria Emília Campos de Brito

**Lisboa
dezembro 2023**

Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSLVT - Associação Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AVD – Atividades Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

OMS - Organização Mundial da Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	3
1 - ENQUADRAMENTO	4
2 - METODOLOGIA	6
2.1. Amostra	6
2.2. Processo De Recolha De Dados	7
2.3. Análise Dos Dados	8
2.4. Procedimentos Éticos	8
3. RESULTADOS	10
4. DISCUSSÃO	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica	10
Tabela 2 - Caracterização da estrutura familiar	11
Tabela 3 - Caracterização da estrutura residencial	12
Tabela 4 - Caracterização estrutural religião ou espiritualidade	12
Tabela 5 - Caracterização estrutural sistemas mais amplos/saúde	13
Tabela 6 - Caracterização das atividades realizadas com o tempo livre	14
Tabela 7 - Caracterização da companhia diária	14
Tabela 8 - Caracterização do grau de dependência para as atividades de vida diária	15
Tabela 9 - Índice de Lawton & Brody	16
Tabela 10 - Resultados das atividades avaliadas pelo índice de Lawton & Brody	16
Tabela 11 - Contributo do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio	18

Índice de Figuras

Figura 1 – Correspondência entre idade, índice de Barthel e Lawton & Brody	16
Figura 2 – Elementos em cada nível do Mapa de Rede Social	17

Introdução

A elaboração do presente trabalho desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e consiste num estudo empírico para caracterização da população como parte integrante do projeto de estágio.

Em Portugal as alterações demográficas com o aumento da esperança média de vida traduzem-se na existência de cada vez mais pessoas idosas a viverem sozinhas com diferentes necessidades de saúde. (Cruz et al., 2010). As redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa idosa e existem cada vez mais famílias em que os seus membros vivem sozinhos mantendo a sua autonomia (Cruz et al, 2010). Contudo, o avançar da idade implica uma progressiva diminuição da autonomia, diminuição da atividade física e mental e maior suscetibilidade a doenças tendo como consequência maiores dificuldades de adaptação ao ambiente (Figueiredo et al., 2011).

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e descritivo direcionado a famílias idosas que vivem sem suporte da família extensa com o objetivo de:

- Caracterizar socio demograficamente as famílias idosas no domicílio;
- Caracterizar o nível de autonomia para a realização das Atividades de Vida Dárias (AVD) das pessoas idosas e para as Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) das pessoas idosas.

Palavras-Chave: Autonomia, autocuidado, famílias idosas, enfermeiro de família

1 - Enquadramento

Uma característica notável da sociedade contemporânea é a acelerada tendência de envelhecimento demográfico, caracterizada pelo aumento da população idosa e a redução da população mais jovem (Azevedo, 2022).

O processo de envelhecimento é inerente ao ciclo de vida de cada indivíduo, sendo fundamental vivê-lo de maneira saudável e independente durante o maior período possível (Machado et al., 2021).

Portugal destaca-se como um dos países europeus onde este fenómeno é mais evidente, com as faixas etárias mais avançadas a constituírem uma parte significativa da população. No entanto, em contraste, apresenta um índice reduzido no que diz respeito aos anos de vida saudável, ficando aquém da média da União Europeia. Este cenário indica que o aumento da esperança de vida não tem sido acompanhado por condições de saúde favoráveis (Vidal et al., 2019).

Segundo os dados preliminares dos censos 2021 a população portuguesa com mais de 70 anos de idade é de 17,1% (Instituto Nacional de Estatística, 2022) e o número de pessoas idosas a viverem sozinhas duplicou nos últimos 40 anos. O índice de dependência de idosos, nos dados preliminares apurados nos censos de 2021, foi de 36,9% (Pordata, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu os Princípios Amigos da Pessoa Idosa para orientar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos (OMS, 2004). Estes princípios abrangem áreas como treino dos profissionais em geriatria, adaptação de procedimentos de gestão de cuidados de saúde e criação de ambientes físicos adequados (OMS, 2004).

A aplicação desses princípios nos serviços de saúde, considerando fatores que afetam a saúde e a incapacidade dos idosos, promove uma vida mais longa e independente, aumentando a participação na comunidade (OMS, 2004). No entanto, estudos indicam que a implementação desses princípios nos serviços de saúde é insatisfatória (Tavares et al., 2021).

Ao reconhecer as diferentes dimensões do envelhecimento e fortalecer as redes de suporte informais, o enfermeiro de família desempenha um papel crucial na promoção da saúde e bem-estar das famílias idosas, permitindo-lhes viver de forma autónoma e saudável durante o maior tempo possível.

Os objetivos estabelecidos, de acordo com a perspetiva do Plano Nacional de Saúde, buscam identificar estratégias de intervenção mais apropriadas para alcançar metas de saúde sustentável em Portugal, com o objetivo, entre outros, de diminuir as disparidades em saúde (DGS, 2021).

O Plano Nacional de Saúde destaca a necessidade de Portugal se unir, a um nível macro, aos restantes países da União Europeia para elaborar respostas para a crise social e económica, mas também criar estratégias a um nível micro na “identificação de idosos sóz, com acionamento de correntes de entre ajuda” (DGS, 2021, p. 29), permitindo aumentar a rede de suporte.

Com base nesta visão, procurou-se caracterizar a autonomia das famílias idosas identificando as redes formais e informais de suporte social. A intervenção junto das famílias idosas contribui para a resposta ao Plano Nacional de Saúde e indo ao encontro do seu objetivo macro de saúde de tod@s para tod@s.

Perante o exposto foi elaborada a seguinte questão de investigação: Qual o grau de autonomia para as atividades instrumentais e de vida diária das famílias idosas?

2 - Metodologia

Para dar resposta às questões de investigação foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e descritivo intitulado “Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio” que pretendeu acompanhar as famílias idosas analisando a sua autonomia e capacidade de manutenção de vida na comunidade.

Foi desenvolvido um estudo de investigação direcionado a famílias idosas que vivem sem suporte da família extensa e deste modo:

- Caracterizar socio demograficamente as famílias idosas no domicílio;
- Caracterizar o nível de autonomia para a realização das atividades de vida diárias das pessoas idosas;
- Caracterizar o nível de autonomia para a realização das atividades instrumentais de vida diárias das pessoas idosas.

2.1. Amostra

Uma amostra é uma porção representativa da população que é selecionada para ser o objeto de estudo. Essa porção, embora menor em escala, é escolhida de forma a refletir as características essenciais da população como um todo. (Fortin, 2009)

A amostra do presente estudo caracterizou-se por ser uma amostra por conveniência não probabilística composta por 20 famílias cujo membro mais novo tem idade superior ou igual a 70 anos. A esta amostra de 20 famílias (n=20) correspondeu um total de 34 idosos que participaram no estudo. Por esse motivo, alguns dados foram analisados tendo em conta o agregado familiar (n=20), e outros individualmente cada elemento sendo nesse caso (n=34).

Foram excluídas famílias que apesar de inscritas na USF residiam fora da área geográfica de influência ou que se ausentem por um período superior a 4 semanas

durante a implementação do estudo ou que não apresentem domínio do português ou inglês.

Estiveram envolvidos os enfermeiros, médicos e utentes da USF. A seleção da amostra foi não probabilística, as famílias foram sinalizadas pelos enfermeiros e médicos da unidade e por conveniência. O contexto clínico decorreu em visita domiciliária e o contacto entre a enfermeira investigadora e as famílias participantes foi mediada pela enfermeira de família.

2.2. Processo de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados devem possibilitar a recolha de informação que será tratada pelo investigador (Gonçalves et al, 2021).

Foi definido, como instrumentos de recolha de dados um questionário onde constavam dados socio demográficos, questões abertas para caracterização da autonomia das famílias, elaboração de um mapa de rede social e o cálculo do índice de Barthel, a aplicação da escala de Lawton e Brody. O instrumento de colheita de dados foi sujeito a um pré-teste e validado pela professora orientadora e sofreu também apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Tanto o Índice de Barthel como a escala de Lawton e Brody foram utilizadas as versões validadas pela Professora Doutora Fátima Araújo tendo a mesma dado autorização para o uso dos mesmos no presente estudo.

A recolha de dados decorreu durante o mês de novembro de 2023 no domicílio das famílias.

Para a recolha de dados foi realizado um primeiro contacto com a família pela enfermeira de família que mediou o processo e posteriormente aplicado um questionário onde também constava a elaboração de um mapa de rede social, calculado o índice de Barthel e aplicada a escala de Lawton e Brody.

O questionário para recolha de dados foi preenchido pela enfermeira investigadora em contexto de visita domiciliária e após recolha do consentimento

informado. O questionário foi elaborado tendo por base o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e a sua análise seguirá a mesma estrutura.

2.3. Análise dos dados

Durante a realização de um estudo empírico, os dados recolhidos convertem-se numa ferramenta tangível de informação. Após a aquisição destes dados pelo investigador, torna-se imperativo organizar, ordenar e processar essas informações de maneira cuidada (Vilelas, 2020).

Os dados recolhidos foram codificados e posteriormente tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Microsoft Office Excel* e a análise das questões abertas foi feita segundo Bardin.

A informação recolhida será guardada por um período de um ano após o final da elaboração do relatório num módulo de gavetas fechado à chave no gabinete da enfermeira orientadora. Após o término deste período a informação será destruída na presença da enfermeira da mesma.

2.4. Procedimentos éticos

O estudo seguiu os preceitos emanados no código deontológico do enfermeiro que refere no artigo 97º que os cuidados de enfermagem são realizados tendo por base os “adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade e pela saúde da população”.

De modo a cumprir e respeitar os procedimentos éticos e normas legais foram pedidas autorizações a diferentes entidades, as quais deram o seu parecer positivo para a realização do presente estudo. Foi pedido autorização junto da coordenação da USF e direção executiva do ACES. Tem parecer favorável do Conselho Clínico de Saúde do ACES

e parecer da comissão de ética para a Saúde da ARSLVT para o desenvolvimento do estudo “Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio” (Anexos 2).

O estudo não teve custos envolvidos e durante a sua operacionalização e tendo em conta a declaração de Helsínquia, atualizada em 2013, todas as intervenções contemplaram a salvaguarda do direito à informação, autonomia e participação do próprio e seus familiares (World Medical Association, 2013). Foi recolhido consentimento informado, livre e esclarecido, aos participantes individualmente.

3. Resultados

O elemento mais novo da amostra tem 72 anos de idade e o mais velho 95 anos apresentando a amostra uma média de 80 anos sendo também essa a idade média em termos de agregado familiar.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

	Categoria	Número absoluto (n=34)	%
Género	Masculino	13	38,2%
	Feminino	21	61,8%
Estado civil	Casado	26	76,5%
	Viúvo	8	23,5%
Escolaridade	Analfabeto	2	5,9%
	4º Ano	26	76, %
	6º Ano	3	8,8%
	9º Ano	3	8,8%
Estado de Saúde/Doença	Saudável	6	17,6%
	1 doença crónica	2	5,9%
	2 doenças crónicas	12	35,3%
	3 ou mais doenças crónicas	14	41,2%

Perante os dados apresentados na tabela 1 podemos afirmar que a amostra apresenta uma predominância de elementos do sexo feminino e estado civil apresenta um predomínio de casados. O grau de escolaridade da amostra é maioritariamente concentrado no 4º ano, com 76% dos participantes atingindo este nível. A presença de analfabetos é notável, representando 5,9% da amostra.

A área de saúde revela uma realidade marcada pela presença de condições de doença crónica. Notavelmente, 41,2% dos participantes enfrentam três ou mais doenças

crônicas, enfatizando a complexidade da saúde no grupo. A percentagem de saudáveis é relativamente baixa, situando-se em 17,6%.

Tabela 2 - Caracterização da estrutura familiar

	Categoria	Número absoluto (n=20)	%
Tipo de família	Unipessoal	7	35,0 %
	Díade nuclear	12	60,0 %
	Nuclear	1	5,0 %
Família extensa	Existente e próxima	19	95,0 %
	Existente, mas distante	1	5,0 %
	Inexistente	0	0 %
Apoio de instituições	Não	17	85,0 %
	Sim	1	5,0 %
	Sim, pessoa Singular	2	10,0 %

Analisando a estrutura familiar da amostra temos dois tipos de famílias predominantes, a díade nuclear (60%) da amostra caracterizada por casais e a unipessoal (35%), estamos perante famílias no fim do ciclo vital familiar em que a perda do cônjuge é uma contante. Todas as famílias analisadas têm família extensa e 95% delas esta é presente e fornece apoio à mesma. As instituições sociais não representam apoio às famílias e elas não consideram que as mesmas sejam importantes para a sua autonomia.

Tabela 3 - Caracterização da estrutura residencial

	Categoria	Número absoluto (n=20)	%
Considera que a sua casa tem todas as condições para a sua vida	Não	2	10,0 %
	Sim	18	90,0 %
Ambiente residencial no exterior da residência	Com barreiras arquitetónicas	13	65,0 %
	Sem barreiras arquitetónicas	7	35,0 %
Ambiente residencial no interior da residência	Com barreiras arquitetónicas	7	35,0 %
	Sem barreiras arquitetónicas	13	65,0 %

As famílias consideram que as suas habitações têm todas as condições necessárias para a sua vida. A presença das barreiras arquitetónicas foi observada pela investigadora e não informação sentida pelas famílias.

Quando questionadas sobre o que mudariam em suas casas, caso tivessem essa possibilidade: 45% das famílias (n=9) não mudaria nada; 25% (n=5) mudava a casa de banho; as escadas 15% (n=3) correspondendo estas a barreiras arquitetónicas avaliadas pela investigadora e sentidas pelas famílias. Contudo 100% das famílias sente-se seguro em casa.

Tabela 4 - Caracterização estrutural religião ou espiritualidade

	Categoria	Número absoluto (n=20)	%
Prática de culto/religião	Não	7	35,5 %
	Sim	13	65,5 %
Importância da religião no dia/dia	Sim	12	60,0 %
	Não	8	40,0 %

Tabela 5 - Caracterização estrutural sistemas mais amplos/saúde

	Categoria	Número absoluto (n=20)	%
Sabe quem é o seu médico de família	Sim	20	100,0%
	Não	0	0,0 %
Sabe quem é o seu enfermeiro de família	Sim	12	60,0 %
	Não	8	40,0 %
Quando tem alguma dúvida/ problema de saúde a quem recorre?	USF	15	75,0 %
	Médico privado	5	25,0 %
Quando necessita de ajuda a quem recorre?	Filhos/familiares	14	70,0 %
	Vizinhos	3	15,0 %
	Amigos	1	5,0 %
	Bombeiros	2	10,0 %

A amostra apresenta uma forte ligação aos serviços de saúde locais, com um alto conhecimento do médico de família, contudo é de realçar uma menor familiaridade com o enfermeiro de família, com desconhecimento de que o mesmo existe. A preferência pela USF em situações de saúde e a forte dependência da família para apoio destacam-se como traços distintivos na forma como os participantes interagem com os sistemas de saúde e os recursos comunitários.

Pelas características do estudo, a amostra, na categoria de desenvolvimento, encontra-se em termos de ciclo vital familiar no estágio seis: famílias no final da vida segundo a classificação apresentada por Carter & McGoldrick (1999). Da dimensão desenvolvimento foram analisados nos vínculos e tarefas.

No questionário, as perguntas abertas foram interpretadas utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin. Uma metodologia de pesquisa qualitativa que visa explorar o significado presente num conjunto de dados, geralmente textuais. Essa abordagem sistemática permite ao pesquisador identificar padrões, temas e relações dentro do conteúdo analisado (Bardin, 2016).

Após pré-análise foram agrupadas as respostas por categorias que sofreram tratamento estatístico. A categorização é a divisão dos componentes das mensagens analisadas em rúbricas ou categorias, não sendo uma etapa obrigatória, a maioria da análise de conteúdo organiza-se em redor da categorização (Bardin, 2016).

Tabela 6 - Caracterização das atividades realizadas com o tempo livre

Atividade de tempo livre	Número absoluto (n=20)	%
Televisão	11	32,35%
Cuidar da casa	5	14,71%
Não tenho tempo livre	4	11,76%
Não faço nada	4	11,76%
Atividades físicas	3	8,82%
Jardinagem	3	8,82%
Café ou similares	2	5,88%
Conversa com amigos	2	5,88%

Tabela 7 - Caracterização da companhia diária

Quem é a sua companhia	Número absoluto (n=20)	%
Cônjuge	11	55,00%
Não tenho companhia	4	20,00%
Cão	1	5,00%
Amigos/vizinhos	3	15,00%
Relacionamento afetivo	1	5,00%

Nas famílias que compõem a amostra verificamos que a companhia diária ou é o cônjuge n=11 (55%) ou não têm companhia o que é indicativo de que n=15 (75%) da amostra está sozinha no seu dia a dia e que apesar da família extensa, como analisado anteriormente existir e ser presente, não constitui companhia às famílias. As famílias ocupam o seu dia em atividade solitárias, televisão (32,2%), cuidar da casa (14,71%).

Quando questionados sobre os maiores receios no futuro, verificou-se a semelhança nas respostas. Assim, “Não tenho receio de nada” (q01; q03; q12; q13) foi a resposta dada por 4 famílias; ... “de sofrer, não me mexer e dar trabalho” (q02; q04; q06; q07; q10; q18) foi referido por 6 famílias. Perder a “capacidade de fazer as coisas sozinho e dar trabalho” (q05; q09; q08; q11; q17; q20) referido 6 vezes. Categorizado como perda de autonomia a perda da mobilidade, a capacidade de “fazer as coisas sozinho” e a perda da autonomia representam 60% dos maiores receios das famílias. O medo da “morte”(q07; q012) foi referido por duas famílias e da “guerra” (q14; q19) igualmente por duas famílias.

Para a avaliação funcional da família recorreu-se ao índice de Barthel e à Escala de Lawton & Brody. Como anteriormente referido, foram usados instrumentos validados para a população portuguesa, cuja autora deu autorização. O índice de Barthel foi aplicado a todos os elementos da família sendo o universo de análise 34.

Tabela 8 - Caracterização do grau de dependência para as atividades de vida diária

Grau de dependência	Masculino	Feminino	Número absoluto (n=34)	%
Independência total 20	10	12	22	64,71%
Dependência moderada (13 a 19)	2	4	6	17,65%
Dependência grave (9-12)	2	-	2	5,88%
Total dependência (0 a 8)	2	2	4	11,76%

Analisando o grau de dependência da amostra não é relevante a diferença entre elementos do sexo masculino ou feminino em termos de dependência para as AVD's. O total de elementos com autonomia total é de 22 o que corresponde 64,71% da amostra.

O Índice de Lawton & Brody apresenta um score máximo de 23 pontos e um mínimo de 0 pontos. Numa primeira fase analisados todos os elementos da família.

Tabela 9 - Índice de Lawton & Brody

Índice de Lawton & Brody	Número absoluto (n=34)	%
Score ≥ 20	18	52,94%
Score ≥ 16 e ≤ 19	5	14,71%
Score ≥ 12 a ≤ 15	2	5,88%
Score ≥ 8 a ≤ 11	1	2,94%
Score ≤ 7	8	23,53%

Continuamente foi feita análise e interpretação do Índice de Lawton & Brody das famílias em que é utilizado apenas o elemento com maior autonomia. Foram analisadas também as categorias em que a autonomia se apresenta mais diminuída.

Tabela 10 - Resultados das atividades avaliadas pelo índice de Lawton & Brody

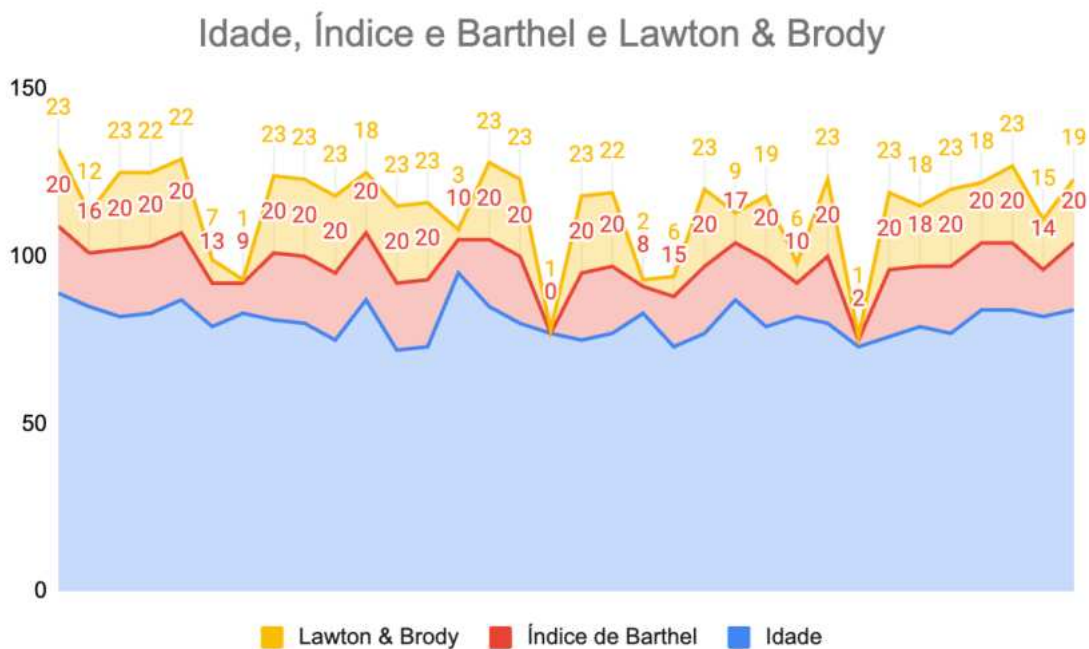
Atividade	Grau de autonomia (n=20)					
	Total		Diminuição		Ausência	
	n	%	n	%	n	%
Capacidade para usar o telefone	20	100%	-	-	-	-
Fazer compras	17	85%	2	10%	1	5%
Preparação da comida	18	90%	2	10%	-	-
Cuidado com a casa	10	50%	8	40%	2	10%
Lavar a roupa	18	90%	-	-	2	10%
Usar meios de transporte	13	65%	4	20%	3	15%
Responsabilidade com a sua medicação	15	75%	4	20%	1	5%
Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos	15	75%	-	-	3	5%

Analisando as atividades instrumentais de vida diária observa-se que a maioria das famílias mantém uma boa autonomia nas atividades avaliadas. Algumas atividades, como usar o telefone, lavar a roupa e preparação da comida, têm altos índices de autonomia.

Por outro lado, as atividades relacionadas com cuidado com a casa, uso de meios de transporte e gestão dos assuntos económicos têm índices de autonomia mais variados, com alguns participantes experimentando diminuição ou ausência de capacidade.

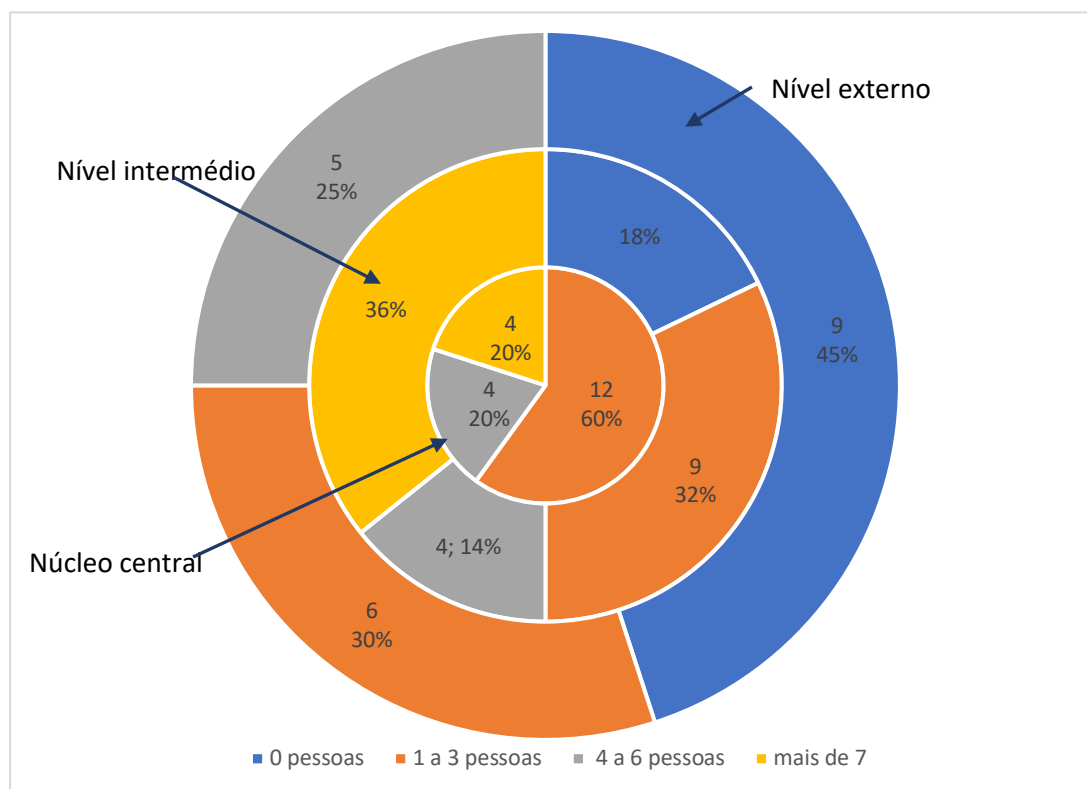
Analisando em conjunto a idade de cada elemento e o seu grau de dependência através da aplicação do Índice de Barthel e o score resultante da Índice de Lawton & Brody temos a seguinte imagem

Figura 1 - Correspondência entre idade, Índice de Barthel e Lawton & Brody



A aplicação do mapa de rede social permite a representação dos relacionamentos entre os membros da família com as instituições comunitárias mais amplas e com a família externa (Wright & Leahey, 2011). Com o aumento da dependência para as AVD's e perda de autonomia para as atividades instrumentais de vida diárias é importante perceber qual a rede social de suporte para as famílias. Neste sentido foi elaborado um Mapa de rede social para cada uma das famílias. Os dados apresentados correspondem ao número de percentagem de famílias com o mesmo número de elementos em cada nível não sendo analisado os elementos em cada quadrante.

Figura 2 – Elementos em cada nível do Mapa de Rede Social



Correlacionando os dados obtidos com o Índice de Lawton & Brody e o número de elementos do mapa de rede social usando a correlação de *Pearson* obtemos um r de 0,2646. Este valor aponta uma correlação positiva, embora fraca, sugere que, à medida que a autonomia aumenta, o número de pessoas presentes no mapa social também tende a aumentar. Isso implica que pessoas com maior autonomia podem ter redes sociais mais extensas.

Usando a mesma correlação estatística com a variável idade e número de elementos presentes no mapa de rede social o resultado r de - 0,1223 sugere uma tendência leve de que, à medida que a idade aumenta, o número de pessoas no mapa social tende a diminuir um pouco. Isso implica que, em geral, pessoas mais velhas podem ter redes sociais menores.

Em relação à questão aberta: de que forma o seu enfermeiro de família pode contribuir para a sua autonomia no domicílio? A resposta divide-se em 3 categorias.

Tabela 11 – Contributo do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio

Categoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Desconhece	<i>"não sei"</i> q01, q10; <i>"acho que nada"</i> q14; <i>"não sei, não necessito de ajuda"</i> q06	4
Tratamento em situação de doença aguda	<i>"se precisar de algum penso ou assim"</i> q07, q13 <i>"às vezes dar medicamentos"</i> q09	3
Visita domiciliária de enfermagem	<i>"vir cá a casa"</i> q08; <i>"vir ver o que é preciso"</i> q04, q19; <i>ser mais fácil pedir ajuda"</i> q11; <i>"vir cá e dar informações ou assim"</i> q15; <i>"vir cá a casa, não posso sair e sinto-me muito sozinha"</i> q16; <i>"mais visitas"</i> q02, q03, q20; <i>"vir cá a casa, ver o que se passa"</i> q17; <i>"ver como nós estamos"</i> q18; <i>"vir mais vezes ou marcar mais consultas no centro de saúde"</i> q05; <i>"vir a casa e ser mais fácil pedir ajuda"</i> q12.	13

4. Discussão

A análise dos dados sociodemográficos destaca uma amostra heterogênea, refletindo diversidade em idade, gênero e estado civil. A predominância de casados e a presença significativa de doenças crônicas sublinham a complexidade dos cuidados necessários. A estrutura familiar, com díades nucleares e unipessoais, sugere dinâmicas únicas de apoio, enquanto a presença da família extensas em muitos casos representa o único suporte para a família nuclear. Resultados semelhantes são apresentados por Yamaji (2021) e Guadalupe & Vicente (2021).

A avaliação das condições residenciais revela uma percepção geral de segurança em casa, com sugestões pontuais de melhoria. O forte vínculo com os serviços de saúde locais, especialmente o médico de família, destaca a importância das relações com profissionais de saúde. A menor familiaridade com o enfermeiro de família aponta para a necessidade de uma maior proximidade do enfermeiro de família junto das famílias idosas explorando formas de atuação dos enfermeiros e na construção de parcerias com a família para promoção do cuidado (Oliveira, 2023).

A análise qualitativa das respostas sobre o desenvolvimento familiar destaca a solidão diária para 75% da amostra e preocupações com a perda de autonomia. As respostas refletem não apenas desafios funcionais, mas também preocupações emocionais e existenciais, destacando a importância de uma abordagem holística (Bosch-Farré et al., 2021; Karma et al., 2021; Silverglow et al., 2021).

A correlação entre autonomia e o número de pessoas na rede social sugere uma relação positiva, enfatizando a importância do suporte social. A correlação negativa com a idade sugere que, em média, pessoas mais idosas podem ter redes sociais mais pequenas.

A resposta das famílias sobre a contribuição do enfermeiro de família destaca a visita domiciliar como uma estratégia valiosa para manter a autonomia. Os mesmos resultados foram apontados por Sanerma et al. (2020) onde destaca a visita domiciliária como uma importante ferramenta promotora da autonomia em idosos.

A dimensão mais destacada parece ser a "Visita domiciliária de enfermagem", na qual os participantes expressam a importância de visitas regulares em casa por

profissionais de saúde. As respostas sugerem que essa abordagem é vista como uma maneira eficaz de receber informações, suporte e cuidados, especialmente para aqueles que têm dificuldades em sair de casa ou se sentem isolados.

Em termos gerais, as respostas indicam a necessidade de uma abordagem personalizada e sensível às necessidades individuais, reconhecendo a diversidade de situações e preferências dos participantes em relação aos cuidados de saúde. Essa conclusão destaca a importância de considerar as perspectivas e experiências individuais ao desenvolver estratégias e políticas de assistência à saúde.

5. Considerações Finais

Este estudo fornece uma visão abrangente da autonomia das famílias idosas no domicílio. As áreas de força, como a autonomia funcional, e as preocupações, como a solidão e as condições de saúde, apontam para oportunidades de intervenção personalizada por parte do enfermeiro. Abordagens centradas na família, adaptações no domicílio e suporte social podem ser estratégias cruciais para promover a autonomia e o bem-estar famílias idosas. Este estudo contribui para a compreensão multifacetada da autonomia, fornecendo informações sobre as condições das famílias no domicílio. Contudo o tipo e a dimensão da amostra não permitem generalização das conclusões.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, L. (2022). *Este país é para velhos? Migrações e envelhecimento em Portugal [A country for old people? Migrations and ageing in Portugal]*. *Sociológico*, 40, 73-84. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10567>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: Edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70
- Bosch-Farré, C., Malagón-Aguilera, M. C., Ballester-Ferrando, D., Bertran-Noguer, C., Bonmatí-Tomàs, A., Gelabert-Vilella, S., & Juvinyà-Canal, D. (2020). Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186451>.
- Cruz, D. C. M., de Moura Loureiro, H. A., Martins, M. A. N. C. G., da Silva, M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 127-136. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239961003.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2021). Plano nacional de saúde 2021-2030 Saúde sustentável: de tod@s para tod@s
- Figueiredo, M. H. D. J. S., da Silva, L. W. S., & de Oliveira, P. D. C. M. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Kairós-Gerontologia*, 14, 11-22. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/6483/4700>
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização* (5ª Ed.) Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J., & Marques, C. G. (2021). Manual de investigação qualitativa. <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789896931148.pdf>
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J., & Marques, C. G. (2021). Manual de investigação qualitativa. <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789896931148.pdf>
- Guadalupe, S., & Vicente, H. T. (2021). Família e outras redes de suporte social na população idosa. *Intervenções e Mediações com Idosos*, 63.
- Instituto Nacional de Estatística (2022) População residente (censos 2021) <https://www.ine.pt>

- Karma, B., Ada-Katrin, B., & Händler-Schuster, D. (2021). Exploring Health-Related Needs of Elderly People (70+) at Home: A Qualitative Study From Switzerland. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1–7. <https://doi.org/10.1177/21501327211055635>.
- Machado, D., Mota, M. F., Brás, M. A. M. B., & Anes, E. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista de Psicologia International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 2, 501-508. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25269/1/Artigo - PROGRAMAS E RESPOSTAS À SAÙDE DO IDOSO EM PORTUGAL - INFAD 2021.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25269/1/Artigo_-_PROGRAMAS_E_RESPOSTAS_A_SAÚDE_DO_IDOSO_EM_PORTUGAL_-_INFAD_2021.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Towards Agefriendly Primary Health Care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43030>
- PORDATA. (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+en+velhecimento-526-3741>
- Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>
- Santos Oliveira, A. P. (2023). A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM O IDOSO E FAMILIARES. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 4(1), e463360. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.3360>
- Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L., & Wijk, H. (2020). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open*, 8(1), 191–199. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>
- Tavares, J., Santinha, G., & Rocha, N. (2021). *AgeFriendly Health Care: A Systematic Review. Healthcare*
- Vidal, D., Pontes, M., Barreira, E., Oliveira, G., & Maia, R. (2019). Differential Mortality and Inequalities in Health Services access in Mainland Portugal. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, LIII(109), 53-70. <https://doi.org/10.18055/Finis14118>

- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª edição. Edições Sílabo.
- World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.
- Wright L., Leahey M. (2011) *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção familiar* (5ªed.). Roca
- Yamaji, C. (2021). A percepção do suporte social da pessoa idosa. *Revista Longeviver*.

Apêndice 8 – Diapositivos da sessão de apresentação de resultados

Diapositivos da sessão de apresentação de resultados

Promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: contributo do enfermeiro de família

Estágio com relatório – USF Rio de Mouro

Ana Alexandrina Santos Pinheiro
1ª Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora Clínica: Natércia Caetano

Janeiro 2024



1

Objetivos

Geral: Promover a autonomia das famílias idosas no domicílio.

Específicos:

- Apresentar os resultados da Scoping Review;
- Apresentar os resultados da caracterização das famílias idosas no domicílio;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias e políticas que favoreçam a qualidade de vida e autonomia das famílias idosas.




2

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Resumo

O "envelhecimento é parte constituinte do ciclo vital da pessoa, sendo crucial que seja vivido de forma saudável e autónoma o maior número de anos possível" (Machado et al., 2021, p. 502). É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para promover a saúde e um envelhecimento autónomo e saudável.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de família promotoras da autonomia das famílias idosas no domicílio



3


Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Metodologia PCC:

- População (P) - famílias idosas;
- Conceito (C) - autonomia / autocuidado e o Enfermeiro de família;
- Contexto (C) - domicílio.

Questão de Investigação:

Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde familiar na promoção da autonomia das famílias idosas em contexto domiciliário?



4

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Critérios de inclusão e exclusão:

- Participantes com mais de 65 anos de idade;
- Estudos qualitativos, quantitativos e revisões da literatura;
- Intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio;
- Publicações entre 2018 e 2023;
- Excluídos estudos desenhados no âmbito do Covid 19 e intervenções em instituições hospitalares, hospitalização domiciliar laras ou similares.

Estratégia de pesquisa:

- 1ª Etapa buscas preliminares no Google Scholar e ERICO Host;
- 2ª Etapa buscas nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e PUBMED usando separadores Booleanos "OR" e "AND" elaborando um Prisma Flow
- Extração de dados segundo tabela adaptada de JBI



5

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Discussão:

- Importância do envelhecimento em casa e preocupação com a perda de autonomia;
- Parceria entre idosos, familiares e profissionais de saúde promove a dignidade; fortalece a capacidade de controle e aumenta a satisfação e envolvimento nos cuidados;
- Intervenções domiciliárias para promoção da autonomia incluem a educação para a saúde e aconselhamento aumentando a autoconfiança, autonomia e independência;
- Comportamentos saudáveis são promotores da autonomia.



6

Intervenção do enfermeiro de família para a promoção da autonomia das famílias idosas no domicílio: uma Scoping Review

Conclusão:

Os resultados desta revisão sugerem que o enfermeiro especialista em saúde familiar pode promover a autonomia das famílias idosas ou dos idosos que vivem sozinhos, no domicílio, através de uma oferta de **suporte personalizado, educação, treino e coordenação dos cuidados**. O foco está em capacitar os idosos e seus cuidadores, adaptar o ambiente domiciliar, e promover o bem-estar ocupacional como parte integrante do cuidado domiciliar.

Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

7

CARACTERIZAÇÃO DA AUTONOMIA DAS FAMÍLIAS IDOSAS

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e descritivo direcionado a famílias idosas que vivem sem suporte da família extensa com o objetivo de:

- Caracterizar a autonomia das famílias idosas.

Palavras-Chave: Autonomia, autocuidado, famílias idosas, enfermeiro de família



Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

8

CARACTERIZAÇÃO DA AUTONOMIA DAS FAMÍLIAS IDOSAS

Amostra: Amostra por conveniências composta por 20 famílias em que o elemento mais novo tinha idade superior ou igual a 70 anos, algumas identificadas por elementos da USF outras por seleção aleatória do Sclínico.

Coleta de dados e tratamento de dados: Aplicado um questionário, aplicadas escala de Barthel, índice de Lawton e Brody e elaborado um mapa de rede social por cada família.

Tratamento de dados através do programa Microsoft Office Excel

Salvaguardados todos os procedimentos éticos, recolhido consentimento informado e o estudo tem autorização da coordenação da USF, da direção executiva e parecer favorável da CES ARSLVT



Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

9

Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio

Aplicado questionário a 20 famílias, em que o membro mais novo apresentava idade superior a 70 anos.

Caracterização sociodemográfica da amostra



A média de idades dos participantes é de 80 anos sendo também essa a idade média em termos de agregado familiar.

Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

10

Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio

Caracterização estrutural familiar da amostra



Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

11

Caracterização da autonomia das famílias idosas no domicílio

Caracterização da estrutura residencial da amostra

- 90% das famílias considera que a sua casa tem todas as condições de que necessitam, 100% sente-se seguro em casa. 95% tem telemóvel e considera que esse o deixa mais seguro.

Barreiras arquitetónicas:

- 65% das residências avaliadas apresenta barreiras arquitetónicas no exterior compostas por mais de que 5 degraus sem apoio tipo corrimão
- 35% das residências apresenta barreiras no interior do domicílio em que também são compostas por escadas ou banheiras.



Rev. Enferm. (Belo Horizonte) 2024; 38(1): 1-10

12



13



14



15

Caracterização da autonomia das famílias idosos no domicílio

Caracterização da autonomia para as atividades instrumentais de vida diária da amostra

Atividade	Autonomia total		Diminuição autonomia		Ausência de autonomia	
	n	%	n	%	n	%
Capacidade para usar o telefone	10	100%	-	-	-	-
Fazer compras	17	85%	2	10%	1	5%
Preparação da comida	18	90%	2	10%	-	-
Cuidado com a casa	10	50%	6	40%	2	10%
Lavar a roupa	18	90%	-	-	2	10%
Cuidar/visitar de transporte	13	65%	4	20%	3	15%
Responsabilidade com a sua medicação	13	70%	4	20%	1	5%
Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos	11	70%	-	-	3	10%

Quadro 1 – Resultado das atividades avaliadas pelo índice de Lawton & Brody

Fonte: Pereira, Rodrigues, Almeida, 2019

16



17



18

Caracterização da autonomia das famílias idosos no domicílio

De que forma o seu enfermeiro de família pode contribuir para a sua autonomia no domicílio?

Categoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Desconhece	"Não sei" ¹ , "Não sei", "acho que não sei" ¹ , "Não sei, não sei" ¹ , "Não sei, não sei" ¹	4
Tratamento em situação de doença aguda	"Se precisar de algum penso ou assim" ¹ , "As vezes dar medicamentos" ¹	3
Visita domiciliária de enfermagem	"Vir cá a casa" ¹ , "Vir ver o que é preciso" ¹ , "Ser mais fácil pedir ajuda" ¹ , "Vir cá e dar informações ou assim" ¹ , "Vir cá a casa, não posso sair e sinto-me muito sozinho" ¹ , "Mais visitas" ¹ , "Vir cá a casa, ver o que se passa" ¹ , "Ver como nós estamos" ¹ , "Vir mais vezes ou marcar mais consultas no centro de saúde" ¹ , "Vir a casa e ser mais fácil pedir ajuda" ¹	13

Caraterização registo de dados

Ana Patrícia - Estágio com estágio Setembro 2024

19

Considerações finais

Este estudo fornece uma visão abrangente da autonomia das famílias idosas no domicílio. As áreas de força, como a autonomia funcional, e as preocupações, como a solidão e as condições de saúde, apontam para oportunidades de intervenção personalizada. Abordagens centradas na família, adaptações domiciliares e suporte social podem ser estratégias cruciais para promover a autonomia e o bem-estar das famílias idosas. Este estudo contribui para a compreensão multifacetada da autonomia, fornecendo informações sobre as condições das famílias no domicílio. Contudo o tipo e a dimensão da amostra não permitem generalizações das conclusões.

Ana Patrícia - Estágio com estágio Setembro 2024

20

Estratégias?

Tendo em conta os resultados da scoping Review e do estudo da caracterização da autonomia das famílias idosas a estratégia mais valorizada pelos utentes é a visita domiciliária:

A visita domiciliária permite:

- Levantamento das necessidades das famílias;
- Avaliação do risco de quedas, necessidades de modificação ambiental;
- Avaliação do grau de autonomia para as AVD e AIVD;
- Avaliação do risco de erro terapêutico;
- Ensinos para educação para a saúde.

Ana Patrícia - Estágio com estágio Setembro 2024

21

Ganhos da intervenção

- Segurança das famílias no domicílio, redução de acidentes e prevenção da institucionalização precoce.
- Alcance do IDE através de aumento da taxa de domicílios de enfermagem.

Número de idosos inscritos na USF Rio de Mouro: 2624 utentes com idade > a 65 anos de idade

3013.294.01.FL - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos – 80.49
(Média de realização de 4 domicílios de enfermagem por semana)

De modo a atingir o IDE com uma ponderação de "4" cada enfermeiro deve fazer 132 domicílios anuais o que na prática são 3 domicílios por semana.

Ana Patrícia - Estágio com estágio Setembro 2024

22

Referências Bibliográficas

IN EDP. Serviço Nacional de Saúde. [Banco de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários](#)

Báez-Farré, C., Marigón-Aguilera, M. C., Ballester-Ferraz, D., Bertran-Neuger, C., Bonet-Torralba, A., Galbarrera-Vila, E., & Jorquera-Catal, D. (2020). Healthy ageing in place: enablers and barriers from the perspective of the elderly. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 4451.

Cámpora, D., Corcos, C., Emerighi, A., Pirovano, S., Ferrara, L., & Santoro, M. (2021). Home and environmental hazards: modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 34(3), 413.

Costello, W., Albrecht, A., Blahnik, H., & Wolmer, I. (2021). The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *International journal of nursing*, 17(3), 112418.

Instituto Nacional de Estatística (2022) População residente (censos 2021)

Janak, L., Novelli-Pegoni, M., & Kallgren, A. (2019). Creating conditions for a sense of security during the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: a participatory appreciative action and reflection study. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-12.

Kama, B., Adam-Korcz, B., & Włodarczyk-Schuler, D. (2021). Exploring health-related needs of elderly people (70+) at home: a qualitative study from Switzerland. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 2150182211016245.

Saarni, P., Miettinen, T., Paavilainen, E., & Asted-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons—an integrative review. *Scandinavian journal of primary health care*, 38(3), 265-280.

Saari, B., Sopari, C. A., Heig, W. T., & Wang, W. (2022). Salutogenic Healthy Aging Program as Enhancement (SHA) as upstream health resource intervention for older adults living alone and with their spouses: a pilot complex intervention development and pilot randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-18.

Georgelas, A., Lohde, C., Berglund, H., Johansson, L., & Björk, H. (2021). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing open*, 8(1), 161-169.

Ribeiro-Oliveira, M. J., Araújo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & Navarro, E. B. G. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary health care research & development*, 22, 656.

Oliveira, M. J. S., Barreira, M. M., & Figueira, L. I. (2021). O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e2021v16a269-e2021v16a269.

POPSTATS (2021). [Base de Dados Portugal Contemporânea](#)

23

Obrigada

24

Apêndice 9 – Avaliação e Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar: Estudo de Caso da Família “S”

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

Estágio 2022-2023

**Avaliação e Intervenção em Enfermagem de Saúde
Familiar: Estudo de Caso da Família "S"**

Ana Alexandra dos Santos Pinheiro



Professora Orientadora:
Professora Doutora Maria Emília Campos de Brito



Lisboa
fevereiro 2024

Índice

INTRODUÇÃO	3
1 - FAMÍLIA "S"	5
2 - AVALIAÇÃO FAMILIAR	5
2.1 – Avaliação estrutural.....	6
2.2 – Avaliação de desenvolvimento	8
2.3 – Avaliação funcional.....	9
4 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	11
4.1 – Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar	11
4.2 – Avaliação da intervenção.....	15
5 - CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

APÊNDICES

Apêndice 1(b) – Índice de Barthel aplicado a "A"

Apêndice 2(b) – Escala de Lawton & Brody aplicada a "A"

Apêndice 3(b) – Índice de Barthel aplicado a "G"

Apêndice 4(b) – Escala de Lawton & Brody aplicada a "G"

Apêndice 5(b) – Escala de Morse

Índice de figuras

Figura 1 - Genograma da família "S"

6

Figura 2 - Mapa de rede social da família "S"

7

Figura 3 - Ecomapa da família "S"

8

Índice de quadros

Quadro 1 - Plano de cuidados para a família "S"

12

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar foi desenvolvida intervenção familiar com vista à promoção da autonomia da mesma que se espelha no seguinte estudo de caso.

A família é um conceito em constante evolução, sujeito a diversas definições influenciadas por mudanças económicas, sociais e políticas que contribuem para sua redefinição (Walsh, 2016). Segundo o artigo 67º da Constituição da República Portuguesa, a família é reconhecida como o elemento fundamental da sociedade, detendo direito à proteção tanto por parte da sociedade quanto do Estado.

A estrutura multidimensional do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, concebida por Wright e Leahey, abrange três categorias fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Shajan & Snell, 2019) oferecendo uma abordagem abrangente para avaliar e intervir nas dinâmicas familiares, proporcionando uma compreensão mais profunda das dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcionais que moldam a experiência familiar.

No decorrer do ensino clínico na Unidade de Saúde Familiar foi realizada intervenção numa família que se apresenta ao longo deste estudo de caso. Todos os dados passíveis de identificar a família foram modificados de forma a poder respeitar o anonimato dos membros da família. Optou-se pelo uso de letras, a primeira letra do nome da família e de cada um dos seus elementos.

Este estudo de caso tem como objetivo geral dar a conhecer a intervenção do enfermeiro com vista ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar de modo a dar respostas às necessidades da família enquanto unidade de cuidados.

Como objetivos específicos pretendo: apresentar a família S; efetuar a apreciação familiar nas suas diferentes dimensões utilizando o Modelo de Calgary de Avaliação

Familiar; elaborar diagnósticos de enfermagem; delinear um plano de cuidados de enfermagem com a família, intervenção e respetiva avaliação.

Este estudo de caso foi elaborado segundo as diretrizes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o seu guia orientador e redigido respeitando o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as referências bibliográfica respeitaram a norma da *American Psychological Association* na sua sétima edição.

1 - Família "S"

A Família "S" é uma família nuclear composta pelo "A" de 83 anos de idade e "G" de 80.

Vivem em habitação própria numa zona urbana na área metropolitana de Lisboa. A residência é do tipo apartamento sem barreiras arquitetónicas quer no interior quer no exterior da residência. "A", era funcionário público e reformou-se aos 60. Quando se reformou recebeu também o diagnóstico de doença de Parkinson. Aos dias de hoje apresenta já limitações nas capacidades motoras. "G" também reformada desde os 60 anos de idade foi costureira durante grande parte da sua vida profissional. Tem como antecedentes pessoais doença pulmonar obstrutiva crónica e insuficiências cardíaca congestiva.

Vivem os dois sozinhos tendo apoio de duas filhas que residem a alguns quilómetros de distância.

2 - Avaliação Familiar

A avaliação familiar deve compreender a complexidade e constante transformação da família e vê-la como unidade sistémica (Figueiredo, 2012).

O Modelo de Calgary de Avaliação e intervenção Familiar é uma abordagem teórica desenvolvida por Wright & Leahey (2011) e fornece uma estrutura para avaliação e intervenção nas dinâmicas familiares, procurando compreender e apoiar as famílias em diferentes contextos de saúde. A sua estrutura multidimensional abrange três categorias principais:

- Estrutural: refere-se à composição da família, incluindo papéis, funções e a organização dos membros da família.

- De desenvolvimento: enfoca as mudanças que ocorrem ao longo do tempo na família, considerando eventos de vida, transições e marcos do desenvolvimento familiar.

- Funcional: avalia como a família lida com problemas, comunicação, resolução de conflitos e seu funcionamento geral.

Para Wright & Leahey (2011) a família deve ser vista como um todo, sendo maior do que a soma das partes, deste modo a avaliação deve contemplar a avaliação dos diferentes membros, mas também a avaliação da família como sistema

2.1 – Avaliação estrutural

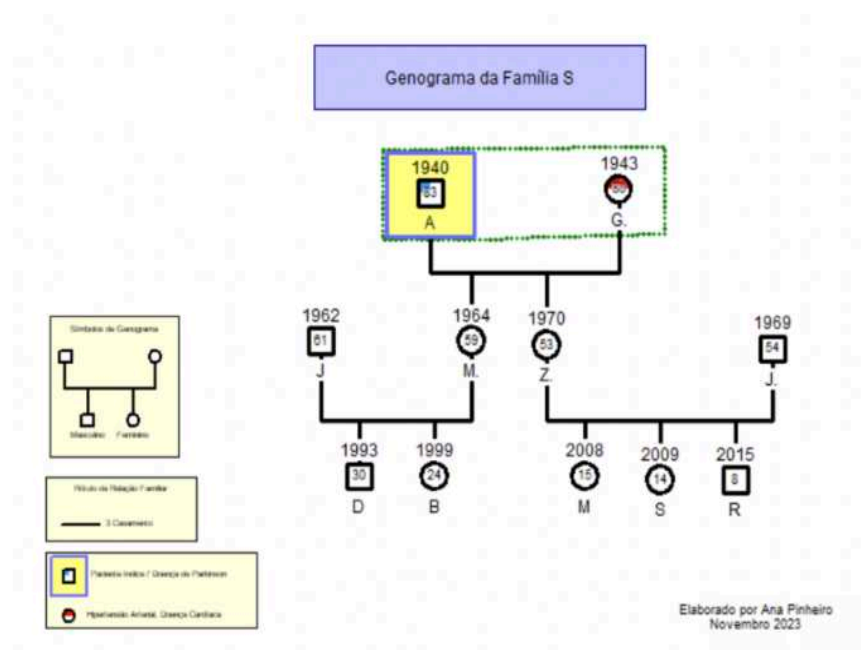
A avaliação estrutural figura como uma etapa crucial no processo de avaliação da dinâmica familiar, viabiliza a compreensão da organização e funcionamento desta. Ao examinar a estrutura, estabelecemos uma base sólida para a apreensão das características e contexto familiares, assim como das interações entre os seus membros. Inclui a análise dos padrões de comunicação, dos processos de tomada de decisão, da hierarquia familiar e dos sistemas de apoio social disponíveis. Esta abordagem proporciona uma visão holística da configuração familiar, contribuindo para a compreensão das relações interpessoais entre os membros da família (Wright & Leahey, 2011).

Na categoria estrutural, englobam-se a estrutura interna e externa, bem como o contexto em que a família está inserida que podem representar determinantes de saúde familiares.

O Genograma é uma ferramenta utilizada na avaliação familiar para representar graficamente as relações familiares ao longo de diferentes gerações (Carter & McGoldrick, 2004).

Analisando o Genograma da família “S” verificamos que estamos perante uma díade

Figura 1- Genograma da família “S”



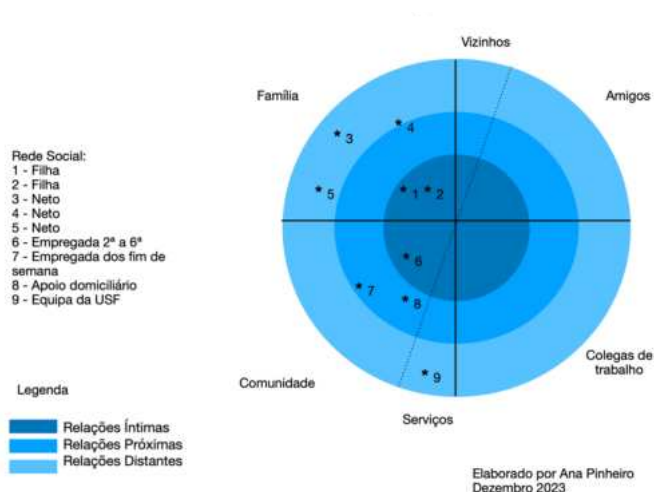
nuclear. A elaboração do Genograma permite a incorporação de diferentes informações de avaliação numa única representação gráfica.

A família extensa desempenha um papel essencial no contexto do sistema familiar, oferece suporte ao núcleo familiar de diferentes formas, como apoio emocional, financeiro e operacional. Uma compreensão aprofundada da família extensa é fundamental para uma avaliação abrangente da estrutura familiar, pois facilita a identificação da rede de suporte e dos recursos disponíveis para a família. Essa compreensão pode ter implicações significativas na prestação de cuidados de saúde, no desenvolvimento de intervenções e no apoio geral à família (Wright & Leahey, 2011).

No caso específico da família "S", a família extensa é presente e oferece um grande apoio logísticos e organizacional no dia a dia da díade nuclear.

Nos sistemas mais amplos da rede social das famílias é importante considerar as instituições sociais que desempenham um papel de suporte e com as quais a família interage, bem como as pessoas que têm um contato significativo com a família (Wright & Leahey, 2011).

Figura 2 - Mapa de rede social da família "S"



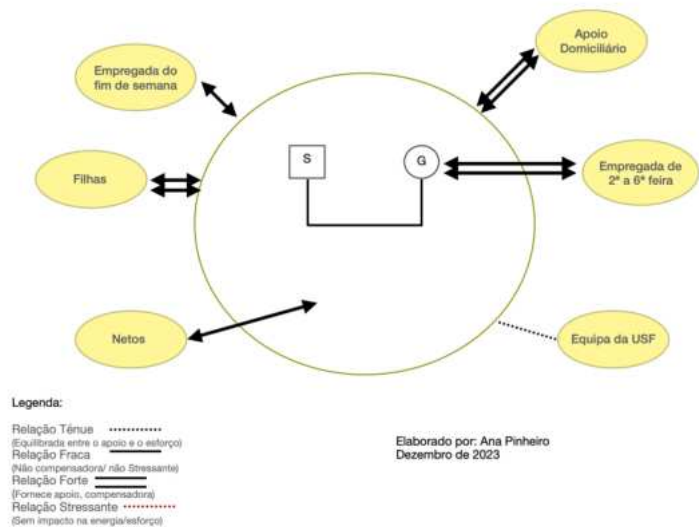
A elaboração do mapa de rede social possibilita criar uma representação visual da família, incluindo as estruturas sociais que fornecem suporte. Isso permite uma compreensão mais aprofundada das formas de auxílio mais significativas e de como elas interagem com o ambiente circundante (Figueiredo, 2012). Ao criar esse mapa gráfico,

são reveladas as conexões e relacionamentos cruciais para a família, oferecendo uma visão abrangente dos recursos que dão apoio à família

Interpretando o mapa de rede social da família ficamos com a percepção dos apoios sociais que esta família apresenta e que podem ser um indicador das necessidades da mesma e um determinante em saúde.

O Ecomapa é uma representação gráfica que ilustra a dinâmica familiar junto com as estruturas sociais circundantes que desempenham um papel de apoio para a família (Agostinho, 2007). Esse diagrama proporciona uma visão abrangente das conexões e interações da família com a comunidade, abrangendo serviços sociais, instituições educacionais, grupos religiosos, amigos, vizinhos e outros recursos sociais disponíveis.

Figura 3 - Ecomapa da família "S"



No processo de avaliação estrutural, é essencial analisar os fatores ambientais, sociais, culturais e económicos que moldam a vida e o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2011)

Nesta avaliação foram observados ou questionados aspetos relacionados com o ambiente físico em que a família vive, casa, vizinhos e comunidade.

Como referido anteriormente, o apartamento em que moram apresenta todas as condições necessárias para uma vida em segurança e conforto. Não existem barreiras arquitetónicas, quer dentro, quer fora da residência.

Os dois elementos do agregado familiar são beneficiários de pensões sociais de reforma que são suficientes para os gastos familiares. Não beneficiam de outros apoios sociais.

São católicos não praticantes, a religião não é um elemento presente no dia a dia familiar, referem ter crença em Deus, mas sem prática de nenhuma religião.

2.2 - Avaliação de desenvolvimento

A família "S", composta por dois elementos idosos já viveu as diferentes fases do ciclo vital familiar. O percurso desta família foi linear e segundo a mesma passou por

todas as fases do ciclo de vida familiar. Saíram de casa dos pais e uniram duas famílias pelo matrimónio criando a família "S". Viveram a fase de famílias com filhos pequenos que recordam com saudade, contudo referem ter sido "uma fase muito difícil por dificuldades económicas", as filhas cresceram, e elas próprias saíram de casa para cada uma formar a sua própria família e agora com netos já crescidos a família "S" encaminha-se para o fim da vida. A manutenção das atividades de vida diária e a adaptação à perda de autonomia são os desafios inerentes à finitude da família.

2.3 - Avaliação funcional

A avaliação funcional no Modelo de Calgary refere-se à avaliação dos padrões de funcionamento e das capacidades adaptativas da família. Diz respeito aos modos como os diferentes elementos se comportam uns com os outros (Wright & Leahey, 2012).

Nesta dimensão foram avaliadas as dimensões instrumental e expressiva.

Na dimensão instrumental temos duas vertentes principais avaliadas: as atividades de vida diárias e as atividades instrumentais de vida diárias. Para avaliação destas foi aplicado o Índice de Barthel e a escala de Lawton & Brody.

O Índice de Barthel, desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965 avalia o grau de dependência de cada indivíduo para a realização de 10 atividades da vida diária. Validado para a população portuguesa por Sequeira (2007) e Araújo et al (2007). Neste estudo de caso foi utilizada a versão de Araújo (2007), uma vez que foi validada em um contexto comunitário e pode ser uma estratégia eficaz para avaliar a autonomia de pessoas idosas (Araújo et al, 2007). É relevante notar que o Índice de Barthel é uma escala adotada pelo sistema operativo SClínico, utilizado na Unidade de Saúde Familiar (USF).

Aplicando o índice de Barthel (apêndice 1(b))temos uma dependência grave de "A" (score=9) para as atividades de vida diária e em termos de autonomia nas atividades instrumentais da vida diária, avaliadas pela escala de Lawton & Brody tem um score de 2 com autonomia para capacidade de utilização do telefone e transportes se acompanhado (apêndice 2(b)).

Em contrapartida "G" com um Score de 19 no Índice de Barthel (apêndice 3(b)) apresenta uma dependência moderada para as atividades de vida diárias e com

resultado de 9 na Escala de Lawton & Brody (apêndice 4(b)) é notória também a diminuição da autonomia para as atividades instrumentais de vida diária. A presença diária de apoio domiciliário e empregadas em casa foi uma estratégia adotada, pela família, para a manutenção do casal em casa.

O aspeto expressivo do funcionamento da família, seguindo o modelo de Calgary de avaliação Familiar, contempla 9 subcategorias.

Aplicando a escala de Morse verificou-se o alto risco de quedas presente em "A" e o risco baixo em "G" contudo uma intervenção direcionada para este diagnóstico foi implementada durante a intervenção com a família (apêndice 5 (b)).

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar reconhece a importância da comunicação na dinâmica familiar e como ela influencia e é influenciada pela dinâmica familiar. Considera as seguintes dimensões da comunicação que são a emocional, verbal, não verbal e circular.

Na interação com a família "S" foi observada a comunicação verbal e não verbal entre o casal. Apesar da diminuição da autonomia de "A" para as atividades de vida diária é ele quem mais responde durante a entrevista familiar e quem mostra mais receptividade na partilha de emoções e sentimentos, por oposição a "G" que tende a suprimi-los ou a expressá-los de maneira indireta

A resolução de problemas é feita pela família alargada. As filhas do casal assumem agora o papel de liderança e solução de problemas embora no casal é notório que "G" tem o papel de liderança do casal.

O casal mostra-se unido e o afeto é visível durante todos os momentos de contacto com a família.

4 – Intervenção de Enfermagem

A avaliação da família permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem com vista a um plano de cuidados tendo por base as necessidades identificadas. A intervenção visa promover a saúde e o bem-estar da família como um todo, abordando questões físicas, emocionais e sociais.

Perante a família avaliada anteriormente é notória a adaptação que a família faz, com apoio da família alargada, para manutenção da vida autónoma no domicílio. Organização de recursos da comunidade de modo a existir apoio domiciliário diário para “A”, apoio logístico e cuidado à casa, refeições, compras e atividades instrumentais também solucionada pela família.

A visão do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde família deve ir para além das dificuldades ou dos diagnósticos levantados pelo enfermeiro generalista. Deve ter uma visão global das necessidades sentidas. Perante a família “S” a solidão é evidente. A televisão apresenta-se como única companhia e o apoio prestado pelos recursos sociais não estavam a dar resposta a esta necessidade.

4.1 – Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar

Um plano de cuidados é um guia estruturado, desenvolvido em conjunto com a família, levando em consideração os diagnósticos de enfermagem, para direcionar as intervenções nos aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais. O plano elaborado foi implementado durante o estágio e pretende dar resposta às necessidades identificadas na família dando resposta aos diferentes níveis de prevenção.

Perante os diagnósticos formulados foi elaborado um plano de cuidados que se apresenta seguidamente com todas as atividades desenvolvidas.

Quadro 1 - Plano de cuidados para a família "S"

Data / Diagnóstico	Resultados Esperados	Cliente	Intervenções	Data / Avaliação
<p>14/11/2023</p> <p>- Risco de queda;</p> <p>- Conhecimento não demonstrado sobre risco de queda;</p> <p>- Conhecimento não demonstrado sobre prevenção da queda;</p>	<p>- Conhecimento demonstrado sobre risco de queda;</p> <p>- Adaptação domiciliária para diminuição do risco de queda</p>	<p>- Família</p>	<p>- Avaliação do risco de queda aplicando escala de Morse (apêndice 5 (b));</p> <p>- Ensinos sobre prevenção da queda no domicílio;</p> <p>- Identificação de barreira no domicílio potenciadoras da queda (iluminação, tapetes, piso escorregadio);</p> <p>- Consciencialização das limitações da família e do risco acrescido pelo diagnóstico de Parkinson;</p> <p>- Treino de marcha, força e equilíbrio;</p> <p>- Apoiar tomada de decisão relacionada com medo de queda.</p>	<p>28/11/2023</p> <p>- Readaptações no domicílio observadas: lâmpadas de maior potência, iluminação mais eficaz, remoção de tapetes, uso de MOPA após lavagem do chão.</p> <p>12/12/2023</p> <p>- Consulta de oftalmologias adaptação das lentes.</p> <p>08/01/2024</p> <p>- Autonomia ao sentar e levantar do cadeirão, deambulação com apoio de bengala de "A".</p> <p>06/02/2024</p> <p>- Conhecimento demonstrado sobre risco de queda</p>

<p>14/11/2023</p> <p>- Processo familiar comprometido;</p> <p>- Isolamento social</p>	<p>- Processo familiar não comprometido;</p>	<p>- Família</p>	<p>- Avaliar processo familiar;</p> <p>- Monitorizar <i>coping</i> familiar;</p> <p>- Apoiar a família;</p> <p>- Providenciar apoio emocional;</p> <p>- Apoiar processo de <i>coping</i> familiar;</p> <p>- Promover visitas da família extensa em diferentes dias da semana de modo a terem visitas diárias;</p> <p>- Estimular o diálogo com prestadoras do apoio domiciliário e domésticos de modo a promover a socialização.</p> <p>- Estimular a saída de casa para atividades de lazer.</p>	<p>08/01/2024</p> <p>- Criação de um calendário de visitas dos netos com duas visitas semanas aos avós;</p> <p>22/01/2024</p> <p>- Saída de "G" semanalmente para ida ao cabeleireiro;</p> <p>- Saída diária de "A" para caminhada com apoio da empregada da manhã para dar uma volta à praceta do prédio.</p>
<p>14/11/2023</p> <p>- Incapacidade para realizar o autocuidado;</p>	<p>- Manutenção do autocuidado</p>	<p>- Família</p>	<p>- Avaliar autocuidado;</p> <p>- Avaliar capacidade para gestão do regime terapêutico;</p> <p>- Ensinos sobre segurança do medicamento;</p> <p>- Delinear estratégias com a família para redução do risco do medicamento;</p>	<p>05/12/2023</p> <p>- Filha mais velha faz acordo com farmácia para preparação de medicação em sistema unidose;</p>

<p>- Risco de segurança do medicamento.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar acerca de segurança em casa; - Promover comportamento de promoção de saúde; - Avaliar padrão de mobilidade; - Ensinar sobre mobilidade; - Ensinar sobre estimulação cognitiva; - Fornecer exercícios para treino e estimulação cognitiva; - 	<p>- Criação de sistema de alarme em telefone móvel para toma de medicação a horas certas.</p> <p>08/01/2024</p> <p>- Caderno de atividades de exercícios de estimulação cognitiva preenchidos.</p> <p>06/02/2024</p> <p>- Satisfação por parte da família com a intervenção realizada e referida tristeza pelo fim do projeto.</p>
---	--	--	---	---

4.2 – Avaliação da intervenção

A avaliação é uma etapa crucial no processo de enfermagem e desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de um plano eficaz. Através da avaliação, conseguimos determinar se as ações realizadas estão a produzir os resultados esperados, permitindo-nos identificar a resposta da família. Esta avaliação contínua permite-nos também identificar eventuais necessidades de ajuste ao plano de cuidados, formulação de novos diagnósticos, assegurando uma melhoria contínua na prestação dos cuidados de enfermagem.

A intervenção com a família “S” decorreu desde 13 de novembro de forma regular e sistemática todas as terças feiras às 14 horas até dia 6 de fevereiro. Durante 30 minutos foi dedicada atenção plena a esta família. Durante as primeiras duas visitas a mesma era vista com alguma desconfiança por parte de “G”. Sentia que não necessitava da intervenção da enfermeira e que não tinha necessidade de intervenção. Contudo, dada a dependência de “A” considerava uma “mais valia” a minha intervenção. As atividades programadas para cada visita incluíram treino de marcha com “A”, ensinamentos sobre prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, ensinamentos sobre segurança do medicamento, estimulação cognitiva, adaptação das condições ambientais, intervenção a nível do *coping* familiar com a família extensa. Em cada sessão era feita validação da informação prestada na visita anterior.

Com o avançar das semanas foi notória a adaptação da família. “A” apresentava maior agilidade nos movimentos e mostrava com agrado as pequenas conquistas em termos de movimentação que apresentava, “G” reformulava os ensinamentos com agilidade mostrando orgulho na comunicação. A visita domiciliária das terças feiras era esperada com agrado por ambos os elementos da família. Com a família extensa foi feita entrevista telefónica que do mesmo modo mostrou agrado pelas melhorias apresentadas pelos pais.

A intervenção semanal foi possível graças ao projeto desenvolvido durante o estágio. Teve ganhos em saúde em termos de manutenção da autonomia da família, mas também no combate ao isolamento, mas sobretudo em termos de satisfação pessoal.

5 - Conclusão

A realização deste estudo de caso, aliada à prática clínica, proporcionou a aplicação prática de todos os conhecimentos teóricos adquiridos, promovendo uma percepção clara da importância da abordagem familiar na intervenção individual. Não é possível efetuar uma intervenção que responda plenamente às necessidades da família sem compreender a sua dinâmica e as necessidades que esta apresenta. Durante este estudo de caso, destacou-se a relevância da família como unidade de cuidados, reconhecendo que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar engloba vários níveis de prevenção. Ficou patente que uma intervenção adequada nestas situações desafiantes requer a consideração das respostas individuais e familiares face a diferentes condições de saúde e doença.

A utilização do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar permitiu uma visão global da família, o seu funcionamento e a interação quer entre os diferentes elementos da família nuclear assim como com elementos externos à família.

Com o apoio da família alargada e o desenvolvimento de um projeto durante o estágio, foi possível manter uma intervenção regular e sistemática, que contribuiu para os ganhos em saúde e para a satisfação da família "S". Para além dos benefícios em termos de autonomia, a intervenção teve também um impacto positivo no combate ao isolamento social, proporcionando à família um ambiente de apoio e cuidado.

O trabalho realizado com a família "S" demonstrou a importância da avaliação contínua, da adaptação do plano de cuidados e do apoio familiar para alcançar resultados positivos em termos de saúde e bem-estar. A intervenção não só promoveu a melhoria da condição física e autonomia da família, como também fortaleceu os laços familiares e contribuiu para a sua qualidade de vida global.

Referências Bibliográficas

- Araújo, I. M. B., Simões, M. C. O., & Fernandes, J. F. F. (2017). Aplicação do Modelo de Avaliação Calgary em Famílias com Idosos: Contextos, Crenças e Valores. *Revista investigação em enfermagem*. Número 18, Série 2.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2004). *The Expanded Family Life Cycle*. 3rd Edition. Person Education
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE®(2015). 5a ed.. Ordem dos Enfermeiros.
- Constituição da República Portuguesa. (2005) Artigo 67.º: Família
- Figueiredo, M. H. (2012), Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - uma abordagem colaborativa em enfermagem familiar. Lusociência.
- Lei n.º 135/2018, Regulamento n.º 428/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar *Diário da República* N.º 135, 2ª Série
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.
- Walsh, F. (2016). Em F. Walsh, *Processos normativos da família* . Artmed Editora LTDA.
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca

Apêndices (b)

Apêndice 1(b) – Índice de Barthel aplicado a “A”

Índice de Barthel aplicado a "A"

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: <input type="checkbox"/> 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho <input type="checkbox"/> 0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	1
B. Actualmente, consegue tomar banho: <input type="checkbox"/> 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro <input type="checkbox"/> 0 Não consegue tomar banho sozinho	0
C. Actualmente, consegue vestir-se: <input type="checkbox"/> 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) <input type="checkbox"/> 0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	0
D. Actualmente, consegue alimentar-se: <input type="checkbox"/> 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. <input type="checkbox"/> 0 Não consegue alimentar-se sozinho	1
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? <input type="checkbox"/> 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) <input type="checkbox"/> 1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira <input type="checkbox"/> 0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	1
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 2 Consegue subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 0 Não consegue subir ou descer escadas	1
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se <input type="checkbox"/> 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andariço, canadiana, etc.) <input type="checkbox"/> 2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas <input type="checkbox"/> 0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	2
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal <input type="checkbox"/> 2 Controla bem esta função <input type="checkbox"/> 1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes <input type="checkbox"/> 0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	1
I Actualmente, controla a função urinária <input type="checkbox"/> 2 Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos <input type="checkbox"/> 1 Perde urina acidentalmente <input type="checkbox"/> 0 Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	1
J Actualmente, consegue ir à casa de banho <input type="checkbox"/> 2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho <input type="checkbox"/> 0 Não consegue ir à casa de banho sozinho	1
PONTUAÇÃO FINAL	9

Fonte: Versão validada por Araújo et al., 2007 e fornecida pela autora

Nível de dependência avaliado pelo Índice de Barthel
 Total dependência = 0-8
 Dependência grave = 9-12
 Dependência moderada = 13-19
 Independência total = 20

Preenchido por Ana Pinheiro
Dezembro 2023

Apêndice 2(b) - Escala de Lawton & Brody aplicada a "A"

Escala de Lawton & Brody aplicada a "A"

Escala de Lawton y Brody	Pontuação
1 Capacidade para usar o telefone: 3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares 1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone	1
2 Fazer compras: 3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 <input type="checkbox"/> Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras	0
3 Preparação da comida: 3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha 2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 <input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	0
4 Cuidado com a casa: 4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa 0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	0
5 Lavar a roupa: 2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	0
6 Usar os meios de transporte: 4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 <input type="checkbox"/> Não viaja	1
7 Responsabilidade com a sua medicação: 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	0
8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... .. 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro	0
PONTUAÇÃO FINAL	2

Apêndice 3(b) – Índice de Barthel aplicado a “G”

Índice de Barthel aplicado a "G"

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: <input type="checkbox"/> 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho <input type="checkbox"/> 0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	1
B. Actualmente, consegue tomar banho: <input type="checkbox"/> 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro <input type="checkbox"/> 0 Não consegue tomar banho sozinho	1
C. Actualmente, consegue vestir-se: <input type="checkbox"/> 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) <input type="checkbox"/> 0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	2
D. Actualmente, consegue alimentar-se: <input type="checkbox"/> 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. <input type="checkbox"/> 0 Não consegue alimentar-se sozinho	2
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? <input type="checkbox"/> 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) <input type="checkbox"/> 1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira <input type="checkbox"/> 0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	3
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 2 Consegue subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas <input type="checkbox"/> 0 Não consegue subir ou descer escadas	1
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se <input type="checkbox"/> 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andariço, canadiana, etc.) <input type="checkbox"/> 2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas <input type="checkbox"/> 0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	3
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal <input type="checkbox"/> 2 Controla bem esta função <input type="checkbox"/> 1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes <input type="checkbox"/> 0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	2
I Actualmente, controla a função urinária <input type="checkbox"/> 2 Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos <input type="checkbox"/> 1 Perde urina acidentalmente <input type="checkbox"/> 0 Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	2
J Actualmente, consegue ir à casa de banho <input type="checkbox"/> 2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho <input type="checkbox"/> 1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho <input type="checkbox"/> 0 Não consegue ir à casa de banho sozinho	2
PONTUAÇÃO FINAL	19

Fonte: Versão validada por Araújo et al., 2007 e fornecida pela autora

Nível de dependência avaliado pelo Índice de Barthel
 Total dependência = 0-8
 Dependência grave = 9-12
 Dependência moderada = 13-19
 Independência total = 20

Preenchido por Ana Pinheiro
Dezembro 2023

Apêndice 2(b) – Escala de Lawton & Brody aplicada a “A”

Escala de Lawton & Brody aplicada a "G"

Escala de Lawton y Brody	Pontuação
1 Capacidade para usar o telefone: 3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares 1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone	3
2 Fazer compras: 3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 <input type="checkbox"/> Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras	0
3 Preparação da comida: 3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha 2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 <input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	2
4 Cuidado com a casa: 4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa 0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	1
5 Lavar a roupa: 2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	0
6 Usar os meios de transporte: 4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 <input type="checkbox"/> Não viaja	1
7 Responsabilidade com a sua medicação: 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	2
8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... .. 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro	0
PONTUAÇÃO FINAL	9

Preenchido por Ana Pinheiro
Dezembro 2023

Apêndice 5(b) – Escala de Morse

Escala de Morse aplicada a "A"

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25 ✓
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15 ✓
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 ✓ 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20 ✓
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 ✓ 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15 ✓

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Escala:

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);

Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);

Alto risco (≥ 51 pontos)

Escala de Morse aplicada a "G"

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25 ✓
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15 ✓
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 ✓ 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20 ✓
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 ✓ 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15 ✓

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Total: 50

Escala:

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);

Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);

Alto risco (≥ 51 pontos)

Calculado por Ana Pinheiro
Dezembro 2023