

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde Universidade
do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

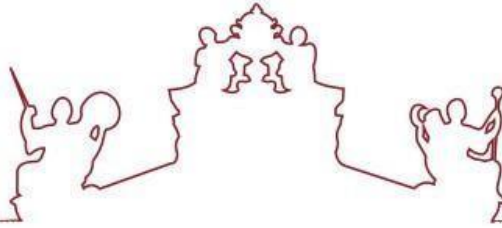
Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa- O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Paulo Jorge Barroso Toscano

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde Universidade
do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

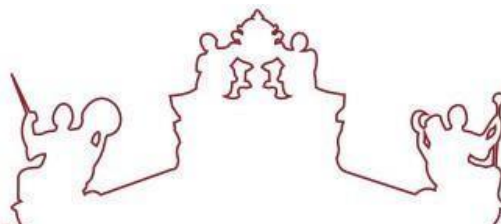
Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa- O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Paulo Jorge Barroso Toscano

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

- Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde)
- Vogais | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora) (Orientador)
Joana Rita Pimenta Nobre (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

DEDICATÓRIA

Aos que permanecem em mim.

Ao meu avô Tonho, à minha tia Guida e à minha tia Teresa, que já não estão fisicamente presentes, mas que continuam vivos naquilo que sou e em tudo o que faço.

Foram, em vida, pilares fundamentais para mim, fontes de ensinamento e de inspiração. Em cada conquista, levo comigo um pouco de vocês.

Esta vitória também é vossa.

Com saudade e amor.

AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório de estágio só foi possível graças ao apoio e colaboração de várias pessoas, às quais desejo expressar o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira, pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento ao longo de todo este percurso, contributos fundamentais para a concretização deste relatório.

À Enfermeira Especialista Sandra, pela constante presença, dedicação e apoio demonstrados durante o estágio.

À equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Familiar onde decorreu o estágio, pelo acolhimento e colaboração ao longo deste percurso formativo.

Aos colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela partilha de experiências, espírito de ajuda e companheirismo ao longo desta etapa.

Aos colegas do Serviço de Urgência Polivalente da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, pelo apoio e compreensão ao longo deste período.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus pais, pela confiança e motivação constante, pelos valores transmitidos ao longo da vida e acima de tudo por me incentivarem sempre a procurar fazer mais e melhor.

À minha namorada, Catarina, pelo amor, carinho, compreensão e por ter estado sempre ao meu lado ao longo deste percurso, sendo um apoio fundamental nos momentos mais exigentes.

Por fim, deixo também uma palavra a mim próprio, pelo compromisso em continuar a evoluir e a construir o meu caminho.

RESUMO

Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa- O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Este relatório apresenta uma análise das atividades desenvolvidas durante o estágio numa Unidade de Saúde Familiar do Alentejo Central, que contribuíram para a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

A prática desenvolvida centrou-se na prestação de cuidados à família, com enfoque na capacitação da pessoa idosa para a gestão adequada da terapêutica medicamentosa. O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crónicas têm conduzido a uma maior prevalência de polimedicação nos idosos, podendo comprometer a sua segurança e qualidade de vida. Neste contexto, foi desenvolvida uma intervenção individualizada, orientada para a promoção da autogestão segura da medicação, através de estratégias ajustadas às capacidades de cada idoso, favorecendo a adesão terapêutica e contribuindo para ganhos em saúde no contexto familiar.

Palavras-chave: Idosos; Polimedicação; Gestão Medicamentosa; Enfermagem; Saúde Familiar.

ABSTRACT

Medication Management in Older Adults – The Role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing

This report presents an analysis of the activities carried out during the placement at a Family Health Centre in Central Alentejo, which contributed to the acquisition and consolidation of the core competencies of a specialist nurse and the specific competencies of a specialist nurse in Family Health Nursing, as well as to the attainment of a Master's degree.

The clinical practice focused on providing care to families, with an emphasis on empowering older adults to manage their medication appropriately. Population ageing and the rise in chronic diseases have led to a higher prevalence of polypharmacy among older adults, which can compromise their safety and quality of life. In this context, an individualised intervention was developed, aimed at promoting the safe self-management of medication through strategies tailored to the capabilities of each elderly person, thereby encouraging adherence to treatment and contributing to health improvements within the family context.

Keywords: Elderly; Polypharmacy; Medication Management; Nursing; Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's- Atividades de Vida Diárias

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DM- Diabetes Mellitus

EEESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

HTA- Hipertensão Arterial

INR- *International Normalized Ratio*

MCAIF- Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNV- Plano Nacional de Vacinação

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UÉESESJD- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSAC- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1.	Introdução	13
2.	Enquadramento Teórico.....	16
2.1.	Envelhecimento, Polimedicação e Gestão Medicamentosa	16
2.2.	Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica Medicamentosa	19
2.3.	Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	22
2.4.	Enfermagem de Saúde Familiar	25
2.5.	Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.....	28
3.	Análise do contexto do Estágio	34
4.	A Família como Unidade de Cuidados	37
4.1.	Metodologia	37
4.2.	Diagnóstico: Avaliação do Conhecimento da Pessoa Idosa sobre a Gestão da Terapêutica Medicamentosa	39
4.3.	Avaliação e Intervenção Familiar	42
4.3.1.	Avaliação e Intervenção da Família 1.....	42
4.3.2.	Avaliação e Intervenção da Família 2.....	53
5.	Análise reflexiva sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas no contexto do Estágio	64
6.	Análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas.....	68
6.1.	Competências comuns do enfermeiro especialista	68
6.2.	Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.....	70
6.3.	Competências de mestre	71
7.	Conclusão.....	74
8.	Referências bibliográficas.....	76

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices A- Declaração de Consentimento Informado.....	80
Apêndices B- Entrevista Semi-Estruturada.....	81
Apêndices C- Genograma da Família 1.....	82
Apêndices D- Ecomapa da Família 1.....	83
Apêndices E- Genograma da Família 2.....	84
Apêndices F- Ecomapa da Família 2.....	85

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos A- Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)	86
Anexos B- APGAR Familiar (Smilkstein, 1978)	88
Anexos C- Escala de Graffar, printscreen representativo do Sclínico	89
Anexos D- Ciclo de Vida Familiar de Duvall, printscreen representativo do Sclínico....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.....	33
Figura 2- Pirâmide Etária dos Utentes	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Atividades de Vida Diária da Família 1 segundo o Modelo de Nancy Roper.....	47
Quadro 2- Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico Comprometido .	50
Quadro 3- Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da Doença Comprometida.....	51
Quadro 4- Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da Família sobre a Condição de Saúde do Utente Insuficiente.....	52
Quadro 5- Atividades de Vida Diária da Família 2 segundo o Modelo de Nancy Roper.....	57
Quadro 6- Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico Comprometido .	60
Quadro 7- Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da Doença Comprometida.....	61
Quadro 8- Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação Familiar Não Eficaz.....	62

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular de “Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar com Relatório”, do 9.º Curso de Mestrado de Enfermagem (Curso em associação), na área de especialização de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). Foi proposta a realização de um relatório reflexivo sobre as atividades desenvolvidas no qual se apresente, analise e fundamente a avaliação diagnóstica das famílias e dos seus padrões familiares, constituindo uma oportunidade para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), nomeadamente na avaliação, planeamento e intervenção centrada na família.

Este trabalho teve em consideração as necessidades, prioridades e o contexto da Unidade de Saúde Familiar (USF), permitindo a realização de um diagnóstico adequado das famílias-alvo. Este constituiu a base para o desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção em ESF ao longo do estágio. Assim, o presente trabalho visa apresentar um diagnóstico abrangente e fundamentado das famílias acompanhadas pela USF, tendo em conta a importância de uma prestação de cuidados integrada e contínua nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O relatório foi elaborado sob a orientação da Professora Doutora Ermelinda Caldeira e desenvolvido ao longo do estágio, realizado em dois períodos distintos, entre 22 de abril e 20 de junho de 2025, e posteriormente entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. Este percurso teve como objetivo a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEESF e das competências do grau de mestre em Enfermagem. Neste contexto, foi implementado um projeto de intervenção destinado a promover a adesão e a gestão eficaz da terapêutica medicamentosa em pessoas idosas.

O mundo tem testemunhado uma série de mudanças significativas, quer a nível político, económico, sociodemográfico e cultural, que criaram alterações na estrutura familiar, na tipologia, configuração e dinâmica da mesma. A ESF surgiu para responder às novas necessidades apresentadas pelas mudanças familiares, que se encontram em constante desenvolvimento. Procura fornecer aos enfermeiros os recursos e ferramentas

necessárias para compreender e intervir nas complexidades familiares. Para isso é necessário capacitar os enfermeiros para a melhoria do conhecimento e a compreensão das dinâmicas familiares, com a criação do enfermeiro de família (Henriques & Santos, 2019).

A escolha do tema “Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa: O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar” justifica-se pela relevância deste tema, particularmente na minha experiência enquanto enfermeiro num serviço de Urgência Polivalente, onde recorrentemente enfrento situações que evidenciam esta problemática. Como futuro EEESF, propus-me a acompanhar de forma individualizada a pessoa idosa, promovendo a autogestão segura da polimedicação através de estratégias adaptadas às suas capacidades, de modo a favorecer a adesão terapêutica, reduzir riscos, reforçar a segurança e contribuir para ganhos em saúde e qualidade de vida no contexto familiar.

A realização do estágio teve como objetivo geral desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESF, através da prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, com ênfase na promoção da saúde de famílias idosas e na adesão e gestão eficaz da sua terapêutica medicamentosa.

Definiram-se como objetivos específicos do estágio:

- Contribuir para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional;
- Desenvolver competências de pesquisa e inovação em ESF;
- Aprimorar habilidades de comunicação e relações interpessoais;
- Realizar o diagnóstico de saúde das famílias, identificando necessidades, potencialidades e fatores de risco ao longo do ciclo vital, com especial atenção às famílias com elementos idosos;
- Implementar cuidados de enfermagem centrados na família enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação e a corresponsabilização dos seus membros na gestão da saúde e da terapêutica;
- Promover a adesão e a gestão eficaz da terapêutica medicamentosa nas famílias idosas, através de intervenções educativas, acompanhamento próximo e articulação com a equipa de saúde e cuidadores;
- Avaliar o impacto das intervenções de ESF, analisando mudanças nos comportamentos de saúde, na adesão terapêutica e no nível de autonomia das famílias.

Para a concretização dos objetivos previamente definidos, foi desenvolvido, ao longo do estágio numa USF do Alentejo Central, um projeto baseado numa abordagem de avaliação e intervenção familiar, tendo como referenciais teóricos a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

Ao longo do relatório final de estágio são apresentados oito capítulos principais que estruturam e fundamentam o percurso formativo desenvolvido no âmbito do estágio em ESF. Inicia-se com a introdução ao tema, seguindo-se o enquadramento teórico que sustenta a intervenção do EEESF junto da pessoa idosa com dificuldades na gestão medicamentosa. A análise do contexto de estágio permite compreender o cenário em que decorreram as atividades, sendo posteriormente apresentada a metodologia do projeto, na qual se explicita a abordagem adotada e as estratégias de recolha e análise de dados. Segue-se o diagnóstico de situação, que permitiu identificar as principais necessidades das famílias acompanhadas, sendo posteriormente apresentada a avaliação e intervenção familiar com base no MCAIF e a análise reflexiva das atividades desenvolvidas. Por fim, a análise das competências desenvolvidas reflete o crescimento profissional alcançado, culminando com a conclusão, na qual se sintetizam os principais contributos deste percurso para a construção da minha identidade profissional enquanto futuro EEESF.

Este relatório de estágio foi elaborado através das normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora (UÉESESJD), está redigido ao abrigo do Acordo Ortográfico da língua portuguesa em vigor e segue as normas da 7^a edição da *American Psychological Association*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ENVELHECIMENTO, POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO MEDICAMENTOSA

O envelhecimento demográfico constitui um dos principais desafios de saúde pública do século XXI. A nível global, prevê-se que até 2050 a população com idade igual ou superior a 65 anos duplique, representando uma proporção crescente da população mundial (Durán-Luque et al., 2026). Este fenómeno está diretamente associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas e, conseqüentemente, da multimorbilidade e da polimedicação. Em Portugal, tal como em grande parte da Europa, verifica-se um crescimento significativo da população com 65 ou mais anos, resultado do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de natalidade.

O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações fisiológicas progressivas que influenciam diretamente a resposta do organismo aos medicamentos. As principais modificações afetam diversos sistemas orgânicos, incluindo o sistema cardiovascular, renal, hepático e neurológico. Estas modificações influenciam a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, aumentando a vulnerabilidade do idoso a efeitos adversos, interações medicamentosas e toxicidade cumulativa. A diminuição da função renal e hepática, bem como alterações na composição corporal do idoso e na sensibilidade dos recetores farmacológicos, tornam esta população particularmente suscetível a problemas relacionados com os medicamentos (Plácido et al., 2021).

A multimorbilidade, definida como a coexistência de duas ou mais doenças crónicas, afeta mais de metade da população idosa e encontra-se associada a maior declínio funcional, pior qualidade de vida e aumento da utilização dos serviços de saúde (Durán-Luque et al., 2026). A gestão simultânea de múltiplas patologias conduz frequentemente à prescrição de vários fármacos, configurando o fenómeno da polimedicação. Esta é geralmente definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (Durán-Luque et al., 2026), sendo altamente prevalente em países de rendimento elevado.

Embora a polimedicação possa ser clinicamente justificada em determinados contextos, associa-se a riscos significativos, nomeadamente interações medicamentosas, reações adversas, duplicações terapêuticas e não adesão. A revisão sistemática de Durán-Luque et al. (2026) demonstra que idosos com multimorbilidade e polimedicação apresentam maior risco de readmissões hospitalares e complicações clínicas, ainda que a evidência disponível apresente limitações metodológicas.

Para além dos riscos inerentes à complexidade farmacológica, a não adesão terapêutica constitui um problema central. Gomes et al. (2020) verificaram que 47,7% dos idosos polimedicados avaliados foram considerados não aderentes, identificando como principais fatores o esquecimento, dificuldades na gestão da medicação, preocupações com efeitos adversos e custos dos medicamentos. Estes dados evidenciam que a gestão medicamentosa não depende exclusivamente da prescrição adequada, mas também da capacidade do idoso para integrar o regime terapêutico na sua rotina diária.

A experiência subjetiva da polimedicação é igualmente relevante. A meta-síntese qualitativa de Xin et al. (2025) revelou que os idosos com múltiplas doenças crónicas experienciam dificuldades significativas associadas à gestão de múltiplos medicamentos, incluindo confusão, medo de efeitos adversos, sobrecarga terapêutica e impacto emocional. Os autores salientam que a baixa adesão está frequentemente relacionada com fraca literacia em saúde, crenças negativas acerca da medicação e ausência de apoio familiar. Estes fatores reforçam a necessidade de abordagens centradas na pessoa e na família.

A perceção dos profissionais de saúde também contribui para compreender o fenómeno. Plácido et al. (2021) identificaram, através de grupos focais com médicos, enfermeiros e farmacêuticos, que a polimedicação e a má adesão constituem um ciclo vicioso, frequentemente perpetuado por falhas na comunicação entre profissionais e pela fragmentação dos cuidados. A existência de múltiplos prescritores e a ausência de centralização da terapêutica aumentam o risco de duplicações e interações medicamentosas.

No que concerne à deteção de não adesão e interações medicamentosas, David et al. (2024) demonstraram que a utilização de um teste diagnóstico específico permitiu aumentar significativamente a identificação de casos de não adesão e de interações fármaco-fármaco, conduzindo a maior número de intervenções clínicas adequadas. Estes

resultados sugerem que estratégias sistemáticas de monitorização podem melhorar a gestão terapêutica em doentes polimedicados.

Apesar das diferentes intervenções descritas na literatura, a evidência quanto ao impacto na adesão permanece heterogénea. A revisão de Durán-Luque et al. (2026) evidenciou melhoria modesta da adesão quando medida por determinadas escalas, mas ausência de efeitos consistentes noutras medidas. Tal reforça que a adesão é um fenómeno multifatorial, influenciado por fatores cognitivos, emocionais, sociais e organizacionais.

Entre as principais barreiras à gestão medicamentosa destacam-se os défices cognitivos associados ao envelhecimento, a baixa literacia em saúde e a organização inadequada do sistema de cuidados. Xin et al. (2025) sublinham que a redução da capacidade cognitiva compromete a autogestão terapêutica, enquanto Gomes et al. (2020) associam dificuldades na organização dos medicamentos a maior risco de não adesão. Por sua vez, Plácido et al. (2021) destacam a fragmentação do sistema e a insuficiente comunicação entre profissionais como fatores facilitadores de problemas relacionados com medicamentos.

Neste contexto, o papel do enfermeiro assume particular relevância. As intervenções lideradas por profissionais de saúde, nomeadamente em contexto comunitário, podem contribuir para a capacitação do idoso na autogestão da terapêutica (Durán-Luque et al., 2026). A educação para a saúde, a revisão terapêutica, o acompanhamento domiciliário e o reforço da literacia constituem estratégias essenciais para reduzir riscos associados à polimedicação. Além disso, a proximidade do enfermeiro à família permite identificar precocemente dificuldades na gestão diária dos medicamentos e promover intervenções individualizadas.

Em suma, o envelhecimento populacional associa-se a aumento da multimorbilidade e polimedicação, configurando um desafio complexo para os sistemas de saúde. A evidência científica demonstra que a polimedicação está associada a riscos clínicos significativos, dificuldades na adesão e impacto negativo na qualidade de vida. A abordagem deste fenómeno exige estratégias integradas, centradas na pessoa, com envolvimento multiprofissional e foco na capacitação para a autogestão. O enfermeiro, enquanto elemento central na equipa de saúde familiar, desempenha um papel determinante na promoção de uma gestão medicamentosa segura, eficaz e adaptada às necessidades do idoso e da sua família.

2.2. LITERACIA EM SAÚDE E ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

A literacia em saúde constitui atualmente um dos determinantes fundamentais da saúde, assumindo particular relevância na população idosa, frequentemente caracterizada por multimorbilidade, polimedicação e maior vulnerabilidade socioeconómica. De acordo com Sørensen et al. (2012), a literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, com vista à tomada de decisões informadas no quotidiano. Este conceito integra não apenas a compreensão da informação clínica, mas também a capacidade de navegação nos sistemas de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde.

A abordagem europeia operacionalizou este conceito através do European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU), instrumento que avalia três domínios fundamentais: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, articulados com quatro processos cognitivos – aceder, compreender, avaliar e aplicar informação (Perpétuo et al., 2025). Esta perspetiva multidimensional permite uma análise abrangente das competências individuais e evidencia que a literacia em saúde ultrapassa a simples capacidade de leitura, envolvendo também competências críticas e decisórias.

A evidência demonstra que os níveis de literacia em saúde tendem a diminuir com o envelhecimento. No contexto português, estudos indicam que uma percentagem significativa da população apresenta níveis problemáticos ou inadequados de literacia, sendo os idosos e os indivíduos com menor escolaridade e rendimento os mais afetados (Pedro et al., 2016). No estudo conduzido por Perpétuo et al. (2025), realizado com idosos de baixo rendimento da região da Beira e Serra da Estrela, verificou-se que 87,8% dos participantes apresentavam níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde. Estes resultados evidenciam a existência de desigualdades estruturais que condicionam o acesso à informação e a capacidade de gestão autónoma da saúde.

Paralelamente, a investigação internacional reforça esta associação entre envelhecimento e declínio da literacia. Pagán e Schmitter-Edgecombe (2026) demonstraram que a literacia em saúde está significativamente associada a domínios

cognitivos como memória, função executiva e atenção/memória de trabalho. Os autores verificaram que níveis mais elevados de literacia se associam a melhor desempenho cognitivo e a maior envolvimento em comportamentos promotores de envelhecimento saudável. Estes resultados sugerem que a literacia em saúde não depende exclusivamente da escolaridade, mas também das capacidades cognitivas necessárias para interpretar informação complexa e tomar decisões informadas.

Um dos impactos mais relevantes da literacia em saúde na população idosa prende-se com a adesão à terapêutica medicamentosa. A adesão terapêutica é definida como o grau em que o comportamento do indivíduo corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde relativamente à toma de medicação, dieta ou alterações do estilo de vida. A evidência demonstra que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a dificuldades na compreensão das instruções terapêuticas, interpretação incorreta das doses e maior probabilidade de interrupção do tratamento (Perpétuo et al., 2025).

No estudo de Perpétuo et al. (2025), verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre literacia em saúde e adesão medicamentosa, demonstrando que indivíduos com melhor literacia apresentam maior probabilidade de cumprir o regime terapêutico prescrito. Adicionalmente, fatores como o nível de escolaridade e a capacidade económica revelaram-se determinantes tanto para a literacia como para a adesão, evidenciando a interligação entre determinantes sociais e resultados em saúde.

Intervenções educativas inovadoras têm sido exploradas como estratégia para melhorar a adesão e a literacia. Poorcheraghi et al. (2025), num ensaio clínico randomizado, avaliaram o impacto de uma intervenção baseada em microlearning na população idosa com multimorbilidade. Os resultados demonstraram uma melhoria significativa na adesão medicamentosa no grupo de intervenção, com um efeito clínico moderado a elevado. Contudo, apesar do aumento dos níveis médios de literacia em saúde, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos nesta variável. Estes dados sugerem que a adesão pode ser influenciada por estratégias educativas focadas e de curta duração, enquanto a literacia, enquanto constructo mais complexo e multidimensional, poderá exigir intervenções mais prolongadas e integradas.

A relação entre literacia em saúde e comportamentos de saúde vai além da adesão medicamentosa. Pagán e Schmitter-Edgecombe (2026) demonstraram que a literacia em saúde prediz significativamente o envolvimento em comportamentos de envelhecimento saudável, mesmo após controlo de variáveis como idade, escolaridade e desempenho cognitivo. Este achado reforça a ideia de que a literacia funciona como um fator transversal que influencia múltiplas dimensões do autocuidado.

No contexto da prática de enfermagem, estes resultados assumem particular relevância. O enfermeiro, enquanto profissional de proximidade e educador em saúde, desempenha um papel central na avaliação e promoção da literacia em saúde. A identificação precoce de dificuldades na compreensão da informação terapêutica permite adaptar a comunicação, utilizar linguagem simples, recorrer a estratégias visuais e confirmar a compreensão através da técnica do “teach-back”. Além disso, a intervenção deve considerar os determinantes sociais, como a escolaridade e as dificuldades económicas, que podem condicionar a gestão terapêutica.

A promoção da literacia em saúde deve integrar-se numa abordagem sistémica, envolvendo não apenas a educação individual, mas também a simplificação da comunicação institucional e o desenvolvimento de materiais acessíveis. Como demonstrado por Perpétuo et al. (2025), fatores económicos influenciam simultaneamente literacia e adesão, pelo que estratégias isoladas poderão revelar-se insuficientes se não forem acompanhadas de medidas de apoio social.

Em síntese, a literacia em saúde constitui um determinante crítico da adesão terapêutica e da segurança medicamentosa na pessoa idosa. A evidência demonstra que níveis reduzidos de literacia se associam a maior vulnerabilidade, pior gestão da doença crónica e menor envolvimento em comportamentos promotores de saúde. Intervenções educativas inovadoras, como o microlearning, revelam potencial na melhoria da adesão, embora a promoção sustentada da literacia exija abordagens multidimensionais e continuadas. O enfermeiro assume, neste contexto, um papel estratégico na capacitação da pessoa idosa, contribuindo para a tomada de decisão informada, autonomia e melhoria dos resultados em saúde.

2.3. TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, desenvolvida por Dorothea Orem, constitui um dos referenciais teóricos mais relevantes na enfermagem, sendo amplamente utilizada na prática clínica, na investigação e no ensino. Esta teoria parte do pressuposto de que os indivíduos possuem capacidade e responsabilidade para cuidar de si próprios, sendo a intervenção do enfermeiro necessária quando essa capacidade se encontra comprometida ou insuficiente para responder às necessidades de saúde. Assim, a enfermagem surge como uma resposta ao défice existente entre aquilo que a pessoa consegue fazer por si própria e aquilo que necessita de realizar para manter ou recuperar a saúde (Tanaka, 2022).

O conceito central desta teoria é o autocuidado, que corresponde ao conjunto de atividades realizadas pelas pessoas com o objetivo de manter a vida, preservar a saúde e promover o bem-estar. Estas atividades podem incluir comportamentos relacionados com a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão de condições de saúde já existentes. Segundo Orem, o autocuidado faz parte da vida quotidiana dos indivíduos e representa um processo intencional através do qual a pessoa procura manter o equilíbrio físico, psicológico e social (Tanaka, 2022). Neste sentido, o autocuidado assume particular importância em pessoas com doenças crónicas ou em populações envelhecidas, uma vez que a capacidade para gerir a própria saúde pode influenciar diretamente a qualidade de vida e a autonomia funcional.

Associado ao conceito de autocuidado encontra-se o conceito de agência de autocuidado, que corresponde à capacidade que o indivíduo possui para realizar as atividades necessárias ao cuidado de si próprio. Esta capacidade depende de diferentes fatores, tais como o nível de conhecimentos, as competências adquiridas, a motivação, as condições físicas e cognitivas e o apoio social disponível. De acordo com Tanaka (2022), a agência de autocuidado pode variar ao longo da vida e ser influenciada por fatores como o envelhecimento, a presença de doença ou as condições do ambiente em que a pessoa vive. Assim, a avaliação da capacidade de autocuidado torna-se essencial na prática de enfermagem, permitindo identificar limitações e orientar intervenções que promovam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo.

Outro conceito fundamental na Teoria de Orem é o de exigência terapêutica de autocuidado, que corresponde ao conjunto de ações que o indivíduo necessita de realizar para responder às suas necessidades de saúde. Estas exigências podem incluir, por exemplo, a adoção de hábitos de vida saudáveis, a monitorização de sinais e sintomas, a adesão a regimes terapêuticos e a gestão de tratamentos farmacológicos. Quando a capacidade da pessoa para realizar estas ações é inferior às exigências necessárias, ocorre aquilo que Orem designa como défice de autocuidado (Tanaka, 2022). Nestas situações, torna-se necessária a intervenção de enfermagem, com o objetivo de apoiar a pessoa na realização das atividades de autocuidado ou de desenvolver as competências necessárias para que esta consiga realizá-las de forma autónoma.

A literatura evidencia que a Teoria do Défice de Autocuidado tem sido utilizada como base para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem destinadas a promover a autonomia e melhorar os resultados em saúde. De acordo com Sabo e Revell (2024), a promoção do autocuidado constitui um elemento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, particularmente em populações idosas, nas quais a presença de doenças crónicas pode exigir uma maior participação do indivíduo na gestão da sua saúde. Os autores referem que estratégias de educação e capacitação podem contribuir para melhorar os comportamentos de autocuidado e promover uma maior participação dos doentes nas decisões relacionadas com a sua saúde.

No âmbito da Teoria de Orem, a relação entre a capacidade de autocuidado do indivíduo e as exigências terapêuticas determina a necessidade de intervenção de enfermagem. Quando existe equilíbrio entre estas duas dimensões, a pessoa consegue gerir de forma autónoma as suas necessidades de saúde. No entanto, quando as exigências ultrapassam a capacidade da pessoa para responder a essas necessidades, surge um défice de autocuidado, tornando necessária a intervenção do enfermeiro. Este défice pode ocorrer em diferentes situações, nomeadamente quando o regime terapêutico é complexo, quando existem dificuldades de compreensão da informação relacionada com a saúde ou quando a pessoa apresenta limitações físicas ou cognitivas que dificultam a gestão da sua condição de saúde.

Um exemplo frequente de exigência de autocuidado na prática clínica é a gestão da terapêutica medicamentosa, particularmente em pessoas idosas com polimedicação. Nestes

casos, a necessidade de administrar múltiplos medicamentos, compreender os horários de toma e reconhecer possíveis efeitos adversos pode constituir um desafio significativo para muitos doentes. De acordo com a literatura, a complexidade dos regimes terapêuticos pode contribuir para o desenvolvimento de défices de autocuidado, aumentando o risco de erros na toma da medicação e comprometendo a adesão terapêutica (Tanaka, 2022).

Quando ocorre um défice de autocuidado, o enfermeiro assume um papel fundamental no apoio ao indivíduo, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências que permitam melhorar a gestão da sua saúde. Neste contexto, a Teoria de Orem descreve diferentes sistemas de enfermagem, que orientam a forma como os cuidados são prestados. Estes sistemas incluem o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. No sistema totalmente compensatório, o enfermeiro assume integralmente a realização das atividades de cuidado, situação que ocorre quando o indivíduo apresenta incapacidade total para realizar autocuidado. No sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro e o indivíduo partilham responsabilidades na realização dos cuidados. Por sua vez, no sistema de apoio-educação, o enfermeiro desempenha sobretudo um papel de orientação e ensino, ajudando a pessoa a desenvolver as competências necessárias para cuidar de si própria (Tanaka, 2022).

A aplicação do sistema de apoio-educação tem sido amplamente utilizada em intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas com doenças crónicas. Um estudo realizado por Li et al. (2025) avaliou os efeitos de um programa educativo baseado na Teoria do défice de autocuidado em doentes idosos com cancro da próstata, demonstrando melhorias significativas na qualidade de vida, na autoeficácia e na satisfação com os cuidados de enfermagem. Os resultados sugerem que intervenções educativas baseadas nesta teoria podem contribuir para aumentar a capacidade dos indivíduos para gerir a sua condição de saúde e participar de forma mais ativa no processo terapêutico.

De forma semelhante, outros estudos têm demonstrado que intervenções baseadas na promoção do autocuidado podem melhorar diferentes indicadores de saúde, reforçando a importância do papel do enfermeiro na capacitação das pessoas para a gestão da sua saúde. Segundo Sabo e Revell (2024), a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e utente constitui um elemento essencial para promover o envolvimento do indivíduo no processo de autocuidado, facilitando a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Deste modo, a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem fornece um enquadramento conceptual relevante para a prática de enfermagem, permitindo compreender de que forma a capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio influencia a gestão da saúde. A identificação de défices de autocuidado e a implementação de intervenções educativas e de suporte constituem estratégias fundamentais para promover a autonomia dos indivíduos e melhorar os resultados em saúde. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central na capacitação das pessoas para a gestão da sua condição de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de competências que permitam uma maior autonomia e qualidade de vida.

2.4. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A ESF tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no contexto dos cuidados de saúde, particularmente nos CSP, onde a proximidade à comunidade e às famílias permite uma abordagem mais integrada das necessidades em saúde. Tradicionalmente, os cuidados de saúde centravam-se predominantemente no indivíduo enquanto portador de doença; contudo, ao longo das últimas décadas, verificou-se uma mudança conceptual que reconhece a família como um elemento fundamental no processo de saúde-doença. Esta mudança deve-se, em grande parte, à evidência de que a saúde e a doença não afetam apenas o indivíduo, mas também todo o sistema familiar em que este se insere.

A origem da ESF está associada ao desenvolvimento de modelos teóricos que defendem a família como unidade de cuidados. Neste contexto, surge o conceito de *Family Systems Nursing*, que considera a família como um sistema interdependente no qual as experiências, comportamentos e estados de saúde de um membro influenciam diretamente os restantes membros da família (Svavarsdottir et al., 2024). Esta perspetiva contribuiu para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem orientadas para a família, reconhecendo que a compreensão das dinâmicas familiares é essencial para a prestação de cuidados eficazes.

A transição do cuidado centrado exclusivamente no indivíduo para uma abordagem centrada na família surge da necessidade de compreender o impacto que os problemas de

saúde exercem sobre a vida familiar. Quando um indivíduo adoece, especialmente em situações de doença crônica ou dependência, toda a família é afetada, ocorrendo frequentemente alterações nos papéis familiares, nas responsabilidades de cuidado e na organização da vida quotidiana. Neste sentido, os cuidados de enfermagem não podem limitar-se apenas ao tratamento da condição clínica do indivíduo, devendo considerar também as necessidades e recursos da família que participa ativamente no processo de cuidado (Mota et al., 2019).

Nos CSP, a abordagem centrada na família assume particular importância, uma vez que estes serviços se caracterizam pela proximidade às comunidades e pela continuidade do acompanhamento ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver uma relação terapêutica com as famílias, permitindo identificar fatores que influenciam a saúde, bem como recursos e vulnerabilidades familiares. A família desempenha frequentemente um papel essencial na prestação de cuidados informais, sobretudo quando se trata de pessoas idosas ou indivíduos com doenças crônicas, sendo muitas vezes responsável pelo apoio nas atividades de vida diária, gestão da terapêutica e acompanhamento em consultas e tratamentos (Kor et al., 2024).

O conceito de família tem evoluído ao longo do tempo, refletindo as mudanças sociais e culturais das sociedades contemporâneas. Atualmente, a família é entendida como um grupo de pessoas que partilham laços afetivos, responsabilidades e apoio mútuo, independentemente da existência de vínculos biológicos ou legais. Assim, a família pode assumir diferentes configurações e estruturas, incluindo famílias nucleares, monoparentais, extensas, reconstituídas ou outras formas de organização familiar. Esta diversidade estrutural reforça a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem as características específicas de cada família, de modo a adaptar as intervenções às suas necessidades e dinâmicas particulares.

Neste sentido, a identificação das diferentes tipologias familiares torna-se relevante na prática de enfermagem, uma vez que a estrutura familiar pode influenciar a forma como os cuidados são prestados e partilhados entre os seus membros. Estudos sobre funcionalidade familiar demonstram que famílias com relações de apoio, comunicação eficaz e cooperação entre os seus membros apresentam maior capacidade para lidar com situações de doença e dependência (Sardinha et al., 2021). Assim, compreender a organização e funcionamento

das famílias permite ao enfermeiro desenvolver intervenções mais adequadas e centradas nas necessidades reais do sistema familiar.

A família pode também ser compreendida como um sistema dinâmico, em constante transformação ao longo do tempo. As interações entre os seus membros são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo aspetos emocionais, sociais, económicos e culturais. Desta forma, qualquer alteração na saúde de um membro da família pode desencadear mudanças significativas na dinâmica familiar, exigindo adaptações e reorganizações nas rotinas e nos papéis familiares.

A presença de doença crónica constitui um exemplo claro do impacto que a doença pode exercer sobre a família. A integração da doença na vida familiar implica frequentemente processos de adaptação contínuos, nos quais os membros da família procuram reorganizar-se para responder às exigências associadas à condição de saúde. Este processo pode gerar sentimentos de vulnerabilidade, sobrecarga e preocupação, afetando o bem-estar emocional e social dos familiares envolvidos no cuidado (Svavarsdottir et al., 2024). Por esta razão, a intervenção dos profissionais de saúde deve considerar não apenas o doente, mas também os familiares que participam no cuidado.

No caso das pessoas idosas com doenças crónicas, a família assume frequentemente o papel de cuidador principal. Os cuidadores familiares são responsáveis por diversas tarefas relacionadas com o cuidado, incluindo apoio nas atividades de vida diária, gestão de medicamentos, monitorização de sintomas e comunicação com os profissionais de saúde. Para desempenharem estas funções de forma eficaz, os cuidadores necessitam de conhecimentos e competências relacionadas com a saúde, designadamente literacia em saúde, que lhes permita compreender e aplicar a informação necessária para a gestão da doença (Kor et al., 2024).

A avaliação familiar constitui, assim, uma componente essencial da prática da ESF. Através da avaliação da funcionalidade familiar, o enfermeiro pode identificar padrões de interação, níveis de apoio entre os membros da família e possíveis fatores de risco que possam comprometer o processo de cuidado. Estudos demonstram que a avaliação da funcionalidade familiar permite desenvolver estratégias de intervenção que promovem o envelhecimento saudável e melhoram a qualidade dos cuidados prestados no contexto familiar (Sardinha et al., 2021).

Para além da avaliação, a capacitação das famílias constitui uma estratégia central na intervenção de enfermagem. A capacitação refere-se ao processo de desenvolvimento de competências, conhecimentos e recursos que permitem às famílias assumir um papel ativo na gestão da saúde e da doença. Através da educação para a saúde, orientação e apoio emocional, os enfermeiros podem fortalecer a capacidade das famílias para enfrentar situações de doença e promover o bem-estar dos seus membros.

A promoção da literacia em saúde é igualmente fundamental neste processo. A literacia em saúde permite que os indivíduos e as famílias acessem, compreendam e utilizem informação relacionada com a saúde para tomar decisões informadas. Níveis adequados de literacia em saúde estão associados a melhores resultados em saúde, melhor adesão terapêutica e maior capacidade para gerir condições crónicas (Kor et al., 2024).

No contexto da gestão da doença crónica, a participação ativa da família é determinante para o sucesso das intervenções de saúde. A família desempenha um papel central no apoio emocional, na vigilância do estado de saúde e na implementação de estratégias de autocuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo doente.

Por fim, a continuidade de cuidados constitui um elemento essencial na abordagem da ESF. A continuidade implica a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e profissionais envolvidos, garantindo que as famílias recebem acompanhamento ao longo do tempo. Nos CSP, esta continuidade permite desenvolver relações de confiança com as famílias, facilitando a identificação precoce de necessidades e a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas adequadas.

Deste modo, a ESF representa uma abordagem fundamental para a promoção da saúde e gestão da doença, reconhecendo que o bem-estar do indivíduo está profundamente interligado com o funcionamento e os recursos da família. Ao centrar os cuidados na família, os profissionais de saúde podem desenvolver intervenções mais abrangentes, eficazes e adaptadas às necessidades reais das pessoas e das suas redes de apoio.

2.5. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O MCAIF constitui um dos referenciais teóricos mais utilizados na ESF para orientar a avaliação e intervenção junto das famílias. Este modelo foi desenvolvido por Wright e

Leahey no Canadá e tem sido amplamente utilizado na prática clínica e na investigação em enfermagem familiar. O seu principal objetivo consiste em oferecer aos profissionais de saúde uma estrutura conceptual que permita compreender a família enquanto unidade de cuidados e apoiar a tomada de decisão clínica baseada na dinâmica familiar (Wright & Leahey, 2012).

O desenvolvimento do MCAIF está associado à necessidade de integrar a família no processo de cuidados em saúde. Tradicionalmente, os cuidados de saúde centravam-se sobretudo no indivíduo enquanto portador de doença; contudo, ao longo das últimas décadas, vários autores passaram a defender que a doença de um membro da família pode afetar todo o sistema familiar. Neste sentido, Wright e Leahey (2012) propuseram um modelo que permitisse avaliar e compreender as interações familiares, bem como orientar intervenções dirigidas não apenas ao indivíduo, mas também ao contexto familiar.

O MCAIF surgiu no âmbito da enfermagem de família e baseia-se em diferentes correntes teóricas, nomeadamente na teoria geral dos sistemas, na teoria da comunicação e na teoria do desenvolvimento familiar. Estas abordagens permitem compreender a família como um sistema dinâmico e interativo, no qual as experiências de um membro influenciam os restantes elementos da família (Wright & Leahey, 2012). O modelo foi posteriormente adaptado e utilizado em diversos contextos de cuidados de saúde, incluindo situações de doença aguda, doença crónica e acompanhamento familiar em CSP.

A literatura evidencia que o MCAIF pode ser utilizado em diferentes contextos de avaliação familiar, permitindo compreender a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento das famílias e identificar tanto as suas fragilidades como os seus recursos. De acordo com estudos baseados neste modelo, a sua utilização possibilita uma melhor compreensão das relações familiares e contribui para a elaboração de planos de cuidados mais adequados às necessidades das famílias (Alarcon et al., 2022).

No âmbito do MCAIF, a família é entendida como um sistema aberto constituído por indivíduos interdependentes que mantêm relações entre si e com o ambiente que os rodeia. Esta perspetiva baseia-se na teoria dos sistemas, segundo a qual qualquer alteração ocorrida num elemento do sistema pode produzir mudanças nos restantes elementos.

Wright e Leahey (2012) referem que a família deve ser considerada uma unidade de cuidados, uma vez que as experiências vividas por um dos seus membros têm repercussões

em todo o sistema familiar. Assim, quando um indivíduo enfrenta uma situação de doença, crise ou transição de vida, os restantes membros da família também são afetados, sendo necessário compreender as interações familiares para uma intervenção adequada.

Esta abordagem sistémica permite aos profissionais de saúde compreender as relações familiares, os papéis desempenhados pelos seus membros e os mecanismos de adaptação utilizados pela família perante situações de adversidade. Desta forma, a avaliação familiar torna-se um elemento essencial na prática de enfermagem, permitindo identificar fatores que influenciam o processo saúde-doença e orientar intervenções mais eficazes.

A interdependência constitui um dos princípios fundamentais da teoria sistémica aplicada à enfermagem familiar. No contexto do MCAIF, considera-se que os membros da família estão ligados por relações de reciprocidade, nas quais as ações, comportamentos e emoções de um membro influenciam os restantes elementos do sistema.

Segundo Wright e Leahey (2012), esta interdependência manifesta-se através das interações familiares, dos padrões de comunicação, das regras familiares e da distribuição de papéis entre os membros da família. Assim, qualquer mudança na vida de um membro da família, como a ocorrência de uma doença ou uma situação de vulnerabilidade, pode provocar alterações no funcionamento global da família.

Estudos realizados com base no MCAIF demonstram que a compreensão destas relações é fundamental para a prática de enfermagem, uma vez que permite identificar fatores que influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das famílias. Neste sentido, a avaliação familiar possibilita reconhecer tanto as fragilidades como as potencialidades do sistema familiar, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais adequadas (Alarcon et al., 2022).

O MCAIF propõe uma estrutura de avaliação conhecida como Calgary Family Assessment Model (CFAM), que organiza a análise da família em três dimensões principais: estrutural, desenvolvimental e funcional. Estas dimensões permitem compreender a organização da família, o seu percurso ao longo do ciclo de vida e as interações entre os seus membros (Wright & Leahey, 2012).

A dimensão estrutural refere-se à organização da família e à forma como esta está constituída. Esta dimensão permite identificar quem são os membros da família, quais as

relações estabelecidas entre eles e quais os sistemas externos que influenciam o funcionamento familiar.

A estrutura familiar pode ser analisada através de três componentes principais: estrutura interna, estrutura externa e contexto familiar. A estrutura interna inclui aspetos como a composição da família, o género, a ordem de nascimento, os subsistemas familiares e os limites existentes entre os membros da família. A estrutura externa refere-se às relações estabelecidas com a família alargada e com outros sistemas sociais, como serviços de saúde, instituições e redes de apoio. Por sua vez, o contexto familiar inclui fatores culturais, sociais, religiosos e económicos que influenciam o funcionamento da família (Alarcon et al., 2022)

No processo de avaliação estrutural, são frequentemente utilizados instrumentos como o genograma e o ecomapa. O genograma permite representar graficamente a estrutura familiar e identificar relações entre os membros da família ao longo de várias gerações. Já o ecomapa permite analisar as relações da família com a comunidade e com os diferentes sistemas de suporte social (Alarcon et al., 2022).

A dimensão desenvolvimental relaciona-se com o ciclo de vida familiar e com as transições que ocorrem ao longo do tempo. As famílias passam por diferentes fases ao longo da vida, como a formação do casal, o nascimento e crescimento dos filhos, o envelhecimento e a perda de membros da família.

Cada uma destas fases implica desafios específicos que exigem adaptações por parte da família. Wright e Leahey (2012) referem que a compreensão da fase de desenvolvimento em que a família se encontra permite aos profissionais de saúde identificar potenciais fontes de stress e apoiar a família na adaptação às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida.

Segundo estudos baseados no MCAIF, a análise desenvolvimental permite compreender como os acontecimentos da vida familiar influenciam as relações entre os membros da família e a forma como estes enfrentam situações de crise ou doença (Alarcon et al., 2022).

A dimensão funcional diz respeito à forma como os membros da família interagem entre si e desempenham as suas funções no quotidiano. Esta dimensão permite analisar os padrões de comunicação, a resolução de problemas, a expressão emocional e a distribuição de responsabilidades entre os membros da família.

No âmbito deste modelo, o funcionamento familiar pode ser analisado através de dois tipos de funcionamento: instrumental e expressivo. O funcionamento instrumental refere-se às atividades relacionadas com a organização da vida diária, como a gestão de tarefas domésticas, o cuidado de membros dependentes e a administração de recursos. Já o funcionamento expressivo está relacionado com aspetos como a comunicação, os sentimentos, as crenças e as regras familiares (Alarcon et al., 2022).

O MCAIF apresenta uma grande aplicabilidade nos CSP, onde os profissionais de saúde mantêm contacto regular com as famílias ao longo do tempo. Neste contexto, a utilização do modelo permite compreender melhor as dinâmicas familiares e identificar fatores que podem influenciar o estado de saúde dos indivíduos.

A avaliação familiar realizada com base no MCAIF facilita a identificação de fragilidades e potencialidades do sistema familiar, permitindo aos profissionais de saúde desenvolver intervenções mais adequadas e centradas na realidade das famílias. Além disso, o modelo contribui para o fortalecimento da relação terapêutica entre profissionais de saúde e famílias, promovendo uma abordagem mais colaborativa no processo de cuidados (Alarcon et al., 2022)

A utilização do MCAIF revela-se particularmente relevante em situações de doença crónica, nas quais a família desempenha frequentemente um papel central no processo de cuidado. A presença de doença crónica pode provocar alterações significativas na dinâmica familiar, exigindo adaptações na organização da vida quotidiana e na distribuição de responsabilidades entre os membros da família.

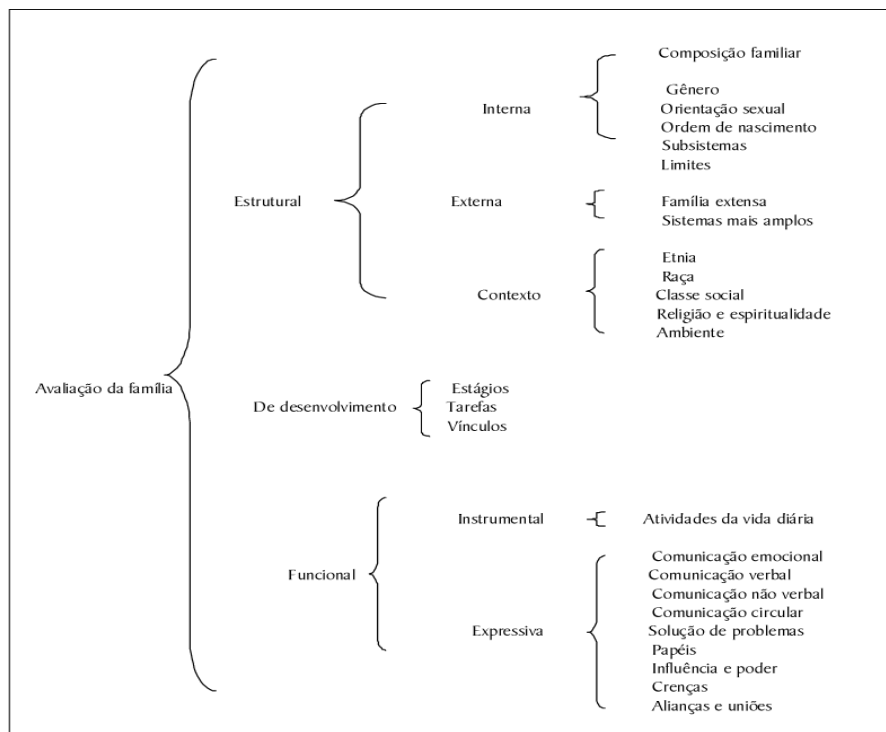
A avaliação familiar permite compreender como a família integra a doença no seu quotidiano e quais os recursos disponíveis para lidar com as exigências associadas à condição de saúde. Estudos demonstram que a aplicação do MCAIF permite identificar tanto fragilidades como potencialidades nas famílias, contribuindo para a elaboração de planos de cuidados mais adequados às suas necessidades (Alarcon et al., 2022)

A integração da família no processo de cuidados pode contribuir significativamente para a melhoria da gestão terapêutica, especialmente em situações de doença crónica ou multimorbilidade. Os familiares desempenham frequentemente um papel importante na monitorização do estado de saúde, na administração de medicamentos e no apoio ao cumprimento das orientações terapêuticas.

A utilização do MCAIF permite identificar recursos familiares e promover intervenções que fortaleçam as competências da família para lidar com situações relacionadas com a saúde e a doença. Ao reconhecer as forças e capacidades existentes na família, os profissionais de saúde podem apoiar o desenvolvimento de estratégias que promovam a adaptação e o bem-estar do sistema familiar (Wright & Leahey, 2012).

Assim, o MCAIF constitui uma ferramenta fundamental para a prática da ESF, permitindo compreender a família enquanto sistema interdependente e orientar intervenções centradas nas necessidades e recursos das famílias. Para melhor compreensão e visualização da estrutura e das dinâmicas avaliadas no âmbito da intervenção familiar, apresenta-se na Figura 1 o esquema do MCAIF, que orientou a minha prática durante o estágio.

Figura 1- Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Adaptado de: Wright & Leahey (2012).

3. ANÁLISE DO CONTEXTO DO ESTÁGIO

Os CSP são descritos como a primeira linha de contacto do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para com os utentes, famílias e respetiva comunidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CSP podem ser definidos com base em três componentes: “satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida” (OMS, 2023); “abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os sectores” (OMS, 2023) e “capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como cocriadores de serviços de saúde e sociais e como autocuidados e prestadores de cuidados a terceiros” (OMS, 2023).

A USF onde decorreu o estágio faz parte da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC), uma entidade pública integrada no SNS que visa otimizar a gestão dos cuidados de saúde na região. A partir de 1 de janeiro de 2024, com a implementação das novas Unidades Locais de Saúde (ULS) em todo o país, verificou-se a desintegração das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), passando os CSP e os cuidados hospitalares a ser geridos pela mesma entidade, com o objetivo de facilitar a sua coordenação e assegurar uma gestão financeira unificada. A ULSAC é responsável pela gestão de várias unidades de saúde, incluindo os centros de saúde e o hospital, garantindo uma abordagem integrada e contínua nos cuidados prestados à população. Esta entidade coordena não apenas a prestação de CSP e cuidados hospitalares, como também integra serviços de saúde mental, cuidados continuados e outras áreas especializadas, adaptando-se às necessidades específicas da população da região. Através de uma gestão centralizada, procura assegurar um atendimento acessível, de qualidade e devidamente articulado, refletindo a nova organização do SNS, que atualmente funciona com cerca de 39 ULS em Portugal (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023).

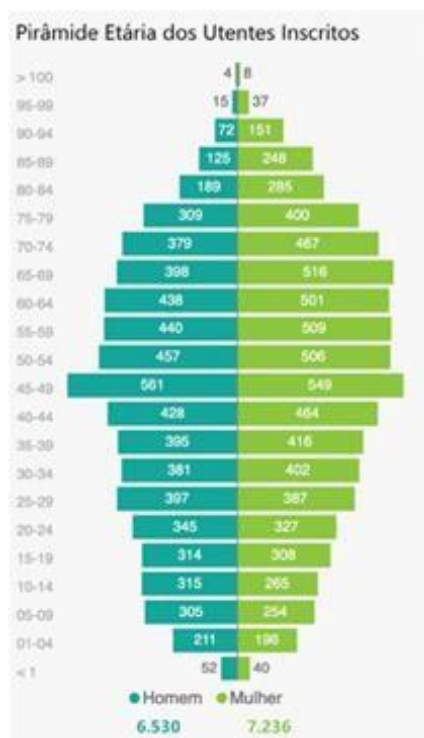
Dentro deste novo modelo de organização, as USF também passaram por alterações, adotando predominantemente o Modelo B, que implica maior autonomia e flexibilidade na

gestão clínica e administrativa das unidades. O Modelo B de USF caracteriza-se pela maior responsabilização das equipes de saúde, permitindo uma maior adaptação às necessidades locais e um melhor acompanhamento das condições de saúde da população. Esse modelo também se distingue pela maior liberdade na organização interna, na gestão de recursos e na definição de prioridades clínicas, com uma gestão mais descentralizada e focada nas necessidades da comunidade (SNS, 2021).

A USF na qual decorreu o estágio adotou desde 2013 o novo modelo organizacional, funcionando de forma integrada com os hospitais e outros centros de saúde da região. Tem como missão prestar cuidados de saúde preventivos e curativos à família, ao longo de todo o ciclo de vida, com eficiência, proximidade e numa lógica de melhoria contínua. A sua visão assenta no aumento da qualidade e proximidade dos cuidados prestados, mantendo o rigor técnico-científico e privilegiando um atendimento personalizado, de forma a promover o bem-estar biopsicossocial de cada indivíduo. Os seus valores incluem a solidariedade, coesão, inovação, articulação, autonomia, excelência, transparência e gestão participativa (BICSP, 2025).

De acordo com a pirâmide etária apresentada na Figura 2, que ilustra a distribuição dos utentes por grupo etário e género no mês de maio de 2025, a USF conta com 13.766 utentes inscritos, distribuídos entre a zona urbana e as duas extensões rurais, dos quais 6.530 (47,4%) são do sexo masculino e 7.236 (52,6%) do sexo feminino.

Figura 2- Pirâmide Etária dos Utentes



Fonte: Printscreen (BICSP, 2025).

Relativamente à estrutura etária da população inscrita, verifica-se que 7,7% correspondem à população infantil (0–9 anos) e 8,7% à população adolescente (10–19 anos). As mulheres em idade fértil (15–49 anos) representam 20,7% do total de utentes. A população em idade ativa (15–64 anos) constitui a maioria, correspondendo a 61,9%. Por sua vez, a população idosa, definida como indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, representa 26,2% dos utentes inscritos na USF (BICSP, 2025).

A organização do trabalho assenta no modelo de enfermeiro de família, garantindo a continuidade e a personalização dos cuidados. A equipa multidisciplinar da USF é constituída por oito enfermeiros, oito médicos, seis secretários clínicos e oito médicos internos. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, entre as 08h00 e as 20h00, e aos sábados, domingos e feriados, das 08h00 às 14h00. Em termos estruturais, a USF dispõe de recursos físicos e humanos adequados, que permitem assegurar uma prestação de cuidados de saúde eficaz e de qualidade.

4. A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS

4.1. METODOLOGIA

O projeto desenvolvido no âmbito do estágio em ESF seguiu uma abordagem qualitativa, de carácter descritivo, orientada para a compreensão da realidade vivenciada por famílias com pessoas idosas em situação de polimedicação. Ainda que não se constitua como um estudo de investigação formal, recorreu a princípios do estudo de caso, permitindo uma análise aprofundada das vivências, percepções e dinâmicas familiares associadas à gestão da terapêutica medicamentosa. Esta abordagem favoreceu uma compreensão holística e contextualizada da família enquanto unidade de cuidados, sustentando a adequação das intervenções de enfermagem.

Como etapa fundamental para compreender a realidade clínica das pessoas idosas utentes da USF, procedeu-se, inicialmente, à avaliação do conhecimento das pessoas idosas sobre a gestão da terapêutica medicamentosa (apresentado no ponto 4.2. do relatório). Esta avaliação permitiu identificar o nível de compreensão dos idosos relativamente aos medicamentos que utilizam, as suas capacidades de gestão autónoma da terapêutica e eventuais lacunas de conhecimento, constituindo assim uma base sólida para a identificação do problema, essencial para a definição do projeto, garantindo que este responde às necessidades reais dos idosos em situação de polimedicação.

O projeto decorreu numa USF do Alentejo Central, contexto que se revelou um espaço privilegiado para a intervenção em ESF, permitindo o contacto direto com as famílias, a articulação com a equipa multidisciplinar e o desenvolvimento de cuidados centrados na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações crónicas, como a polimedicação na pessoa idosa.

O projeto foi submetido à apreciação do Conselho Técnico Científico da UÉESESJD, tendo obtido parecer favorável. No desenvolvimento do mesmo foram respeitados os princípios éticos inerentes à prática de enfermagem, nomeadamente no que se refere ao respeito pela autonomia, confidencialidade e privacidade dos participantes. As famílias envolvidas foram devidamente informadas sobre os objetivos do projeto, bem como sobre as intervenções a desenvolver e os seus direitos, tendo a sua participação sido voluntária

e formalizada através da assinatura da Declaração de Consentimento Informado (Apêndice A).

As famílias envolvidas no projeto foram identificadas no contexto da USF, integrando agregados com pelo menos um elemento idoso em situação de polimedicação e com capacidade para gerir autonomamente a sua terapêutica. A sua inclusão foi articulada com a enfermeira orientadora de estágio, tendo em consideração a pertinência face aos objetivos do projeto e a disponibilidade das famílias para participar.

Foram considerados, para integração no projeto, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com presença de duas ou mais doenças crónicas, uso de cinco ou mais medicamentos diariamente, capacidade cognitiva para a gestão autónoma do regime terapêutico, sem cuidadores formais ou informais e disponibilidade para participar no projeto. A avaliação da capacidade cognitiva foi sustentada pela aplicação do Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) (Anexo A), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica.

Foram excluídas as situações em que se verificou recusa em participar, presença de barreiras linguísticas, défices cognitivos significativos ou incapacidade para a gestão autónoma da medicação, bem como pessoas em situação de fim de vida ou com doença em fase avançada.

A colheita de dados foi realizada através de contactos presenciais com as famílias, recorrendo à entrevista semi-estruturada (Apêndice B) como principal método de recolha de informação, cujo guião se encontra no Apêndice 2, permitindo explorar aspetos relacionados com a estrutura e dinâmica familiar, a gestão da terapêutica medicamentosa, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas no quotidiano. Para complementar a entrevista, foi utilizado um instrumento de avaliação validado e amplamente reconhecido na prática clínica e na investigação em saúde, nomeadamente o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) (Anexo B), cuja aplicação permitiu avaliar a funcionalidade familiar. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, tendo sido utilizado um sistema de codificação que consistiu na identificação das famílias através de numeração sequencial (Família 1 e Família 2) e dos respetivos membros por meio de siglas, assegurando, desta forma, a salvaguarda da sua identidade.

A análise e interpretação dos dados recolhidos foram sustentadas pelo MCAIF, que orientou a compreensão das famílias nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Este referencial teórico-metodológico permitiu identificar padrões de funcionamento familiar, recursos existentes e áreas prioritárias de intervenção, constituindo a base para o planeamento e implementação das intervenções de ESF.

Com base na identificação dos diagnósticos, foram desenvolvidas intervenções educativas centradas na gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa no contexto familiar, com enfoque na promoção da adesão terapêutica, na promoção da segurança na administração da medicação e na capacitação da pessoa idosa e da família para o autocuidado. As intervenções privilegiaram o ensino individualizado, a comunicação clara e adaptada ao nível de literacia em saúde dos utentes e o envolvimento dos familiares sempre que possível.

A avaliação das intervenções foi realizada de forma contínua ao longo do projeto, com base na observação direta e na reaplicação dos instrumentos de avaliação utilizados na fase inicial. Este processo permitiu acompanhar a evolução das famílias ao nível dos conhecimentos, comportamentos e dinâmicas relacionadas com a gestão da terapêutica medicamentosa. Paralelamente, foram efetuados momentos de reflexão sobre a adequação das estratégias implementadas, possibilitando o seu ajustamento às necessidades identificadas.

4.2. DIAGNÓSTICO: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA IDOSA SOBRE A GESTÃO DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

A avaliação dos conhecimentos das pessoas idosas sobre a gestão da terapêutica medicamentosa constituiu uma etapa fundamental no projeto de avaliação e intervenção familiar, uma vez que o nível de conhecimento e compreensão do regime terapêutico influencia diretamente a adesão, a segurança e a eficácia do tratamento. No contexto da ESF, esta avaliação assume particular relevância, permitindo ao EEESF identificar necessidades educativas, adequar intervenções e promover a capacitação da pessoa idosa e da sua família para o autocuidado.

A avaliação foi realizada no decurso dos contactos presenciais com as famílias, através da entrevista semi-estruturada (Apêndice B) e da aplicação de instrumentos específicos, nomeadamente o Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

(Anexo A), o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) (Anexo B) e o MCAIF (Wright & Leahey, 2012) (Figura 1), complementados pela observação clínica e pelo diálogo estabelecido com os idosos e, sempre que pertinente, com os familiares significativos. Esta abordagem permitiu uma apreciação abrangente dos conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com a gestão da medicação no quotidiano.

Assim, no âmbito do diagnóstico de situação foram realizadas entrevistas diagnósticas a 10 pessoas idosas, utentes da USF. Estas entrevistas decorreram em contexto de consulta de enfermagem e de visita domiciliária, permitindo uma avaliação individualizada e contextualizada dos conhecimentos relativos à gestão da terapêutica medicamentosa e, simultaneamente, a identificação de necessidades, dificuldades e recursos existentes, constituindo uma base fundamental para o planeamento das intervenções de enfermagem.

Os resultados evidenciaram que 7 idosos demonstravam conhecimentos insuficientes ou limitados relativamente à sua terapêutica medicamentosa e apenas 3 idosos apresentavam conhecimentos adequados. A maioria dos idosos, num total de 8, conseguia identificar os medicamentos que tomava diariamente, reconhecendo a sua finalidade de forma genérica; contudo, 6 evidenciaram dificuldades na identificação correta dos nomes dos medicamentos, na distinção entre diferentes fármacos e na compreensão do seu modo de ação.

Relativamente à posologia e aos horários de administração, constatou-se que 7 idosos organizavam a toma da medicação com base em rotinas diárias, como as refeições, o que facilitava a adesão ao regime terapêutico. Ainda assim, 5 idosos revelaram incerteza quanto aos horários exatos e à gestão de esquecimentos, evidenciando a necessidade de reforço de estratégias de organização e planeamento da terapêutica.

No que concerne aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, os conhecimentos mostraram-se limitados, sendo que 8 idosos referiram não possuir informação suficiente sobre possíveis efeitos secundários ou sinais de alerta. Verificou-se igualmente que 7 idosos desconheciam potenciais interações medicamentosas ou a influência de fatores como a alimentação e a toma de produtos de venda livre, o que pode comprometer a segurança terapêutica.

A avaliação da literacia sobre gestão medicamentosa evidenciou variabilidade entre os participantes, tendo-se identificado 4 idosos com dificuldades na interpretação de rótulos,

folhetos informativos e prescrições médicas, o que reforça a necessidade de adequação da comunicação ao nível de literacia de cada pessoa idosa e respetiva família.

Relativamente à adesão terapêutica, a entrevista semi-estruturada (Apêndice B) permitiu verificar que, de um modo geral, os comportamentos de adesão foram satisfatórios. Verificou-se que 7 idosos apresentavam comportamentos adequados na maioria das situações. Contudo, foram identificados episódios de esquecimento em 4 idosos, interrupção ocasional da medicação em 3 e alteração da posologia por iniciativa própria em 2, particularmente quando referiam melhoria do seu estado de saúde ou ocorrência de efeitos adversos. Estes resultados evidenciam a importância de uma abordagem educativa contínua e centrada na pessoa idosa, promotora de uma melhor compreensão do regime terapêutico e de uma tomada de decisão informada.

A avaliação dos conhecimentos evidenciou ainda o papel significativo da família no apoio à gestão da terapêutica medicamentosa. Em 6 idosos, verificou-se um envolvimento familiar ativo e facilitador da adesão terapêutica; contudo, em 4 idosos, esse envolvimento revelou-se insuficiente ou inexistente, constituindo um fator limitador na gestão segura da medicação. Esta constatação assumiu particular relevância, tendo sido considerada uma das áreas prioritárias de intervenção.

Com base nos resultados obtidos, foram identificadas necessidades associadas à polimedicação, dificuldades na adesão terapêutica e limitações ao nível da literacia em saúde. Verificaram-se ainda fragilidades e potencialidades nas famílias acompanhadas. O diagnóstico realizado permitiu sustentar o planeamento das intervenções educativas. Nesse âmbito, foi elaborado e apresentado à equipa multidisciplinar um suporte em formato PowerPoint, com o propósito de partilhar os principais resultados da avaliação e fomentar a reflexão conjunta sobre estratégias de intervenção mais adequadas.

Esta abordagem reforça o papel do EEESF na promoção da literacia em saúde, na capacitação da pessoa idosa e da família e na prevenção de riscos associados à polimedicação, contribuindo para a melhoria da adesão terapêutica e para ganhos em saúde no contexto familiar. Para além disso, permite potenciar a autonomia e a tomada de decisão informada, promover a segurança na gestão da terapêutica medicamentosa e fortalecer o envolvimento da família enquanto elemento central no processo de cuidados, favorecendo a continuidade e a qualidade dos mesmos.

4.3. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A avaliação e intervenção familiar permitiram enquadrar a pessoa idosa no seu contexto familiar, valorizando a família enquanto unidade de cuidados e facilitando a compreensão dos fatores que influenciam a gestão da terapêutica medicamentosa. Esta abordagem possibilitou uma análise integrada das dinâmicas familiares, das rotinas diárias e do suporte disponível, contribuindo para a identificação de necessidades, recursos e áreas prioritárias de intervenção, bem como para a compreensão do impacto do contexto familiar na adesão terapêutica e na segurança na gestão da polimedicação.

O MCAIF foi utilizado como referencial orientador, tendo sido aplicado de forma aprofundada a duas famílias, selecionadas em função das necessidades identificadas. A sua aplicação permitiu estruturar a avaliação e o planeamento das intervenções de enfermagem, promovendo uma abordagem centrada na pessoa idosa e na família, com vista à melhoria da adesão terapêutica, da segurança uso da medicação e da capacitação familiar. A análise detalhada da aplicação do modelo a cada uma das famílias será apresentada nos subcapítulos seguintes.

4.3.1. Avaliação e Intervenção da Família 1

4.3.1.1. Avaliação Estrutural

A avaliação estrutural da Família 1 foi realizada com o objetivo de compreender a organização da família, os vínculos existentes entre os seus membros e o contexto onde se insere. Esta análise é fundamental para perceber de que forma a estrutura familiar pode influenciar a gestão da terapêutica medicamentosa do sujeito índice, a Sra. R.V., que é o elemento do agregado familiar com dificuldades na autogestão da medicação. Importa referir que a Sra. R.V. foi a utente entrevistada, sendo a principal fonte de informação para a realização desta avaliação.

No âmbito da **avaliação interna**, iniciou-se a análise na sua composição familiar. Relativamente a este aspeto, a Família 1 é constituída por dez elementos pertencentes a três

gerações. Apesar da família alargada ser numerosa, o agregado familiar em estudo é composto apenas por três elementos: a Sra. R.V., o seu marido Sr. O.Z. e a filha adulta S.Z., que residem no mesmo domicílio. A avaliação da estrutura interna, permitiu a construção do Genograma Familiar (Apêndice C), onde podemos observar uma estrutura familiar alargada composta por três gerações, marcada por múltiplas doenças crónicas e perdas significativas na família.

No que respeita ao género, o agregado é composto por dois elementos do sexo feminino (Sra. R.V. e a filha) e um elemento do sexo masculino (Sr. O.Z.). Relativamente à orientação sexual, todos os membros da família se identificam como heterossexuais, não se verificando impacto desta variável na dinâmica familiar.

Quanto à ordem de nascimento, no agregado familiar o Sr. O.Z. é o elemento mais velho, seguido da Sra. R.V. e posteriormente da filha de ambos a S.Z., sendo esta a única descendente do casal.

No que diz respeito aos subsistemas existentes, identificam-se o subsistema individual que é constituído por cada um dos elementos, o subsistema conjugal que é constituído pelo casal R.V. e O.Z. e o subsistema parental que é constituído por S.Z., filha de R.V. e O.Z., com os pais. O subsistema conjugal caracteriza-se por uma relação de longa duração e partilha de responsabilidades. O subsistema parental revela proximidade e entreajuda no quotidiano. Contudo, no que respeita à gestão medicamentosa, verifica-se que a Sra. R.V., apesar de viver num contexto familiar estruturado, assume de forma autónoma a administração da sua terapêutica, não solicitando apoio ao marido ou à filha, mesmo apresentando dificuldades na organização do regime terapêutico.

Quanto aos limites, estes são descritos como permeáveis, permitindo uma boa comunicação entre os elementos do agregado e respeito pelos valores individuais. Existem discussões ocasionais, mas são resolvidas no seio familiar. Apesar desta comunicação funcional, a autonomia assumida pela Sra. R.V. relativamente à sua saúde pode constituir um fator de vulnerabilidade, uma vez que limita a partilha de responsabilidades na gestão da sua medicação, mesmo apresentando dificuldades na sua organização, o que contribui para falhas na gestão do regime terapêutico.

A **avaliação externa** encontra-se organizada em duas dimensões distintas: a família extensa e os sistemas mais amplos, permitindo uma análise abrangente das redes de suporte e dos contextos sociais envolventes.

Relativamente à família extensa, esta é constituída pelos irmãos da Sra. R.V., respetivos familiares e elementos da terceira geração, sendo que os pais da Sra. R.V. já faleceram. A Sra. R.V. refere que sempre existiu uma boa relação entre o agregado familiar e os restantes membros da família, à exceção do irmão Sr. R.V., devido ao seu historial de toxicoddependência. Atualmente, este reside em Lisboa e o contacto é pouco frequente. Com o irmão Sr. A.V., apesar do diagnóstico de doença psiquiátrica crónica, nomeadamente esquizofrenia, a Sra. R.V. descreve uma relação próxima e de apoio. Refere que o visita semanalmente numa associação onde o mesmo reside, demonstrando preocupação e envolvimento familiar. Relativamente à irmã Sra. M.V., existe igualmente uma relação positiva. As filhas de ambas, S.Z. e R.C., mantêm contacto frequente e convivem regularmente, reforçando os laços familiares entre gerações.

No que se refere aos sistemas amplos, a partir da análise do Ecomapa (Apêndice D) elaborado a partir das informações fornecidas pelo sujeito índice, como podemos verificar no Apêndice E, identificam-se cinco principais sistemas alargados com influência sobre este agregado familiar. O grupo de vizinhos e amigos é descrito como estabelecendo uma relação positiva com os membros da família, constituindo uma rede informal de suporte. A USF é o principal sistema formal de apoio no acompanhamento das patologias crónicas do agregado e assume um papel fundamental na vigilância da terapêutica medicamentosa da Sra. R.V.

Relativamente ao **contexto**, todos os elementos da Família 1 são de origem europeia. No que diz respeito à raça, identificam-se como caucasianos, não existindo qualquer cruzamento étnico entre os elementos da família. Quanto à classe social, a família enquadra-se na Classe III (classe média), de acordo com a Escala de Graffar (Anexo C). A Sra. R.V. encontra-se aposentada, tendo exercido atividade profissional como empregada de limpeza. O Sr. O.Z. também se encontra aposentado, tendo trabalhado como pedreiro. A filha S.Z. exerce atividade profissional em regime de teletrabalho numa empresa da área das tecnologias de informação e comunicações, recebendo um rendimento fixo mensal. A situação económica da família é estável e permite assegurar as despesas do agregado,

incluindo a aquisição da medicação necessária ao controlo das doenças crónicas. No que respeita à religião e espiritualidade, a família identifica-se como cristã. A Sra. R.V. refere que é o elemento do agregado que mantém maior ligação à prática religiosa, considerando a oração um recurso importante em momentos de maior fragilidade emocional. Relatou que a fé foi particularmente importante durante o período de internamento da filha após o acidente vascular cerebral (AVC), ajudando-a a lidar com a situação de doença. Relativamente ao ambiente, a família reside numa habitação própria, rés-do-chão, composta por dois quartos, cozinha, sala, duas casas de banho, despensa, terraço e quintal. A habitação dispõe de saneamento básico, água, eletricidade, gás canalizado, telefone fixo e boa iluminação natural, proporcionando condições adequadas de conforto e segurança. O aquecimento é assegurado por esquentador, lareira e aquecedores. A casa situa-se num bairro pacato, com proximidade a comércio local, escola e transportes públicos, reunindo condições favoráveis à qualidade de vida. No entanto, importa referir que a medicação da Sra. R.V. encontra-se armazenada na despensa juntamente com alimentos e outros utensílios domésticos. Embora a habitação apresente boas condições estruturais, esta forma de organização dificulta a visualização e sistematização da terapêutica, contribuindo para lapsos na gestão do regime medicamentoso.

Assim, apesar da família apresentar condições socioeconómicas e habitacionais adequadas, a análise do contexto revela aspetos que podem influenciar a autogestão da doença por parte da Sra. R.V., como a forma de armazenamento da medicação, reforçando a necessidade de intervenção ao nível da organização da sua terapêutica e do conhecimento sobre a sua condição de saúde.

4.3.1.2. Avaliação Desenvolvimental

O **estágio** desenvolvimental da Família 1 foi realizado com base na Classificação de Duvall (Anexo D). De acordo com esta classificação, a família encontra-se no oitavo e último estágio do ciclo vital – família idosa (da reforma à morte de um ou ambos os cônjuges).

Relativamente às **tarefas**, verifica-se que a Sra. R.V. assume a maioria das tarefas domésticas, nomeadamente a limpeza e organização da casa, lavagem e tratamento da

roupa e confecção das refeições. A realização das compras é partilhada com o Sr. O.Z., sendo este responsável pelas reparações domésticas e colaborando pontualmente na preparação das refeições. A filha S.Z., embora coabite com os pais, participa de forma menos ativa nas tarefas domésticas, o que, segundo a Sra. R.V., constitui motivo de alguns conflitos no agregado. Apesar destas situações pontuais, a família demonstra capacidade de resolução de conflitos, mantendo a estabilidade relacional.

No que respeita aos **vínculos**, a relação entre a Sra. R.V., o Sr. O.Z. e a filha S.Z. é descrita como baseada em amor, proteção, entreajuda e cumplicidade, sendo estes sentimentos recíprocos. A família mantém ainda boa relação com a maioria da família extensa, com exceção do irmão da Sra. R.V., devido aos problemas já anteriormente referidos.

Importa salientar que, nesta fase do ciclo vital, a presença de múltiplas doenças crónicas e a necessidade de polimedicação exigem adaptação contínua às exigências da saúde. Apesar de existir coesão familiar e apoio afetivo, observa-se que o marido e a filha da Sra. R.V. não demonstram conhecimento aprofundado sobre a sua condição de saúde. Assim, a avaliação desenvolvimental reforça a necessidade de intervenção no sentido de promover maior envolvimento familiar na condição de saúde da Sra. R.V.

4.3.1.3. Avaliação Funcional

Dimensão Instrumental

A avaliação funcional instrumental permitiu analisar o desempenho nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) da Família 1, incidindo particularmente na Sr.^a R.V., uma vez que foi o único elemento entrevistado. Optou-se pela sua apresentação no Quadro 1, de modo a facilitar a leitura e interpretação.

Quadro 1- Atividades de Vida Diária da Família 1 segundo o Modelo de Nancy Roper

Atividade de Vida Diárias	Sra. R.V.
Manutenção de um ambiente seguro	Os membros da Família 1 residem numa habitação própria, com iluminação natural na maioria das divisões e arejamento assegurado. A habitação possui saneamento básico, água, eletricidade, gás canalizado, telefone fixo e boas condições de luminosidade. A Sra. R.V. demonstra preocupação em manter o ambiente organizado, realizando a limpeza da casa uma vez por semana. As condições habitacionais são adequadas ao agregado familiar, existindo espaço suficiente para que cada elemento desenvolva as suas atividades de vida diária com conforto e segurança. Relativamente à terapêutica, todos os elementos do agregado fazem medicação diária, encontrando-se esta armazenada num dos armários da despensa, juntamente com outros produtos domésticos, não favorecendo uma gestão estruturada do regime terapêutico da Sra. R.V. A família possui ainda um medidor de tensão arterial para monitorização regular, uma vez que todos os membros são hipertensos. A Sra. R.V. tem o esquema vacinal atualizado e refere desconhecer alergias medicamentosas ou alimentares.
Comunicação	A Sra. R.V. apresenta discurso coerente, lógico e com tom de voz adequado. A comunicação verbal e não verbal decorre sem alterações, sendo possível estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Apresenta acuidade visual diminuída por miopia, encontrando-se corrigida com utilização de óculos, não interferindo negativamente na comunicação. Durante as entrevistas demonstrou capacidade de compreensão e resposta adequada às questões colocadas.
Respiração	À data da avaliação, a Sra. R.V. apresentava sinais vitais dentro dos parâmetros considerados adequados, encontrando-se normotensa sob terapêutica anti-hipertensiva. Não apresenta alterações respiratórias relevantes. Refere cansaço a médios e longos esforços, associado ao excesso de peso e às artroses dos joelhos, o que contribui para um nível de atividade física reduzido.
Alimentação	A alimentação do agregado familiar baseia-se maioritariamente em comida típica alentejana, sendo confeccionada na maioria das vezes pela Sra. R.V. Refere que tem atenção à quantidade de sal e gorduras utilizadas na confeção dos alimentos, utilizando atualmente mais temperos como alternativa ao sal. Realiza cinco refeições diárias, entre as quais pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, ingerindo habitualmente a totalidade das refeições. Ao longo do dia ingere cerca de 1,5 litros de água e não consome bebidas alcoólicas. Apresenta dentição completa não apresentando comprometimento nas capacidades de mastigação e deglutição.
Eliminação	A Sra. R.V. não apresenta alterações nesta atividade de vida diária. Demonstra autonomia física para se deslocar à casa de banho, manipular

	o vestuário e realizar a higiene após a eliminação. Mantém controlo dos esfíncteres e refere padrão de eliminação vesical e intestinal considerado normal, tendo em conta a alimentação e hidratação.
Higiene Pessoal e Vestuário	A Sra. R.V. apresenta autonomia na realização da higiene pessoal diária. Realiza higiene oral após as refeições e antes de se deitar. Apresenta-se cuidada, com idade aparente compatível com a idade cronológica. Veste-se adequadamente à estação do ano, género e idade. A pele encontra-se íntegra e as mucosas coradas e hidratadas.
Controlo da Temperatura do Corpo	A Sra. R.V. demonstra capacidades cognitivas e comportamentais adequadas para identificar sinais e sintomas de alteração da temperatura corporal. Refere reconhecer quando sente frio ou calor excessivo e adotar medidas para restabelecer o conforto térmico. Demonstra capacidade para identificar sinais sugestivos de hipotermia ou hipertermia, não se observando limitações nesta atividade.
Mobilidade	A Sra. R.V. é independente na mobilidade, apresentando capacidade física para se deslocar de forma autónoma dentro e fora do domicílio. Não utiliza auxiliares de marcha. Refere, no entanto, cansaço físico a médios esforços, associado às artroses nos joelhos e ao excesso de peso. Menciona ter sido submetida a uma intervenção cirúrgica ao joelho esquerdo. Realiza ocasionalmente caminhadas curtas com o marido quando passeiam a cadela, o que corresponde à sua principal forma de atividade física.
Trabalho e Lazer	A Sra. R.V. encontra-se aposentada. Refere ter exercido atividade profissional como empregada de limpeza, de segunda a sexta-feira. Indica que o trabalho lhe causava stress e ansiedade, motivo pelo qual iniciou terapêutica ansiolítica, que mantém até à data. Atualmente, ocupa o seu tempo a ver televisão, conviver com a família e realizar pequenas caminhadas com o marido. As atividades de lazer são maioritariamente centradas no contexto familiar e domiciliário.
Expressão da Sexualidade	A Sra. R.V. é casada há 48 anos, tem uma filha e refere manter vida sexual ativa. Não manifesta preocupações relativamente à sua imagem corporal e aborda questões relacionadas com a sexualidade de forma aberta, não evidenciando constrangimentos nesta dimensão.
Sono	A Sra. R.V. refere que se deita habitualmente por volta das 22h30 e acorda cerca das 7h30, dormindo em média 8 a 9 horas por noite. Descreve o sono como contínuo, não apresentando dificuldades em adormecer nem despertares frequentes.
Morte	A Sra. R.V. encara a morte como um processo natural do ciclo de vida, referindo não sentir medo, embora manifeste desejo de viver mais alguns anos junto da família. Recorda o falecimento dos pais como um período difícil, marcado por tristeza. Identifica-se como católica não praticante e refere que a fé foi importante para ultrapassar momentos difíceis.

Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão Expressiva

Relativamente à avaliação funcional expressiva, no que se refere à comunicação, a Sra. R.V. demonstra facilidade em comunicar, evidenciando disponibilidade e colaboração ao longo das entrevistas realizadas.

A comunicação verbal apresenta-se clara, coerente, fluente e perceptível, com tom de voz adequado. Não se observam alterações da linguagem, mantendo um discurso organizado e estruturado. As capacidades de atenção e concentração encontram-se preservadas.

A comunicação não verbal, nomeadamente através de gestos e expressões faciais, revela-se adequada com o conteúdo verbal, permitindo estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

Relativamente à expressão emocional, a Sra. R.V. demonstra capacidade para expressar sentimentos de forma adequada, partilhando emoções sobretudo com o agregado nuclear. Revela abertura emocional e facilidade em verbalizar experiências vivenciadas. Refere, contudo, que a partilha com a família alargada depende das situações, mencionando que por vezes sente falta de apoio por parte dos irmãos, acrescentando que após o falecimento dos pais, assumiu um papel de maior responsabilidade familiar.

No que respeita aos papéis e poder, observa-se que a Sra. R.V. assume um papel central na organização do quotidiano familiar, nomeadamente na gestão das tarefas domésticas. As decisões importantes são discutidas em família, sendo habitualmente alcançado consenso, o que demonstra partilha de poder e funcionamento colaborativo.

Quanto à resolução de problemas, a Sra. R.V. refere que os assuntos relevantes são abordados em conjunto, procurando soluções consensuais. Esta perceção é concordante com os resultados obtidos através da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo B), que indicam boa funcionalidade familiar.

Relativamente às crenças e valores, a família valoriza o respeito, a harmonia e a manutenção de um ambiente familiar positivo. Observa-se aceitação das relações existentes e flexibilidade nas alianças e vínculos familiares. A dimensão religiosa surge como suporte emocional, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade.

De forma global, a dimensão expressiva evidencia uma família com boa comunicação e coesão afetiva. No entanto, apesar do apoio emocional existente, não se verifica partilha ativa nem discussão aprofundada sobre a condição de saúde da Sra. R.V.

4.3.1.4. Plano de cuidados da Família 1

Com base na avaliação segundo o MCAIF foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

- Gestão do regime terapêutico comprometido (Quadro 2)
- Autogestão da doença comprometida (Quadro 3)
- Conhecimento da família sobre a condição de saúde do utente insuficiente (Quadro 4)

Nos presentes quadros irei também apresentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas e os resultados obtidos.

Quadro 2- Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico Comprometido

Foco	Gestão do regime terapêutico
Juízo	Comprometido
Critérios de Diagnóstico	A Sra. R.V. apresenta dificuldades na organização e gestão da sua terapêutica medicamentosa, estando a medicação guardada na despensa, sem qualquer método de organização. A utente assume a responsabilidade total pela sua medicação, apesar de referir, pontualmente, dúvidas quanto à finalidade de alguns fármacos. A ausência de estratégias sistematizadas de organização comprometem a adesão terapêutica e podem aumentar o risco de lapsos ou erros na toma da medicação.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a forma de organização e administração da medicação da Sra. R.V. • Identificar dificuldades específicas na adesão ao regime terapêutico. • Educar a utente sobre a finalidade de cada medicamento prescrito e respetivos horários. • Implementar estratégias de organização da terapêutica, como utilização de um organizador semanal de comprimidos. • Elaborar esquema simplificado com indicação de horários e doses.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar o local de armazenamento da medicação, promovendo maior visibilidade. • Reforçar a importância da adesão rigorosa ao regime terapêutico.
Resultados Obtidos	Verificou-se melhoria na organização da medicação, com implementação de um organizador semanal e maior clareza na identificação dos horários de toma. A Sra. R.V. demonstrou maior segurança na gestão do regime terapêutico e verbalizou compreensão da finalidade dos principais medicamentos.

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 3- Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da Doença Comprometida

Foco	Autogestão da doença
Juízo	Comprometido
Critérios de Diagnóstico	<p>A Sra. R.V. apresenta dificuldades na gestão global da sua condição de saúde, nomeadamente no que respeita à compreensão das suas patologias crónicas e à adoção consistente de comportamentos promotores de saúde.</p> <p>Embora demonstre autonomia nas AVD's, evidencia conhecimento limitado relativamente à evolução das suas doenças, possíveis complicações e importância da vigilância regular dos sinais de alerta. A monitorização da tensão arterial é realizada de forma irregular e não existe registo sistemático dos valores.</p>
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de conhecimento da Sra. R.V. sobre as suas patologias crónicas e fatores de risco associados. • Educar sobre a importância da vigilância regular da tensão arterial e promover o registo domiciliário dos valores tensionais. • Reforçar a relação entre obesidade, hipertensão arterial (HTA) e risco cardiovascular. • Incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente prática de atividade física adaptada às suas capacidades. • Incentivar maior participação da utente, estimulando a colocação de dúvidas. • Reforçar a importância da adesão terapêutica como parte integrante da autogestão da doença
Resultados Obtidos	Verificou-se melhoria na capacidade da Sra. R.V. em identificar as suas patologias e compreender os riscos associados. Demonstrou maior envolvimento nas consultas de enfermagem e observou-se maior consciência da importância da adesão terapêutica e da adoção de comportamentos promotores de saúde. A utente passou a evidenciar maior autonomia e confiança na gestão da sua condição de saúde.

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 4- Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da Família sobre a Condição de Saúde do Utente Insuficiente

Foco	Conhecimento da família sobre a condição de saúde da utente
Juízo	Insuficiente
Critérios de Diagnóstico	A Família 1 demonstra conhecimento limitado sobre a condição de saúde da Sra. R.V., nomeadamente no que respeita às suas patologias crónicas, fatores de risco associados e possíveis complicações decorrentes da não adesão terapêutica. Observa-se que o marido e a filha não identificam de forma clara a finalidade de todos os medicamentos prescritos à utente. A gestão da saúde da Sra. R.V. é assumida maioritariamente pela própria, não se verificando envolvimento estruturado dos restantes elementos do agregado familiar.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de conhecimento do marido e da filha sobre a condição de saúde da Sra. R.V. • Realizar uma sessão educativa sobre HTA, obesidade e ansiedade, explicando riscos e possíveis complicações. • Esclarecer a finalidade dos medicamentos prescritos e a importância da adesão terapêutica. • Ensinar a reconhecer sinais de alerta, como alterações significativas dos valores tensionais ou sintomas de descompensação. • Incentivar a participação ativa do marido e da filha, estimulando a colocação de dúvidas.
Resultados Obtidos	Verificou-se melhoria do conhecimento da Família 1 relativamente às patologias da Sra. R.V. O marido e a filha passaram a identificar de forma mais clara as doenças existentes, compreender a importância da adesão terapêutica e reconhecer sinais de alerta associados à descompensação clínica. Observou-se maior envolvimento familiar no acompanhamento da utente, contribuindo para aumento da segurança e suporte no dia a dia.

Fonte: Elaboração Própria.

No seguimento das intervenções implementadas junto da Família 1, foi possível observar evolução positiva relativamente aos três diagnósticos de enfermagem identificados. Inicialmente, a Sra. R.V. apresentava dificuldades na organização da sua terapêutica medicamentosa, não existindo um sistema estruturado de apoio à toma nem envolvimento familiar na supervisão do regime terapêutico. Paralelamente, evidenciava conhecimento limitado relativamente às suas patologias crónicas e à importância da

vigilância regular da sua condição clínica. O marido e a filha, apesar do apoio emocional demonstrado, não possuíam informação suficiente que lhes permitisse assumir um papel ativo no acompanhamento da situação de saúde da utente.

Com a implementação das intervenções de enfermagem, nomeadamente através de estratégias educativas individualizadas, reorganização da medicação e promoção da corresponsabilização familiar, verificou-se melhoria significativa na estruturação do regime terapêutico

De forma global, as intervenções realizadas permitiram fortalecer o conhecimento familiar, melhorar a organização do regime terapêutico e promover maior autonomia da utente na gestão da sua condição de saúde. Este processo contribuiu para o aumento da segurança clínica, redução do risco de descompensações e reforço da qualidade de vida da Sra. R.V., evidenciando o papel do EEESF na capacitação da família enquanto unidade de cuidados.

4.3.2. Avaliação e Intervenção da Família 2

4.3.2.1. Avaliação Estrutural

A avaliação estrutural da Família 2 foi realizada com o objetivo de compreender a organização familiar, os vínculos entre os seus membros e o contexto em que a família se insere. Esta análise permitiu identificar aspetos relevantes para a compreensão da situação de saúde da Sr.^a J.M., bem como fatores familiares e contextuais que podem influenciar a sua capacidade de gerir a terapêutica, a comunicação com os familiares e a qualidade das relações estabelecidas.

No âmbito da **avaliação interna**, iniciou-se a análise na sua composição familiar. A Família 2 é constituída por 10 elementos ligados por consanguinidade, distribuídos por três gerações. Na 1.^a geração encontra-se a Sr.^a J.M., nascida a 5 de outubro de 1946 e o seu falecido marido, Sr. F.M., nascido a 6 de novembro de 1944 e falecido a 14 de outubro de 1983 na sequência de um acidente. A Sr.^a J.M. apresenta como antecedentes pessoais DPOC, diabetes mellitus (DM) tipo II insulínica, HTA e insuficiência cardíaca.

Para apoiar esta avaliação da estrutura interna foi elaborado um Genograma Familiar (Apêndice E), o qual permitiu visualizar a composição da família ao longo de várias gerações, bem como os principais vínculos e relações entre os seus membros.

Apesar desta família alargada, o agregado familiar em estudo é constituído apenas pela Sr.^a J.M., uma vez que reside sozinha no seu domicílio. Este aspeto assume particular relevância na avaliação familiar, pois a ausência de coabitação com outros elementos interfere diretamente no suporte quotidiano e na supervisão do seu estado de saúde.

No que respeita ao género, o sujeito índice e único elemento do agregado familiar é do sexo feminino e relativamente à orientação sexual, a Sr.^a J.M. identifica-se como heterossexual.

Quanto à ordem de nascimento, o primeiro elemento a nascer na família foi o Sr. F.M. e o mais novo é o Sr. A.B. Dentro do conjunto das irmãs, a filha mais velha é a Sr.^a M.M., seguida da Sr.^a E.F. e, por fim, da Sr.^a E.M.

No que respeita aos subsistemas, identifica-se apenas o subsistema individual, uma vez que a utente reside sozinha, gere a sua condição de saúde e não mantém contacto regular com os restantes elementos da família. Ao contrário do que seria expectável numa família com laços próximos entre mãe e filhas, observa-se atualmente uma dinâmica familiar fragilizada. A Sr.^a J.M. refere sentir maior proximidade afetiva com as duas filhas mais velhas, mas verbaliza também sentimentos de mágoa e frustração relativamente à irregularidade do apoio prestado. Por sua vez, entre as filhas existem divergências sobre quem deve assumir maior responsabilidade no acompanhamento da mãe, o que gera tensão relacional, críticas mútuas e afastamento emocional.

Relativamente aos limites, estes apresentam-se pouco funcionais. Entre a Sr.^a J.M. e as filhas mais velhas existe alguma ligação, mas esta é marcada por ambivalência: por um lado, existe preocupação com a saúde da mãe; por outro, existem ressentimentos acumulados e comunicação pouco eficaz. Em relação à filha mais nova, os limites são mais rígidos, verificando-se distanciamento emocional. Esta configuração favorece a manutenção de conflitos familiares e limita o apoio estruturado à utente, nomeadamente na gestão da sua terapêutica e vigilância do seu estado clínico.

No que se refere à **avaliação externa**, na Família 2, a Sr.^a J.M. mantém relação com as três filhas, os genros e os netos. No entanto, esta relação não se apresenta homogénea nem

totalmente funcional. A utente refere que existe contacto com todas as filhas, mas este contacto é mais frequente com a Sr.^a M.M. e a Sr.^a E.F., por residirem na mesma localidade que a utente. Com a filha mais nova, Sr.^a E.M., que reside em Faro com o filho A.B., o contacto é menos frequente e ocorre sobretudo por telefone. A Sr.^a J.M. refere sentir que a filha mais nova se afastou da dinâmica familiar após a mudança para o Algarve, o que gerou sentimentos de abandono e descontentamento, tanto na própria como nas irmãs. Esta situação contribuiu para o desenvolvimento de um conflito relacional familiar, não apenas entre a mãe e a filha mais nova, mas também entre as irmãs, que apresentam opiniões diferentes sobre a forma como o cuidado à mãe deve ser partilhado.

A relação com os genros é descrita como cordial, embora mais distante. Quanto aos netos, a utente refere afeto e apreço, mas reconhece que o contacto é irregular, sobretudo por motivos de distância geográfica e compromissos profissionais dos mesmos.

No que se refere aos sistemas amplos, a partir da análise do Ecomapa (Apêndice F) elaborado a partir das informações fornecidas pelo sujeito índice, identificam-se quatro principais sistemas alargados com influência sobre este agregado familiar: os vizinhos, a empregada doméstica, o grupo de Testemunhas de Jeová e a USF. O grupo de vizinhos e a empregada doméstica são descritos como estabelecendo uma relação positiva e de companheirismo, constituindo uma rede informal de suporte. A USF é o principal sistema formal de apoio no acompanhamento das patologias crónicas da utente e assume um papel fundamental na vigilância da terapêutica medicamentosa.

Relativamente ao **contexto**, todos os elementos da família são de origem europeia. No que diz respeito à raça, identificam-se como caucasianos. Quanto à classe social, e de acordo com a Escala de Graffar (Anexo C), a Sr.^a J.M. enquadra-se na Classe III, correspondente à classe média. Esta situação traduz alguma estabilidade económica, ainda que limitada à sua reforma e ao apoio pontual das filhas. A condição socioeconómica não parece constituir o principal fator de vulnerabilidade, sendo mais relevantes os aspetos relacionais. No que respeita à religião e espiritualidade, a Sr.^a J.M. identifica-se como Testemunha de Jeová desde a infância, referindo que esta dimensão sempre fez parte da sua vida e da sua educação. A espiritualidade assume para a utente um papel importante, constituindo fonte de conforto e significado. A redução da participação nas atividades religiosas, imposta pelas limitações do seu estado de saúde, parece ter contribuído para

maior isolamento social e menor bem-estar emocional. Relativamente ao ambiente, a utente reside numa habitação adaptada às suas necessidades, composta por uma sala de estar, uma cozinha, um quarto e uma casa de banho, localizadas no mesmo piso, sem degraus, o que favorece a mobilidade e reduz o risco de queda. A habitação apresenta saneamento básico, água, eletricidade, gás canalizado, televisão, telefone fixo e aquecimento. É descrita como bem iluminada, arejada e situada numa zona calma, com vizinhos acessíveis e proximidade a um minimercado.

Apesar das boas condições habitacionais, a observação do ambiente doméstico permitiu identificar aspetos com impacto na gestão da saúde. A terapêutica encontra-se na cozinha e, apesar de existir uma caixa organizadora semanal da medicação, a utente refere esquecimentos na monitorização da glicemia e nem sempre valoriza essa vigilância, apresentando igualmente dificuldades na administração de insulina o que evidencia dificuldades na gestão do regime terapêutico.

4.3.2.2. Avaliação Desenvolvimental

O **estágio** desenvolvimental da Família 2 foi realizada com base na Classificação de Duvall (Anexo D), permitindo compreender a fase do ciclo vital em que a família se encontra. De acordo com esta classificação, a família encontra-se no oitavo e último estágio do ciclo vital – família idosa (da reforma à morte de um ou ambos os cônjuges).

Relativamente às **tarefas** desenvolvimentais, a Sr.^a J.M. mantém uma postura de relativa independência, demonstrando alguma resistência em aceitar ajuda de forma consistente. Apesar de reconhecer limitações associadas à idade e às suas patologias, tende a desvalorizá-las, nomeadamente no que diz respeito à gestão da sua terapêutica e à monitorização da sua condição de saúde. Por outro lado, o envolvimento das filhas no apoio à mãe é irregular e pouco estruturado. Embora exista preocupação com o seu estado de saúde, não se verifica uma organização clara de responsabilidades. A existência de divergências entre as filhas relativamente à partilha de cuidados constitui um obstáculo ao cumprimento das tarefas desenvolvimentais, dificultando a criação de um suporte familiar consistente.

No que diz respeito aos **vínculos**, a Sr.^a J.M. refere manter relação com as três filhas e restantes elementos da família. No entanto, estes vínculos apresentam-se fragilizados. Com as filhas mais velhas, existe proximidade geográfica, mas a relação é marcada por alguma ambivalência, coexistindo sentimentos de afeto com episódios de tensão e desentendimentos. A utente refere que, apesar do contacto regular, nem sempre se sente compreendida ou apoiada da forma que considera necessária. Relativamente à filha mais nova, verifica-se maior distanciamento, associado à distância geográfica e a conflitos anteriores não totalmente resolvidos. Este afastamento contribui para um menor envolvimento no apoio à mãe e reforça o sentimento de isolamento por parte da utente.

4.3.2.3. Avaliação Funcional

Dimensão Instrumental

A avaliação funcional instrumental da Família 2 foi realizada com base nas AVD's, permitindo analisar o grau de autonomia da Sr.^a J.M. e identificar necessidades de intervenção ao nível da sua saúde e bem-estar. Optou-se pela sua apresentação no quadro 5, de modo a facilitar a leitura e interpretação.

Quadro 5- Atividades de Vida Diária da Família 2 segundo o Modelo de Nancy Roper

Atividade de Vida Diárias	Sra. J.M.
Manutenção de um ambiente seguro	<p>A Sr.^a J.M. reside sozinha numa habitação com boas condições estruturais, apresentando saneamento básico, eletricidade, água canalizada e adequada iluminação e ventilação. A casa encontra-se organizada e limpa, contando com apoio semanal de uma empregada doméstica.</p> <p>A medicação encontra-se armazenada na cozinha, organizada numa caixa semanal. No entanto, identificam-se fragilidades relevantes na do regime terapêutico, com destaque para dificuldades na monitorização da glicemia e administração da insulina. Estas limitações, associadas à ausência de supervisão familiar consistente, podem comprometer a segurança da utente, constituindo um foco prioritário de intervenção de enfermagem.</p>
Comunicação	A Sr. ^a J.M. apresenta discurso coerente, fluente e adequado ao contexto, sendo possível estabelecer comunicação verbal eficaz. Não se

	observam alterações significativas ao nível da linguagem. Contudo, no contexto familiar, a comunicação apresenta-se pouco eficaz, marcada por dificuldades na expressão de necessidades e sentimentos, contribuindo para afastamento relacional.
Respiração	A utente apresenta diagnóstico de DPOC, referindo dispneia a médios esforços. A respiração caracteriza-se como regular em repouso, com agravamento perante esforço físico. Esta limitação condiciona a realização de algumas atividades diárias e reduz a sua tolerância ao esforço.
Alimentação	A Sr. ^a J.M. é autónoma na preparação das suas refeições, optando por uma alimentação tradicional. No entanto, nem sempre adapta a dieta às recomendações associadas à sua DM, evidenciando dificuldades na gestão alimentar. Aparentemente, a hidratação é adequada.
Eliminação	A utente não refere alterações ao nível da eliminação vesical ou intestinal. Apresenta controlo dos esfíncteres e capacidade para realizar de forma autónoma todas as atividades associadas a esta AVD.
Higiene Pessoal e Vestuário	A Sr. ^a J.M. é independente na realização da sua higiene pessoal e na escolha do vestuário, apresentando-se cuidada e adequada à idade e estação do ano.
Controlo da Temperatura do Corpo	A utente demonstra capacidade para reconhecer alterações térmicas, adotando estratégias adequadas como o ajuste do vestuário e do ambiente.
Mobilidade	A Sr. ^a J.M. é autónoma na mobilidade dentro do domicílio e nas imediações do domicílio. No entanto, apresenta limitação ao esforço devido à DPOC e às restantes comorbilidades, o que condiciona deslocações mais prolongadas e contribui para uma menor participação social.
Trabalho e Lazer	A utente encontra-se reformada. Refere passar a maior parte do tempo em casa, a ver televisão e a realizar pequenas tarefas domésticas. Anteriormente participava em atividades religiosas, que atualmente se encontram reduzidas devido às limitações físicas, contribuindo para maior isolamento.
Expressão da Sexualidade	A Sr. ^a J.M. é viúva e não manifesta preocupações ou necessidades relacionadas com a sua sexualidade, encontrando-se adaptada à sua condição atual.
Sono	A utente refere ter um padrão de sono satisfatório, dormindo várias horas por noite, embora possa apresentar despertares ocasionais.
Morte	A Sr. ^a J.M. encara a morte como um processo natural da vida, referindo não ter medo, embora manifeste desejo de manter a sua autonomia e qualidade de vida pelo maior tempo possível.

Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão Expressiva

No que se refere à avaliação expressiva, a Sr.^a J.M. apresenta uma comunicação adequada, evidenciando capacidade para se expressar de forma clara, coerente e organizada durante as entrevistas realizadas. Relativamente à comunicação verbal, esta apresenta-se estruturada, sem alterações ao nível da linguagem ou do raciocínio. A utente consegue relatar acontecimentos, descrever a sua condição de saúde e expressar opiniões de forma compreensível, colaborando sempre ao longo da recolha de dados. No que diz respeito à comunicação não verbal, esta é congruente com o discurso, recorrendo a expressões faciais e gestos adequados, não se observando incoerências entre o que verbaliza e o que expressa.

Contudo, quando analisada no contexto familiar, a comunicação revela-se menos funcional. A Sr.^a J.M. refere dificuldades na partilha de sentimentos e necessidades com as filhas, sobretudo quando relacionados com a sua saúde e necessidade de apoio. Verbaliza que, em algumas situações, evita expressar o que sente para não gerar conflitos, o que contribui para a acumulação de sentimentos de frustração e incompreensão.

Relativamente à expressão emocional, a utente demonstra capacidade para identificar e expressar emoções, nomeadamente tristeza, mágoa e sentimento de abandono relativamente à dinâmica familiar atual. Refere sentir falta de maior apoio e proximidade por parte das filhas, sobretudo na gestão da sua condição de saúde.

Relativamente à resolução de problemas, esta apresenta-se pouco eficaz no seio familiar. Existem divergências entre as filhas quanto à partilha de responsabilidades no cuidado à mãe, não sendo alcançado consenso de forma consistente. Estas situações contribuem para a manutenção de tensões e dificultam a organização de um plano de apoio estruturado à utente.

No que diz respeito aos papéis familiares, verifica-se ausência de uma definição clara e consensual relativamente ao acompanhamento da Sr.^a J.M. Cada elemento assume responsabilidades de forma pontual e não articulada, o que compromete a continuidade dos cuidados e reforça a sensação de insegurança por parte da utente.

No que se refere às crenças e valores, a utente valoriza a autonomia, o respeito e a entreatjada. No entanto, na prática, verifica-se dificuldade em operacionalizar estes valores

no apoio à Sr.^a J.M., sobretudo devido à falta de comunicação eficaz e à existência de conflitos interpessoais.

De forma geral, a avaliação funcional expressiva evidencia que, apesar da Sr.^a J.M. apresentar capacidade comunicacional preservada a nível individual, existem fragilidades significativas na dinâmica familiar.

4.3.2.4. Plano de cuidados da Família 2

Com base na avaliação segundo o MCAIF foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE:

- Gestão do regime terapêutico comprometido (Quadro 6)
- Autogestão da doença comprometida (Quadro 7)
- Comunicação familiar não eficaz (Quadro 8)

Nos presentes quadros irei também apresentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas e os resultados obtidos.

Quadro 6- Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico Comprometido

Foco	Gestão do regime terapêutico
Juízo	Comprometido
Critérios de Diagnóstico	A Sr. ^a J.M. apresenta dificuldades na gestão do regime terapêutico, nomeadamente na organização e cumprimento da medicação diária. Evidencia esquecimentos na monitorização da glicemia capilar e dificuldades na administração da insulina, tanto ao nível da técnica como do cumprimento de horários. Não existe supervisão familiar regular, sendo a utente a principal responsável pela gestão da terapêutica.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as dificuldades da utente na gestão da terapêutica medicamentosa. • Educar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico e das consequências do incumprimento. • Adaptar os ensinamentos ao nível de literacia da utente. • Reforçar a importância da monitorização regular da glicemia capilar. • Ensinar e demonstrar a técnica correta de administração de insulina. • Incentivar o envolvimento das filhas no acompanhamento da

	terapêutica.
Resultados Obtidos	Após as intervenções desenvolvidas, a Sr. ^a J.M. passou a demonstrar maior consciência na importância do cumprimento da terapêutica e na monitorização da glicemia capilar, embora continue a necessitar de reforço e supervisão periódica. Observou-se também evolução na administração da insulina, com maior segurança na execução da técnica após os ensinamentos realizados. A utente verbalizou maior compreensão relativamente à função dos principais medicamentos e à importância da adesão terapêutica no controlo da sua condição de saúde.

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7- Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da Doença Comprometida

Foco	Autogestão da doença
Juízo	Comprometido
Critérios de Diagnóstico	A Sr. ^a J.M. apresenta dificuldades na autogestão da sua condição de saúde, evidenciando limitações na capacidade de integrar, no seu dia a dia, os cuidados necessários ao controlo das suas patologias crónicas. Durante a avaliação, foi possível identificar que a utente demonstra um conhecimento limitado relativamente à sua evolução das suas doenças, aos fatores de risco associados e às estratégias necessárias para prevenir complicações. Importa referir que a utente assume a gestão da sua condição de saúde de forma isolada, não existindo um suporte familiar estruturado e contínuo.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de conhecimento da Sr.^a J.M. sobre as suas patologias crónicas e fatores de risco associados. • Educar sobre a importância da monitorização regular da glicemia capilar e da tensão arterial • Reforçar a relação entre alimentação inadequada e DM • Incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente hábitos alimentares adequados. • Incentivar a participação ativa da utente nas consultas, promovendo a colocação de dúvidas. • Reforçar a importância da adesão terapêutica como parte integrante da autogestão da doença.
Resultados Obtidos	Após as intervenções realizadas, verificou-se um aumento gradual do conhecimento da Sr. ^a J.M. relativamente às suas patologias e aos cuidados necessários para o seu controlo. A utente demonstrou também maior envolvimento nas consultas de enfermagem e maior disponibilidade para integrar orientações fornecidas. De forma geral, as intervenções contribuíram para uma melhoria da autonomia na gestão da doença, promovendo maior segurança no autocuidado e redução do risco de complicações, embora se

	mantenha a necessidade de acompanhamento contínuo.
--	--

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 8- Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação Familiar Não Eficaz

Foco	Processo Familiar
Juízo	Disfuncional
Critérios de Diagnóstico	A Família 2 apresenta dificuldades na comunicação entre os seus membros, caracterizada por ausência de diálogo aberto, limitação na expressão de sentimentos e dificuldade na partilha de necessidades. A Sr. ^a J.M. refere que nem sempre expressa as suas dificuldades para evitar conflitos, o que contribui para sentimentos de incompreensão e isolamento. Estas dificuldades comprometem a dinâmica familiar e a capacidade de resposta às necessidades da utente.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os padrões de comunicação entre os membros da família. • Promover a expressão de sentimentos e necessidades de forma clara e assertiva. • Incentivar o diálogo entre a utente e as filhas. • Reforçar a importância da comunicação na organização do cuidado familiar. • Desenvolver estratégias de comunicação eficaz adaptadas à família.
Resultados Obtidos	Após as intervenções realizadas, a utente passou a demonstrar maior abertura na expressão das suas necessidades e dificuldades, verbalizando de forma mais clara alguns dos seus sentimentos, o que contribuiu para uma melhor compreensão por parte das filhas. Verificou-se também uma maior consciencialização, por parte das filhas, da importância da comunicação no apoio à utente, tendo sido possível identificar momentos de maior colaboração. Apesar destes progressos, mantém-se a necessidade de reforço contínuo das estratégias comunicacionais.

Fonte: Elaboração Própria

No seguimento das intervenções implementadas junto da Família 2, foi possível observar evolução positiva relativamente aos três diagnósticos de enfermagem identificados. Inicialmente, a Sr.^a J.M. apresentava dificuldades na gestão do seu regime terapêutico, não existindo supervisão familiar estruturada e evidenciava conhecimento limitado relativamente às suas patologias crónicas. Ao nível familiar, verificava-se uma comunicação pouco eficaz, marcada por ausência de diálogo e dificuldades na partilha de necessidades, o que comprometia o apoio à utente.

Com a implementação das intervenções de enfermagem, nomeadamente através de estratégias educativas individualizada e reforço dos ensinamentos, verificou-se uma melhoria na gestão do regime terapêutico e na autogestão da doença. Ao nível da comunicação familiar, observou-se uma maior abertura ao diálogo e alguma melhoria na expressão de necessidades.

De forma global, as intervenções realizadas contribuíram para melhorar a gestão da condição de saúde da Sr.^a J.M., promovendo maior autonomia, segurança no autocuidado e uma evolução positiva na dinâmica familiar. Este processo evidenciou o papel do EEESF na capacitação da pessoa idosa e da família, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO

Enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária na área de ESF, foi-me solicitado o desenvolvimento de uma postura crítica, reflexiva e fundamentada relativamente à prática clínica desenvolvida ao longo do estágio. Este processo constituiu uma oportunidade privilegiada de análise das intervenções realizadas, permitindo não apenas a consolidação de conhecimentos, mas também o desenvolvimento progressivo de competências específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da avaliação familiar, do planeamento de cuidados centrados na família e da implementação de intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

A integração numa USF proporcionou-me um contexto particularmente favorável ao desenvolvimento das competências enquanto futuro EEESF. Este contexto, centrado na continuidade de cuidados e na proximidade com os utentes e as suas famílias, permitiu-me acompanhar de forma longitudinal diferentes situações de saúde, compreendendo a pessoa não apenas na sua dimensão individual, mas inserida no seu sistema familiar e no seu contexto de vida. Esta perspetiva revelou-se essencial para a adequação das intervenções de enfermagem, reforçando a importância de uma abordagem holística, integrada e centrada na família.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de intervir em diversas áreas tradicionalmente organizadas por programas de saúde. Contudo, a prática desenvolvida permitiu ultrapassar uma lógica centrada nesses programas, evoluindo para uma abordagem orientada pelas necessidades da pessoa e da sua família, independentemente do programa que se inseriam. Esta perspetiva revelou-se essencial para a compreensão do papel do EEESF, cuja intervenção se caracteriza pela integração de cuidados, pela continuidade e pela capacidade de articular diferentes áreas de intervenção de forma coerente e ajustada.

Particularmente no acompanhamento de pessoas com doença crónica, como a HTA e a DM, tornou-se evidente a importância da intervenção do EEESF na promoção da autogestão da doença. Para além da avaliação clínica, a intervenção centrou-se na capacitação da pessoa e da família, promovendo a aquisição de conhecimentos e

competências que permitissem uma gestão mais autônoma e segura da condição de saúde. Neste contexto, a educação para a saúde assumiu um papel central, sendo adaptada às características individuais de cada utente, nomeadamente ao seu nível de literacia em saúde, motivação e contexto familiar.

Contudo, a prática evidenciou também desafios significativos, nomeadamente ao nível da motivação para a mudança de comportamentos. Em várias situações, verificou-se resistência à adoção de estilos de vida saudáveis, particularmente no que diz respeito à alimentação e à prática de atividade física. Esta realidade exigiu o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação terapêutica, da negociação e da utilização de estratégias motivacionais, reforçando a importância de uma abordagem centrada na pessoa e baseada na construção de uma relação de confiança.

No âmbito da saúde infantil e juvenil, a intervenção permitiu-me desenvolver competências ao nível da avaliação do crescimento e desenvolvimento, bem como na identificação precoce de alterações. No entanto, mais do que a componente técnica, destacou-se a importância do envolvimento dos pais enquanto principais cuidadores, sendo fundamental promover a sua capacitação e participação ativa no processo de cuidados. A interação com a família revelou-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a adoção de comportamentos promotores de saúde no contexto familiar.

De igual forma, na área da saúde materna e da saúde reprodutiva e planeamento familiar, a intervenção do EEESF evidenciou-se na promoção de uma vivência saudável e informada destas fases do ciclo vital. A gravidez, enquanto período de grande vulnerabilidade e transição, exigiu uma abordagem sensível e centrada na mulher e na sua família, promovendo o apoio emocional, o esclarecimento de dúvidas e a preparação para a parentalidade. A dimensão relacional assumiu, neste contexto, particular relevância, contribuindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e na segurança.

No âmbito da vacinação, para além da administração técnica, destacou-se o papel do EEESF na promoção da adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV) e na capacitação das famílias. Este contexto evidenciou a importância da comunicação terapêutica, particularmente com crianças e pais, exigindo estratégias adaptadas à gestão da ansiedade e

do medo. A criação de um ambiente de confiança revelou-se essencial, reforçando a dimensão relacional e educativa da prática de enfermagem.

Relativamente à sala de tratamentos e à administração de terapêutica injetável, a prática permitiu não só a execução de cuidados técnicos diferenciados, como também o acompanhamento evolutivo de casos clínicos, nomeadamente no tratamento de feridas. Esta continuidade possibilitou a avaliação da eficácia das intervenções e a sua adaptação ao longo do tempo, promovendo cuidados mais personalizados. Paralelamente, constituiu uma oportunidade para reforçar a educação para o autocuidado, incentivando a autonomia dos utentes e das suas famílias.

No que se refere à consulta de enfermagem à pessoa sob terapêutica anticoagulante oral, a intervenção centrou-se na monitorização do *International Normalized Ratio* (INR) e na prevenção de complicações. Contudo, evidenciou-se sobretudo a importância da capacitação do utente para a gestão segura da terapêutica, nomeadamente ao nível da alimentação, da adesão ao regime terapêutico e do reconhecimento de sinais de alerta. Esta intervenção exigiu uma abordagem individualizada, reforçando a promoção da segurança e a prevenção de riscos.

A prestação de cuidados no domicílio constituiu uma das experiências mais significativas ao longo do estágio, permitindo uma compreensão aprofundada do contexto de vida dos utentes e das suas famílias. A observação direta das condições habitacionais, das rotinas e das dinâmicas familiares possibilitou a identificação de necessidades que, muitas vezes, não são evidentes em contexto institucional. Esta abordagem revelou-se fundamental para a adequação das intervenções e para a promoção de cuidados mais personalizados e eficazes.

A visita domiciliária evidenciou, de forma clara, o papel do EEESF na articulação entre os diferentes níveis de cuidados e na promoção da continuidade assistencial. Para além da realização de cuidados técnicos, estas intervenções permitiram desenvolver uma relação de proximidade com os utentes e suas famílias, facilitando a identificação de problemas e a implementação de estratégias de intervenção ajustadas.

De forma transversal a todas as áreas de intervenção, destacou-se a importância da promoção da literacia em saúde. A necessidade de adaptar a informação ao nível de

compreensão dos utentes constituiu um desafio constante, exigindo a utilização de uma comunicação clara, acessível e ajustada.

A prática desenvolvida permitiu também reconhecer a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, nomeadamente na articulação com médicos, outros enfermeiros e restantes profissionais de saúde. Esta colaboração revelou-se essencial para a prestação de cuidados integrados e de qualidade, permitindo uma abordagem mais completa e eficaz das necessidades dos utentes e das suas famílias.

Ao longo do estágio, verifiquei uma evolução significativa ao nível da minha prática, traduzida numa maior autonomia, capacidade de análise crítica e tomada de decisão clínica. A reflexão contínua sobre a prática permitiu identificar áreas de melhoria, bem como consolidar competências fundamentais para o exercício profissional enquanto EEESF.

Importa, no entanto, reconhecer que este percurso não esteve livre de desafios. A adaptação das intervenções às características individuais de cada família, a gestão de situações complexas e a necessidade de conciliar diferentes exigências assistenciais constituíram dificuldades relevantes. Contudo, estes desafios foram encarados como oportunidades de aprendizagem, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Concluindo, o estágio constituiu uma experiência profundamente enriquecedora, não apenas pela diversidade de contextos de intervenção, mas sobretudo pelo desenvolvimento de uma prática reflexiva, crítica e fundamentada. Este percurso permitiu consolidar competências essenciais do EEESF, reforçando a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família, baseada na continuidade de cuidados, na promoção da autonomia e na capacitação para a gestão da saúde. Assim, considero que esta experiência teve um impacto significativo na construção da minha identidade profissional, preparando-me para uma prática mais consciente, autónoma e orientada para a qualidade dos cuidados.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 140/2019, de 14 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, define as competências comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecendo que este profissional deve assegurar uma prática diferenciada, segura, ética e fundamentada em evidência científica. Estas competências abrangem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo do estágio em ESF, desenvolvi e consolidei estas competências através da implementação do projeto de intervenção e da integração ativa na dinâmica da USF. No que respeita às competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei garantir uma prática profissional assente no respeito pelos direitos da pessoa e da família, assegurando confidencialidade, consentimento informado e tomada de decisão partilhada. As intervenções junto das famílias foram conduzidas de forma ética e responsável, promovendo a autonomia dos utentes e o envolvimento dos familiares no processo de cuidados, mantendo sempre uma postura profissional assente na responsabilidade, no respeito e na defesa da dignidade da pessoa idosa.

Relativamente às competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi a minha intervenção com base na identificação de lacunas na gestão medicamentosa e na necessidade de reforçar o conhecimento das famílias. Investiguei a evidência científica disponível, selecionei estratégias adequadas e implementei intervenções fundamentadas, com o objetivo de promover um ambiente terapêutico seguro. A utilização do MCAIF contribuiu para estruturar os cuidados de forma organizada e sistematizada, reforçando a qualidade da prática.

No que diz respeito às competências no domínio da gestão dos cuidados, procurei organizar e planear a intervenção de forma estruturada, articulando com a equipa multidisciplinar sempre que necessário. A participação ativa nas atividades da USF permitiu-me consolidar a importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz entre

profissionais. A gestão dos cuidados centrou-se na otimização da resposta às necessidades das famílias, promovendo continuidade, segurança e coerência na intervenção.

Esta experiência permitiu-me compreender que a gestão de cuidados vai além da planificação direta das intervenções clínicas, envolvendo também a articulação de recursos humanos e materiais de forma adequada, de modo a garantir uma resposta organizada e eficaz às necessidades das famílias. Neste sentido, reconheci a importância de uma atuação colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados e para a promoção de um ambiente seguro e centrado na pessoa e na família, tal como preconizado no perfil do Enfermeiro Especialista.

Por fim, no âmbito das competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaco o reforço do autoconhecimento e da capacidade reflexiva. Ao longo do estágio, realizei reflexão crítica sobre as intervenções desenvolvidas, identificando pontos fortes e áreas de melhoria. A aplicação de conhecimentos provenientes da evidência científica e a participação ativa nas dinâmicas da equipa contribuíram para o desenvolvimento da assertividade e da autonomia profissional.

De forma global, o percurso desenvolvido ao longo do estágio permitiu consolidar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, reforçando a importância de uma prática profissional ética, responsável e baseada na evidência científica. A integração nas atividades da USF, o contacto direto com as famílias e a articulação com a equipa multidisciplinar contribuíram para o desenvolvimento de uma intervenção mais estruturada, segura e centrada nas necessidades das pessoas e das famílias. Este processo permitiu-me desenvolver maior capacidade de reflexão crítica, autonomia na tomada de decisão e consciência do papel do enfermeiro especialista na promoção da qualidade e continuidade dos cuidados, aspetos fundamentais para uma prática de enfermagem diferenciada e orientada para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF deve desenvolver competências que permitam cuidar das famílias enquanto unidade de cuidados, promover a saúde ao longo do ciclo vital e capacitar as famílias para a gestão da saúde e da doença. Durante o estágio em ESF, procurei desenvolver estas competências através da concretização dos objetivos definidos no projeto de intervenção, centrado na gestão medicamentosa da pessoa idosa.

Um dos objetivos fundamentais consistiu em cuidar das famílias enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Para atingir este objetivo, procurei desenvolver a prática de ESF sustentada nas evidências científicas mais recentes e nas boas práticas profissionais. A avaliação das famílias foi realizada através de uma colheita sistemática de dados, recorrendo a instrumentos de avaliação familiar e à aplicação do MCAIF, o que permitiu compreender a estrutura, o funcionamento e o contexto das famílias acompanhadas. Com base nesta avaliação, foram elaborados planos de cuidados individualizados e centrados na família, tendo em conta as necessidades identificadas, os recursos disponíveis e os objetivos definidos em conjunto com os participantes. A integração dos referenciais teóricos da enfermagem na prática clínica permitiu desenvolver uma intervenção mais estruturada, reflexiva e ajustada à realidade das famílias acompanhadas.

Outro objetivo relevante foi liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF. Ao longo do estágio procurei participar ativamente na organização e desenvolvimento das intervenções realizadas, desenvolvendo progressivamente competências relacionadas com a planificação, implementação e avaliação dos cuidados. A articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se fundamental para identificar necessidades das famílias e definir prioridades de intervenção. A comunicação terapêutica estabelecida com os membros das famílias permitiu promover a sua participação ativa no processo de cuidados e incentivar a tomada de decisões informadas. Paralelamente,

procurei refletir criticamente sobre as intervenções realizadas, analisando os resultados obtidos e identificando oportunidades de melhoria na prática profissional.

Por fim, um dos objetivos centrais do projeto consistiu em promover a saúde das famílias com pessoas idosas, fortalecendo a gestão segura, eficaz e responsável da medicação, com o intuito de prevenir erros, melhorar a adesão terapêutica e contribuir para uma melhor qualidade de vida. Neste âmbito, foram avaliados os regimes terapêuticos das pessoas idosas acompanhadas, identificando possíveis dificuldades na gestão da medicação, riscos associados à polimedicação e fatores que poderiam comprometer a adesão terapêutica. Foi também realizada a identificação dos conhecimentos, crenças e práticas das famílias relativamente à medicação, permitindo compreender melhor as necessidades de intervenção.

Através de estratégias educativas e de aconselhamento, procurei capacitar a pessoa idosa e a família para uma gestão mais segura da medicação, reforçando conhecimentos relacionados com a indicação dos medicamentos, posologia, efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas. Foram ainda implementadas estratégias facilitadoras da adesão terapêutica, como a organização da medicação e a simplificação do regime terapêutico sempre que possível, bem como a sensibilização para boas práticas de armazenamento e administração da medicação no domicílio. Sempre que foram identificadas situações de maior risco, procedeu-se à articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a otimização do regime terapêutico e para a promoção da segurança medicamentosa.

Em termos gerais, o desenvolvimento destas competências permitiu-me compreender melhor o papel do EEESF na promoção da saúde das famílias e na capacitação dos seus membros para a gestão da saúde e da doença. A intervenção centrada na família, sustentada em modelos teóricos de enfermagem e na evidência científica, contribuiu para uma abordagem mais integrada e eficaz dos cuidados, reforçando a importância do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no contexto dos CSP.

6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o grau de mestre implica não só o aprofundamento de conhecimentos numa área específica, mas

também a capacidade de os aplicar em situações complexas, com pensamento crítico e fundamentação científica (Diário da República, 2018). Ao longo deste percurso no 9º Mestrado de Enfermagem em associação, na especialização de ECESF, considero que desenvolvi progressivamente essas competências, quer ao longo do período teórico do mestrado, quer durante as atividades desenvolvidas em período de estágio.

A realização do projeto “Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar” exigiu a consolidação de conhecimentos científicos e a capacidade de os aplicar numa realidade concreta e complexa. Este processo ajudou-me a desenvolver capacidade de análise crítica e a perceber a importância da prática baseada na evidência.

No que respeita à aquisição de conhecimentos e capacidade de compreensão, esta foi desenvolvida através da realização de uma revisão integrativa da literatura sobre a temática da gestão medicamentosa na pessoa idosa. A pesquisa em bases de dados científicas permitiu-me aprofundar conhecimentos e compreender melhor os fatores que influenciam a adesão terapêutica e a autogestão da doença.

Relativamente à aplicação do conhecimento em situações novas e não familiares, esta competência foi trabalhada no contexto do estágio, onde tive de adaptar a evidência científica à realidade específica das famílias acompanhadas. A utilização do MCAIF e dos instrumentos de recolha de dados exigiu capacidade de interpretação, organização do raciocínio clínico e tomada de decisão fundamentada.

A capacidade para lidar com questões complexas em situações de informação limitada foi particularmente evidente na avaliação familiar, onde nem sempre a informação disponível era completa ou linear. Foi necessário analisar dados recolhidos, identificar prioridades e estruturar intervenções ajustadas à realidade das famílias, mantendo sempre uma postura crítica e reflexiva.

No que se refere à capacidade de comunicar conclusões e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades, esta foi desenvolvida através da reflexão crítica da aprendizagem no campo clínico e da redação do presente relatório de estágio. A sistematização do percurso realizado, a articulação entre teoria e prática e a apresentação estruturada dos diagnósticos e intervenções permitiram consolidar competências de comunicação científica.

Por fim, as competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma, foram reforçadas através do desenvolvimento deste trabalho, assumindo responsabilidade pela pesquisa, organização da informação e construção do relatório final, posteriormente publicado e divulgado no contexto académico. A redação deste relatório constituiu um momento significativo de aprendizagem, na medida em que a organização das ideias, a articulação entre a teoria e a prática e a necessidade de escrever de forma clara me exigiram uma reflexão aprofundada sobre as intervenções realizadas, os seus fundamentos e o impacto da minha atuação.

Em articulação com o desenvolvimento do projeto e a elaboração do presente relatório, procurei investir na divulgação do conhecimento produzido, destacando a elaboração de um póster intitulado *Autocuidado do Idoso Polimedicado em contexto domiciliário* nas primeiras Jornadas Internacionais de Enfermagem organizadas pela ULSAC. Participei igualmente no Congresso *International Congress of Family Health*, realizado na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, bem como nas Jornadas *Literacia em Saúde e Autocuidado ao Longo do Ciclo Vital*, promovidas pela ESESJD. A participação nestes eventos contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos, contacto com diferentes perspetivas e reforço da importância da prática baseada na evidência e da literacia em saúde no contexto da ESF.

De forma global, o percurso realizado ao longo do Mestrado permitiu-me desenvolver autonomia profissional, pensamento crítico e capacidade de intervenção fundamentada. Este processo reforçou a minha competência para integrar conhecimento científico na prática clínica, tomar decisões sustentadas em evidência e intervir de forma mais segura, consciente e diferenciada junto das famílias, competências essenciais ao perfil do Mestre em Enfermagem.

7. CONCLUSÃO

A realização deste estágio constituiu um momento fundamental no meu percurso acadêmico e profissional, permitindo-me desenvolver e consolidar competências no âmbito da ESF. Ao longo deste percurso, tive a oportunidade de integrar, de forma prática, uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados, compreendendo melhor as suas dinâmicas, necessidades e dificuldades, bem como o impacto destas na gestão da saúde.

O desenvolvimento do projeto de intervenção centrado na gestão medicamentosa na pessoa idosa revelou-se particularmente relevante, permitindo-me aplicar, em contexto real, os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo. A utilização do MCAIF constituiu um instrumento essencial na sistematização da avaliação das famílias, possibilitando uma abordagem estruturada, individualizada e ajustada às suas necessidades. Através da avaliação familiar, foi possível identificar diagnósticos de enfermagem relevantes que influenciam diretamente a segurança e a qualidade de vida das pessoas idosas. A implementação de intervenções educativas individualizadas permitiu promover o aumento da literacia em saúde, melhorar a compreensão da terapêutica e reforçar a autonomia dos idosos e das suas famílias.

O contacto com diferentes realidades familiares exigiu uma adaptação constante das intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, flexibilidade e adequação dos cuidados. A integração na USF foi igualmente determinante, permitindo o trabalho em equipa multidisciplinar e a articulação com diferentes profissionais de saúde, essenciais para uma resposta mais eficaz e integrada às necessidades das famílias.

Ao nível do desenvolvimento profissional, este estágio permitiu consolidar competências essenciais do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no pensamento crítico, na tomada de decisão fundamentada, na comunicação terapêutica e na educação para a saúde. A reflexão contínua sobre a prática contribuiu para o desenvolvimento de maior autonomia, consciência profissional e capacidade de adaptação a diferentes contextos.

Ao longo deste percurso, procurei pautar a minha atuação pela responsabilidade, assiduidade e respeito pelos princípios éticos e legais da profissão, mantendo uma postura

de abertura à aprendizagem. Todas as experiências vivenciadas contribuíram para a construção da minha bagagem de conhecimentos, sendo fundamentais o esforço, a dedicação e a capacidade de superação de dificuldades.

De forma geral, considero que os objetivos definidos foram atingidos, tendo sido possível desenvolver uma intervenção fundamentada, centrada na família. Este percurso contribuiu significativamente para a construção da minha identidade enquanto futuro EEESF, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência científica, na ética e na proximidade com a família e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital.

Concluo, assim, que esta experiência superou os objetivos inicialmente definidos, permitindo-me não só adquirir competências técnicas e científicas, mas também desenvolver uma visão mais crítica, reflexiva e humanizada da prática de enfermagem. Sinto-me mais preparado para o exercício profissional enquanto futuro EEESF, consciente dos desafios existentes, mas motivado para contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

Por fim, reforço a importância da ESF enquanto área fundamental na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação das famílias, assumindo um papel central na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na sustentabilidade dos cuidados de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BICSP. (maio de 2025). SNS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

David, R. E., Ferrara, K. G., Schrecker, J., Paculdo, D., Johnson, S., Bentley-Lewis, R., Heltsley, R., & Peabody, J. W. (2024). Impact of medication nonadherence and drug-drug interaction testing on the management of primary care patients with polypharmacy: a randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 22(1), 540. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03757-6>

De Lima Sardinha, A. H., Sousa, L. G., de Sousa, S. M. F., & Almeida, J. dos S. (2021). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 24(3), 477–492. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>

Diário da República. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 8 de dezembro. Cria as unidades locais de saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Diário da República. (agosto de 2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Fonte: Diário da República Eletrónico: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Durán-Luque, M., Robles-Muñoz, M. R., Velasco-García, M. E., Gómez-Peña, C., Cobos-Vargas, Á., Núñez-Núñez, M., & Bueno-Cavanillas, A. (2026). Interventions to enhance in-home taking medication among older adults with multimorbidity/polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1701622. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1701622>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.

Gomes, D., Placido, A. I., Mó, R., Simões, J. L., Amaral, O., Fernandes, I., Lima, F., Morgado, M., Figueiras, A., Herdeiro, M. T., & Roque, F. (2019). Daily Medication

Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010200>

Henriques, C. M.G. & Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>

Kor, P. P. K., Yu, C. T. K., Li, Y., Tsang, A. P. L., Tan, L. H. Z., Lam, S. C., Lee, P. H., Liu, J. Y. W., Leung, A. Y. M., & Lee, K. C. (2024). Development and validation of a health literacy scale for family caregivers of older people with chronic illness. *BMC Nursing*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02057-x>

Li, X., Yang, Z., Zhao, Y., & Peng, Y. (2025). Effects of Orem’s self-care deficit theory-based self-care education programme on quality of life, self-energy efficiency, mental health and nursing satisfaction in elderly patients with prostate cancer. *Archivos Españoles de Urología*, 78(4), 442–450.

Mota, M., Caramelo, A., Carvalho, A., (2024). Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 1-11

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359–19363.

Pagán, C. R., & Schmitter-Edgecombe, M. (2026). Health literacy in older adults: The newest vital sign and its relation to cognition and healthy lifestyle behaviors. *Applied Neuropsychology: Adult*, 33(1), 101–108. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2334348>

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Health literacy in Portugal: Results of the Portuguese version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-PT). *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 707–715.

Perpétuo, C., Plácido, A. I., Monteiro, A., Mateos-Campos, R., Herdeiro, M. T., & Roque, F. (2025). Health literacy and medication adherence among low-income older adults in the inner center of Portugal: A questionnaire-based study. *Healthcare*, 13, 2560. <https://doi.org/10.3390/healthcare13202560>

Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., Simões, J. L., Amaral, O., Figueiras, A., & Roque, F. (2020). Voices of Polymedicated Older Patients: A Focus Group Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186443>

Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., Simões, J. L., Amaral, O., Figueiras, A., & Roque, F. (2021). Health professionals perception and beliefs about drug- related problems on polymedicated older adults- a focus group study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01972-3>

Poorcheraghi, H., Moradian, S. T., Mousavi, S. Q., & Mokhtari Nouri, J. (2025). The effectiveness of microlearning-based education on medication adherence and health literacy in elderly individuals: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 15, 45002. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-29769-7>

Sabo, K., & Revell, S. H. (2024). Facilitating health-promoting self-care in older adults: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 37(4), 344–352.

Sanches Alarcon, M. F., Carvalho Cardoso, B., Borges Ala, C., Garcia Damaceno, D., Boacnin Yoneda Sponchiado, V., & Sanches Marin, M. J. (2022). Elderly victims of violence: family assessment through the Calgary model. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 43, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200218>

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

SNS. (2021). Fonte: Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/04/criacao-de-usf-em-2021/>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Svavarsdottir, E. K., Lemos, S., Andrade, L., Barbieri-Figueiredo, M. D. C., Tryggvadottir, G. B., & Lima, L. (2024). Psychometric Testing of the Experience of Integrating Chronic Illness into Family Life Questionnaire. *Journal of Family Nursing*, 30(2), 174–184. <https://doi.org/10.1177/10748407241236010>

Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, 57(3), 480–485. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (5.^a ed.). São Paulo: Roca.

Xin, G., Yuanxing, W., Jiaming, W., & Xue, H. (2025). Medication multiple experiences of elderly patient with multiple chronic condition: A qualitative meta-synthesis. *PloS One*, 20(9), e0331753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331753>

APÊNDICES

Apêndices A- Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado

Exmo./a Sr./a,

O meu nome é Paulo Jorge Barroso Toscano, sou enfermeiro no Serviço de Urgência Polivalente da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, área de Saúde Familiar da Universidade de Évora, em associação.

No âmbito do estágio a decorrer na presente Unidade de Saúde Familiar, estou a desenvolver um projeto de intervenção, intitulado “Gestão Medicamentosa na Pessoa Idosa – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar”, com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista Sandra Pereira e sob a orientação da Professora Doutora Ermelinda Caldeira.

Convido-o/a a participar neste projeto, que tem como principal objetivo: promover uma maior adesão e uma gestão eficaz da terapêutica medicamentosa em famílias com pessoas idosas que assegurem de forma autónoma a sua terapêutica,

A entrevista será conduzida pelo mestrando e terá a duração de aproximadamente 30-45 minutos. A informação recolhida é confidencial e será tratada de forma anónima e exclusiva para fins académicos. A sua participação é totalmente voluntária e poderá interromper ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ou implicação.

Ao aceitar participar, está a dar o seu consentimento informado, autorizando a recolha e utilização dos dados acima garantidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019).

Agradeço, desde já, pela sua disponibilidade e contributo.

Declaro que li e compreendi a informação acima apresentada. Estou informado/a e esclarecido/a acerca dos objetivos e do meu consentimento livre, e permito a utilização dos dados recolhidos para fins estritamente académicos.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do mestrando: _____

Data: ___/___/_____

Apêndices B- Entrevista Semi-Estruturada

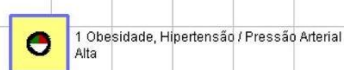
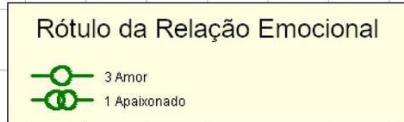
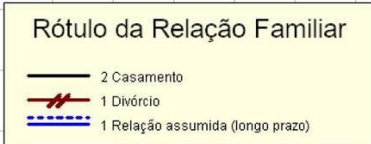
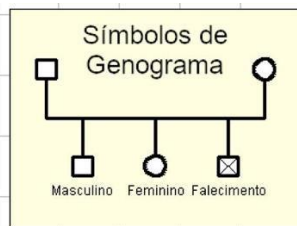
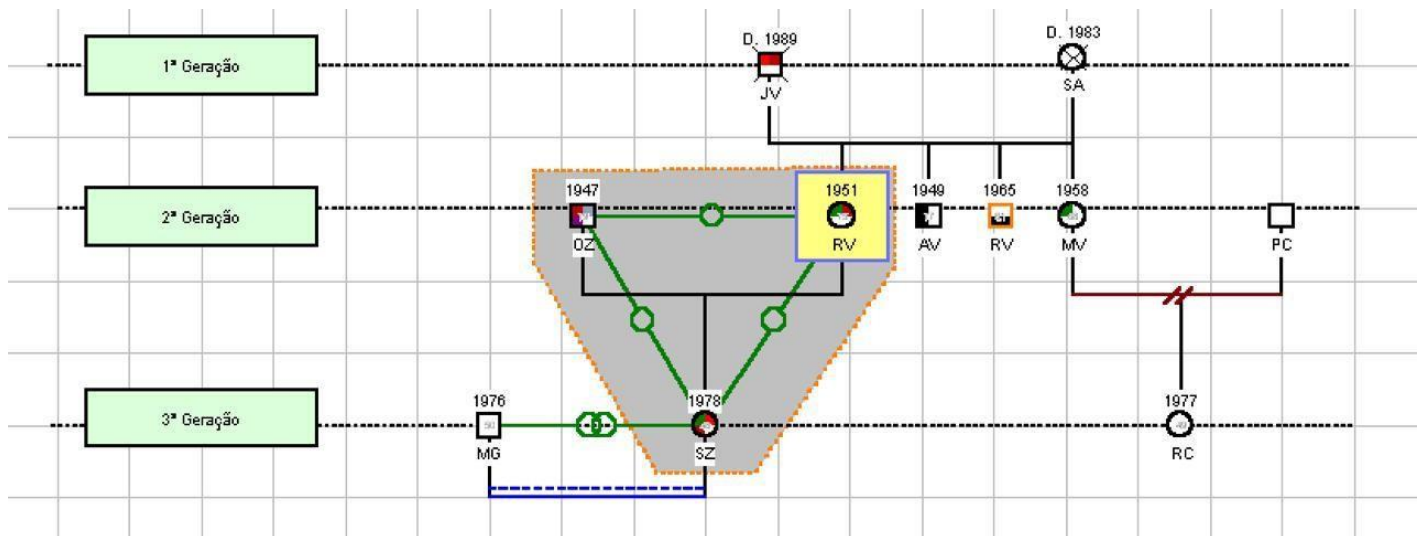
Identificação dos membros constituintes do agregado familiar:

NOME	PARENTESCO	GÉNERO/SEXO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO

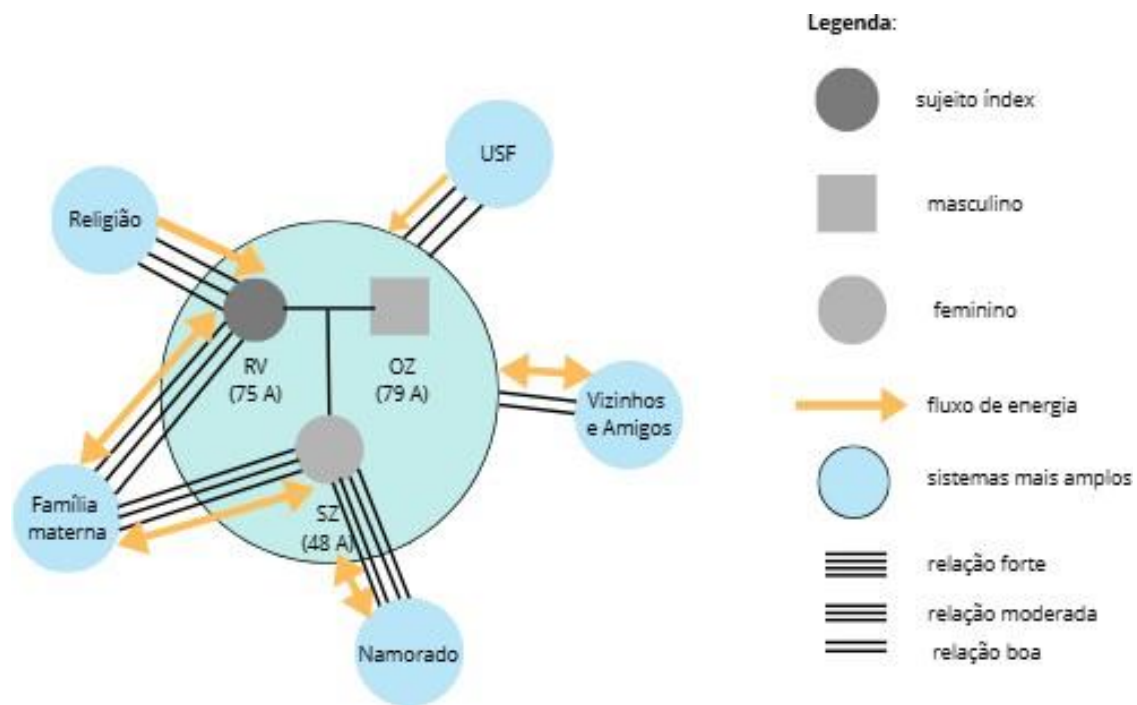
Apresento o guião orientador da entrevista semiestruturada que será utilizado:

- Qual é o seu nome completo?
- Qual a sua idade e data de nascimento?
- Onde nasceu? E onde vive atualmente?
- Qual é o seu estado civil?
- Quem faz parte do seu agregado familiar?
- Qual o seu nível de escolaridade? E dos restantes membros da família?
- Qual é/era a sua profissão?
- A sua situação financeira é estável?
- Quem é o principal responsável pela gestão da medicação?
- Já houve esquecimentos de toma de medicação ou trocas?
- Como organizam a medicação no domicílio?
- Utilizam métodos como caixas, lembretes ou listas? Acham que é um método que funcione para vocês?
- Quem prepara a medicação de cada membro familiar?
- Sabem para que serve cada medicamento?
- Seguem os horários certos da toma e a dose prescrita?
- Tem dúvidas ou receios dos efeitos adversos? Costumam ler a bula terapêutica?
- Quais são os principais desafios que encontram no vosso dia-a-dia para gerirem a medicação?
- Algum membro familiar tem problemas visuais, de memória ou leitura?
- Têm dificuldades económicas para manterem a terapêutica prescrita?
- Alguma vez em contexto de consulta já foi abordado este assunto por algum profissional de saúde, principalmente de enfermeiros?
- Que tipo de ajuda ou ensino consideraria útil neste momento?
- Na sua opinião, acha que este projeto pode ajudar a sua e/ou outras famílias?
- Gostava de acrescentar algo?

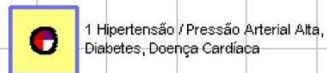
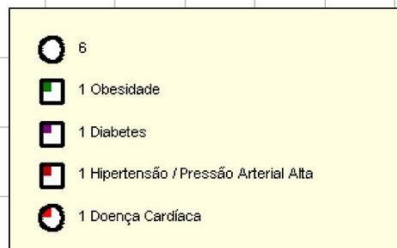
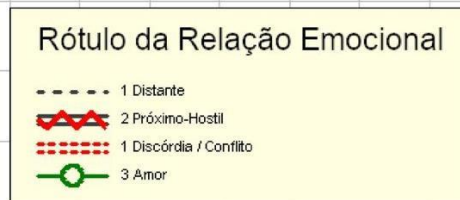
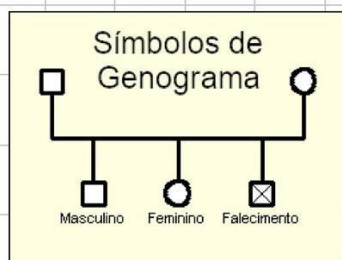
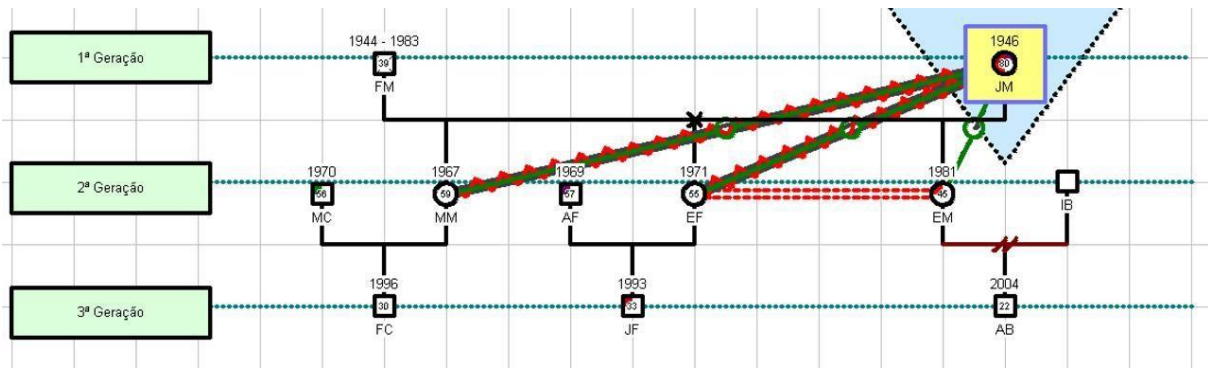
Apêndices C- Genograma da Família 1



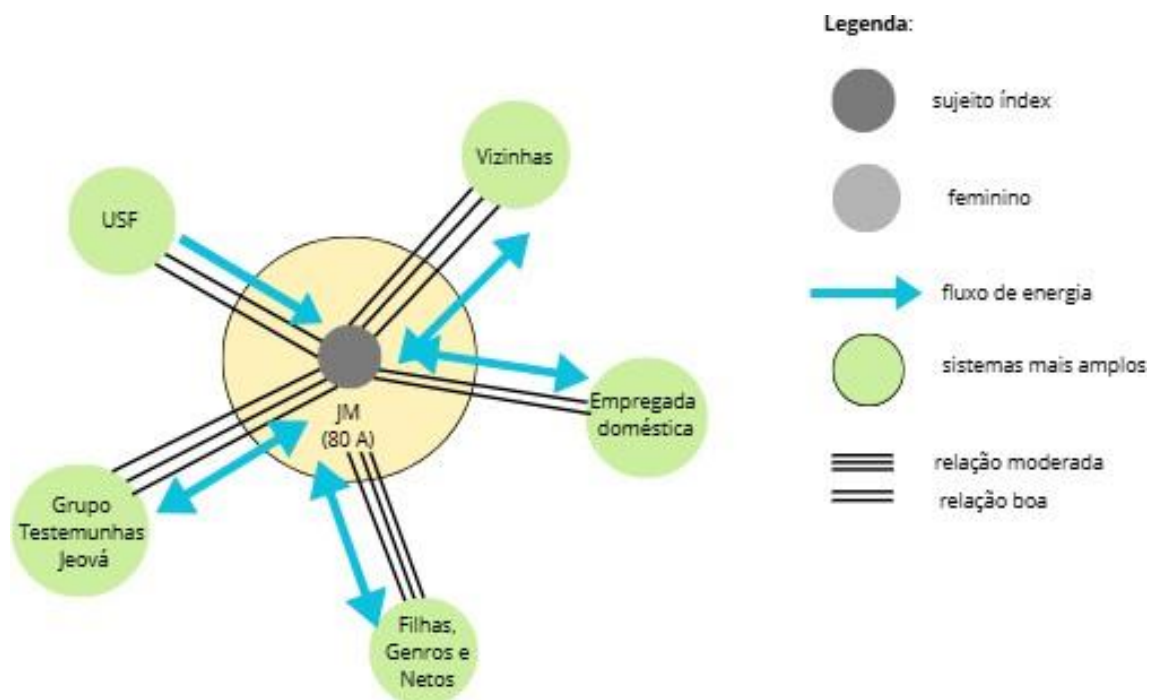
Apêndices D- Ecomapa da Família 1



Apêndices E- Genograma da Família 2



Apêndices F- Ecomapa da Família 2



ANEXOS

Anexos A- Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

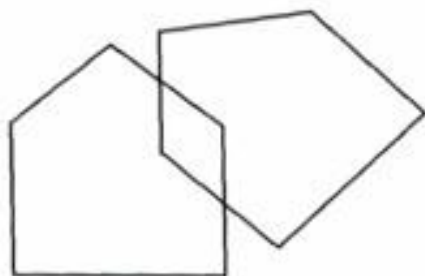
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Anexos B- APGAR Familiar (Smilkstein, 1978)

	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			
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida			
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			
Total			

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

Anexos C- Escala de Graffar, printscreen representativo do Sclínico

Habituação				
Graffar				
C.Duwall				
Tipo de Família				
Risco Familiar Garcia-Gonzalez				
Risco Familiar Segovia Dreyer				
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 intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa 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 semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA BADA

Anexos D- Ciclo de Vida Familiar de Duvall, printscreen representativo do Sclínico

Habitação Graffar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)