

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

Co-construction of a caregiver-monitoring model

La coconstrucción de un modelo de apoyo a los familiares cuidadores

Daniela França^{1,2}

[ID https://orcid.org/0000-0002-3687-8312](https://orcid.org/0000-0002-3687-8312)

António Joaquim Rocha Festa^{3,4}

[ID https://orcid.org/0000-0002-9163-5305](https://orcid.org/0000-0002-9163-5305)

Patrícia Maria Silva Santos⁵

[ID https://orcid.org/0000-0001-7284-864X](https://orcid.org/0000-0001-7284-864X)

Maria de Fátima de Araújo⁴

[ID http://orcid.org/0000-0001-5254-530X](http://orcid.org/0000-0001-5254-530X)

Maria José da Silva Peixoto⁴

[ID https://orcid.org/0000-0003-4131-4279](https://orcid.org/0000-0003-4131-4279)

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

² Instituto Português de Oncologia do Porto, Hospital de Dia de Adultos, Porto, Portugal

³ Administração Regional de Saúde do Norte, Unidade de Saúde Familiar de Faria Guimarães, Porto, Portugal

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

⁵ Administração Regional de Saúde do Norte, Unidade de Saúde Familiar de Covelo, Porto, Portugal

Autor de correspondência

Daniela França

E-mail: danielat.franca@gmail.com

Recebido: 11.10.21

Aceite: 18.02.22

Resumo

Enquadramento: A abordagem aos cuidadores informais coloca novos desafios à enfermagem, que deve sustentar a conceção de cuidados na melhor evidência científica. A documentação dos sistemas de informação deve gerar indicadores que espelhem o papel dos enfermeiros como facilitadores de uma transição saudável.

Objetivo: Redefinir a conceção de cuidados ao familiar cuidador a partir da análise dos registos que espelha a atividade dos enfermeiros com os cuidadores.

Metodologia: Estudo com abordagem qualitativa assente na pesquisa ação participativa em saúde, desenvolvido com uma amostra de 16 enfermeiros em atividade de cuidados de saúde primários. Recorreu-se às notas de campo e considerou-se os pressupostos defendidos por Bardin para a análise de conteúdo.

Resultados: Emergiram três categorias, organização do trabalho dos enfermeiros, limitações à documentação em enfermagem e uniformização dos registos. Em conjunto com os participantes desenvolveu-se um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores.

Conclusão: Os pressupostos da pesquisa-ação participativa em saúde facilitaram a redefinição do modelo assistencial conducente a melhoria na qualidade de cuidados e documentação nos sistemas de informação em enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem; familiar cuidador; processo de enfermagem; sistemas de informação em saúde

Abstract

Background: The approach to informal caregivers poses new challenges to nursing, supporting the conception of care based on the best available scientific evidence. Care documentation in information systems should create indicators that reflect the nurses' role as facilitators of a healthy transition.

Objective: To redefine the conception of care to the family caregiver through the analysis of records that mirrors the nurses' activity with caregivers.

Methodology: Qualitative study based on the assumptions of participatory action research in health with 16 nurses from primary health care units. Field notes were taken and Bardin's content analysis method was used.

Results: Three categories emerged: work organization, limitations to nursing documentation, and standardization of records. A family caregiver support model was developed in collaboration with the participants.

Conclusion: The assumptions of participatory action research in health facilitated the redefinition of the care model to improve the quality of care and documentation process in nursing information systems.

Keywords: nursing; family caregiver; nursing process; health information systems

Resumen

Marco contextual: El enfoque hacia los cuidadores informales plantea nuevos retos a la enfermería, que debe apoyar el diseño de cuidados basados en la mejor evidencia científica. La documentación de los sistemas de información debe generar indicadores que reflejen el papel de los enfermeros como facilitadoras de una transición saludable.

Objetivo: Redefinir el concepto de cuidados al familiar cuidador a partir del análisis de los registros que reflejan la actividad de los enfermeros con los cuidadores.

Metodología: Estudio con enfoque cualitativo basado en la investigación-acción participativa en salud, desarrollado con una muestra de 16 enfermeros que trabajan en atención primaria. Se utilizaron notas de campo y se tuvieron en cuenta los supuestos defendidos por Bardin para el análisis de contenido.

Resultados: Surgieron tres categorías, organización del trabajo de los enfermeros, limitaciones a la documentación en enfermería y normalización de los registros. En conjunto con los participantes, se elaboró un modelo de apoyo a los familiares cuidadores.

Conclusión: Las premisas de la investigación-acción participativa en salud facilitaron la redefinición del modelo de atención que condujo a la mejora de la calidad de los cuidados y la documentación en los sistemas de información de enfermería.

Palabras clave: enfermería; cuidador familiar; proceso de enfermería; sistemas de información en salud



Como citar este artigo: França, D., Festa, A. J., Santos, P. M., Araújo, M. F., & Peixoto, M. J. (2022). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21128. <https://doi.org/10.12707/RV21128>



Introdução

As mudanças na sociedade têm trazido alterações na dinâmica familiar. Contudo, as famílias continuam a ser um recurso para a pessoa com dependência (PD; Baptista & Perista, 2018). O familiar cuidador (FC) tem sido identificado como um membro da família, amigo ou vizinho que providencia cuidados de forma não remunerada a uma PD (Baptista & Perista, 2018). A evidência tem corroborado que o exercício deste papel requer aquisição de conhecimento, habilidades e competências (Meleis, 2010; Ploeg et al., 2020), para melhor apoiar a transição saúde-doença do seu familiar e a sua transição situacional, a qual requer mudanças abruptas na vida pessoal, familiar e profissional (Cloyes et al., 2020).

A pertinência da problemática em estudo justifica-se pelo cenário sociodemográfico e pelas políticas que cada vez mais preconizam o cuidar *dentro de portas*.

Novos desafios se colocam à enfermagem visando produzir evidência que sustente o ensino da disciplina nesta área e cuja transferibilidade para a praxis espelhará uma enfermagem mais significativa. O estudo teve como objetivo redefinir com os enfermeiros, a conceção de cuidados ao familiar cuidador.

Enquadramento

Considerando a complexidade dos cuidados e a exigência que representa o exercício do papel de FC, torna-se imperioso que os profissionais de saúde os apoiem no processo de transição, adequando as terapêuticas de enfermagem às necessidades referidas por eles, em cada etapa do processo adaptativo (Meleis, 2010). Atendendo aos resultados obtidos por Shyu (2000) na pesquisa desenvolvida com cuidadores informais, desde a fase de internamento até 1 mês após o regresso a casa, as necessidades percebidas pelos FC vão se alterando ao longo do processo de transição. Globalmente, o processo adaptativo que foi designado pela autora de *Role Tuning*, complementa-se em três fases sequenciais: *Role Engaging*, onde as principais necessidades remetem para a informação em saúde, na *Role Negotiating*, as necessidades reportam-se à aquisição de mestria nas habilidades instrumentais e na fase *Role Setting*, emergem essencialmente necessidades de suporte emocional. Para ajudarem os seus utentes a vivenciarem transições saudáveis, mormente os FC que asseguram cuidados aos seus familiares com dependência, é relevante que os enfermeiros se apropriem de modelos teóricos robustos, para conduzirem as diferentes etapas do processo de enfermagem e se apropriarem de informação relevante para a tomada de decisão. Identificar precocemente propriedades da transição (consciencialização, envolvimento, mudança e diferenças) e condições pessoais, da comunidade e da sociedade que podem constituir-se elementos facilitadores ou inibidores da transição, são dados muito relevantes para a implementação de terapêuticas de enfermagem conducentes a indicadores de processo e de resultado positivos. Alcançar a mestria, bem-estar subjetivo, bem-estar nas relações e gestão adequada de

sintomas são alguns dos indicadores reveladores de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Na abordagem dos enfermeiros ao FC persistem lacunas que perpetuam a sua invisibilidade na continuidade de cuidados (Cloyes et al., 2020). As terapêuticas de enfermagem implementadas pelos enfermeiros na interação com o FC privilegiam essencialmente os cuidados instrumentais, por estarem mais focalizados na transição saúde-doença da PD e não na transição para o exercício do papel de tomar conta (Ploeg et al., 2020). A abordagem aos FC é um processo imperioso na prática de enfermagem, no entanto para que se possa assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados é imprescindível o uso adequado dos registos, pois estes apresentam-se como uma mais valia no processo de cuidar, traduzindo os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ameel et al., 2020), registando a atividade autónoma e colaborativa destes profissionais e autoafirmando a profissão de enfermagem, distinguindo-a das outras profissões de saúde (Vieira, 2018). Todo o processo documental assenta no método científico de trabalho dos enfermeiros, caracterizado por cinco fases: a avaliação (atividade diagnóstica), a identificação do diagnóstico, o planeamento da ação, a implementação de intervenções e a avaliação dos resultados (Huitzi-Egilegor et al., 2018).

O sistema de apoio à prática de enfermagem, no que concerne aos FC integra dois focos (papel prestador de cuidados e stress do prestador de cuidados) que suportam os registos da atividade dos enfermeiros com estes clientes.

Questões de investigação

Que informação registam os enfermeiros nos sistemas de informação em enfermagem (SIE), resultante das suas interações com os FC, facilitadoras da continuidade dos cuidados?

O que os enfermeiros consideram relevante na conceção de cuidados relativamente aos focos: papel prestador de cuidados e stress do prestador de cuidados?

Quais as estratégias percebidas pelos enfermeiros como facilitadoras do processo de mudança na implementação de cuidados ao FC?

Metodologia

Estudo exploratório assente em metodologia qualitativa com recurso aos pressupostos da pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS). Recorreu-se a esta abordagem por se basear na participação de pessoas do contexto onde se desenvolve o projeto de investigação, conduzindo a mudanças sociais positivas (Banks et al., 2017; Wright et al., 2018). Este estudo corresponde à fase consequente à etapa diagnóstica, que teve como objetivo compreender a conceção de cuidados em uso pelos enfermeiros no contexto de cuidados de saúde primários relativos ao FC. A amostra de conveniência integrou a totalidade de enfermeiros ($N = 16$) de duas unidades de saúde familiar (USF) do Norte de Portugal. Destes, foi destacado um

enfermeiro de cada USF para assumir o papel de interlocutor, facilitando a comunicação entre a equipa e o investigador. A escolha destes enfermeiros baseou-se no papel que os mesmos assumem nas equipas, visto que ambos pertencem ao conselho técnico, tendo os mesmos uma posição privilegiada, dinamizadora nas equipas. Inicialmente, e com recurso a um questionário elaborado para o efeito (questões sociodemográficas e profissionais), foi efetuada a caracterização da amostra, recorrendo-se ao *software* IBM SPSS Statistics, versão 24.0 para a estatística descritiva.

Nas reuniões realizadas foram também extraídas notas de campo, as quais foram submetidas a análise de conteúdo segundo Bardin (2013). A saturação de dados definiu a delimitação da colheita de dados, totalizando seis reuniões, de setembro de 2018 a dezembro de 2019. Na análise de dados foi criada uma estratégia de codificação, selecionando a letra R e o número correspondente à reunião. Obteve-se parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização 10744/2016) e da Comissão de Ética em Saúde (autorização 105/2016). Foram dados a conhecer os objetivos do estudo a todos os enfermeiros, que assinaram o consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 16 participantes, 12 (75,0%) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre 32-51 anos, com uma média $39,1 \pm 5,0$ anos. Exercem a sua atividade profissional em média à $16,1 \pm 5,2$ anos (9-25 anos), dos quais $11,1 \pm 6,0$ anos (3-23) correspondem à atividade em contexto de CSP. Metade da amostra são enfermeiros especialistas em: enfermagem comunitária (3); enfermagem de saúde materna e obstétrica (3), enfermagem de saúde infantil e pediátrica (1) e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (1).

Segundo Bardin (2013) foram analisadas as notas de campo de cada reunião e posteriormente de forma triangulada. Seguiu-se a etapa de exploração onde se codificou e categorizou, tendo emergido três categorias (Organização do trabalho dos enfermeiros; Limitações à documentação em Enfermagem e Uniformização dos registos).

Organização do trabalho dos enfermeiros

Entre os enfermeiros, as opiniões foram unânimes ao longo das reuniões, referindo que a documentação relativa à prestação de cuidados dirigida ao FC não demonstra as atividades realizadas “não espelha o trabalho . . . fazemos mais do que documentamos” (R1 e R5), “é impossível, não dá para acreditar” (R1), “é pena não estar documentado porque há um verdadeiro trabalho de enfermagem” (R1), “a maior parte do que fazemos não registamos” (R3), “não existe muita documentação no foco prestador de cuidados” (R4). A globalidade dos enfermeiros expressa que os resultados obtidos através dos registos na fase diagnóstica não traduzem a real atividade desenvolvida com as famílias, “é uma pena realmente . . . nós estamos mais focadas em dar resposta ao que as pessoas necessitam naquele momento” (R1), “registamos o básico” (R1; R5).

Considera-se haver necessidade de mais informação para uma abordagem mais integradora.

Reconhecem que a documentação dos cuidados é uma atividade importante não só para o cumprimento do requisito legal, mas para assegurar a continuidade de cuidados, e identificar a atividade autónoma dos enfermeiros nos processos de transição saúde/doença (PD) e situacional (FC). Estão consciencializados de que o trabalho não documentado significa que não foi efetuado “não temos como o quantificar, embora o tenhamos realizado” (R5). Ao longo das reuniões através de questões colocadas pelas investigadoras, relativas ao SIE, as respostas verbais e não verbais, espelhavam diferentes níveis de domínio do SIE, por parte dos participantes. Para além desta diferenciação na capacidade de otimizar a potencialidade do SIE em uso, as respostas obtidas traduziam alguma heterogeneidade na estruturação e sistematização da conceção de cuidados relativamente aos focos papel de prestador de cuidados e stress do prestador de cuidados. Na primeira reunião, os enfermeiros reconheceram como fator dificultador, a ausência de um referencial teórico. Esta ideia foi reforçada em reuniões posteriores.

temos algum conhecimento, mas precisávamos de atualiza-lo . . . não tem sido um tema integrado nos planos anuais de formação, . . . sentimos que precisamos de uma orientação que nos ajude a sistematizar o processo e que concorra para uma maior uniformização na sua condução. (R1).

No discurso, os enfermeiros quando referem ou corroboram opiniões dos colegas relativas ao desajuste entre o que é avaliado/necessidades identificadas/intervenções implementadas e os dados extraídos do SIE, identificam dificuldades de natureza organizacional, de onde emerge a falta/gestão de tempo e os recursos disponíveis. A falta de tempo é a dificuldade mais referenciada: “falta de tempo para os registos” (R3); (R4), “gostaríamos de ter mais tempo na consulta para podermos efetuar os registos, ou que as consultas agendadas terminassem uma hora antes do fim do trabalho para podermos efetuar os registos” (R3).

Expressam que o excesso de trabalho dificulta a interação com os FC “respondemos ao que é mais prioritário . . . a área da gestão das emoções exige mais tempo, e muitas vezes temos vinte visitas domiciliárias no turno” (R1). As equipas mencionam que devido à falta de tempo e excesso de trabalho não é prática comum, uma abordagem mais abrangente e integradora ao FC, a qual exige uma disponibilidade que não têm.

O excesso de trabalho, com um elevado número de agendamentos de consulta leva a que o tempo que fica destinado à prática documental seja insuficiente. Referem que retardar os respetivos registos para a fase terminal do turno, deve-se ao excesso de consultas de enfermagem, pelo que na hora da consulta registam apenas o básico. Os recursos escassos obrigam a uma organização funcional/institucional que condiciona o trabalho com o FC/PD. Para as visitas domiciliárias (VD) os enfermeiros partilham o mesmo transporte (táxi), implicando constrangimentos no período de interação com as famílias. Também nem sempre as VD à família são realizadas pelo

seu enfermeiro de família: “nas visitas domiciliares os cuidados curativos são prestados pelos enfermeiros que estão destacados para o dia de serviço. As consultas de enfermagem de vigilâncias são agendadas e realizadas pelos enfermeiros de família” (R1), “a visita domiciliar pode não ser realizada pelo enfermeiro de cada família. Um enfermeiro faz todos os domicílios naquele dia. O facto de o enfermeiro não ir sempre fazer os seus domicílios, dificulta a relação com as famílias” (R1).

Limitações à documentação em enfermagem

Nas reuniões alguns participantes expressaram como barreira à documentação o SIE em uso, considerando-o complexo e dificultador, quer para efetuar os registos, referindo “falta de simplificação do sistema” (R1), “o sistema é zero intuitivo e não é fácil registar” (R4), “usamos muito do tempo do contacto com os utentes com o computador” (R2), “o sistema é muito burocrático, nada prático e muito pouco apropriado para o contexto dos CSP” (R2), quer em contactos posteriores: “existem muitos caminhos para chegar a determinado registo” (R1), “a informação está muito dispersa pelo sistema” (R1) e “perde-se muito tempo no processo” (R1), “o processo não é simples, não conseguimos consultar notas referentes à consulta anterior, temos de simular uma impressão para ver as notas, mas este processo implica fechar o contacto com a pessoa, em conclusão é um processo complexo e moroso, levantando constrangimentos durante a consulta” (R2).

Referem atualizações frequentes do sistema: “o sistema é muito complicado, estão sempre a atualizá-lo” (R2), “muitas vezes o que acontece são atualizações não de conteúdo, mas de disposição da informação, dificultando novamente o acesso à informação no momento de consulta e registos” (R2).

Uniformização dos registos

A uniformização dos registos foi outra dificuldade apontada. Quando questionados sobre o FC principal ou se identificavam a família cuidadora, os enfermeiros referiram “não é muito comum ser a família cuidadora, o que ocorre com frequência é alternar o FC por exemplo por períodos de tempo” (R1). Para aceder aos registos referem “O FC é identificado na avaliação inicial”, registado no foco da PD “ou se abrir o alvo *família* pode-se identificar o cuidador” (R1).

Quando na atividade diagnóstica emergem dados que inferem para o diagnóstico, papel prestador de cuidados comprometido as dificuldades não são unânimes, enquanto que alguns enfermeiros apresentam dificuldades na continuidade dos cuidados, referindo: “Quando chegamos a um diagnóstico comprometido não se consegue especificar qual a área do compromisso” (R1), outros apresentam como estratégia o recurso a notas em texto livre: “a informação que fica registada em texto livre não transita de um contacto para o outro, essa informação só fica associada a uma intervenção, mas depois, o processo é muito burocrático” (R3). Outra opção passa por colocar as notas em *alerta*, no entanto enquanto que para alguns é percebida como uma estratégia para permitir a continuidade de cuidados, “quando se identifica um

diagnóstico, nós conseguimos registar em observações a área em que se encontra o compromisso e que fica visível para todos os contactos” (R2), para outros este procedimento levanta questões éticas, podemos colocar em *alerta* . . . mas todos os profissionais da unidade têm acesso” (R3).

Estas observações remetem para implicações na continuidade de cuidados

os nossos registos não permitem continuidade de cuidados, não conseguimos facilmente chegar às notas . . . Se efetuarmos registos em notas gerais, estas podem ser visualizadas por outros profissionais, se realizarmos notas associadas ao contacto, temos dificuldade em chegar novamente às notas nos contactos seguintes. (R4)

Na abordagem aos cuidados preventivos e à sua documentação no SIE, identificou-se dissonância na opinião dos profissionais, sendo que alguns consideram que estes cuidados são adequadamente registados, referindo: “podem-se identificar focos, mas só podemos realizar avaliação diagnóstica. Se vamos promover . . . , realizar cuidados antecipatórios é porque existe algum item que não está totalmente atingido, daí ter o papel comprometido” (R4). No entanto, outros enfermeiros consideram que não é possível efetuar registos de cuidados preventivos, que a documentação se centra em intervenções para situações já existentes e identificadas: “não conseguimos registar intervenções quando estamos perante um diagnóstico positivo” (R1), “não é possível no sistema atual perante um diagnóstico positivo, incentivar, elogiar a pessoa, . . . sendo sempre necessário elencar um diagnóstico negativo para registar este tipo de intervenções . . . o que consideramos errado” (R2). “A promoção não é valorizada . . . A desgraça tem de estar instalada para podermos fazer alguma coisa” (R2).

Na terceira reunião, um dos objetivos foi perceber a tomada de decisão dos profissionais na atribuição do juízo ao foco papel prestador de cuidados e se existia alguma orientação para a tomada de decisão. Os enfermeiros expuseram que “se existe alguma área comprometida (nas atividades diagnósticas) assumimos que este também está comprometido” (R3).

Referente à avaliação do potencial do prestador de cuidados para tomar conta, existe um parâmetro específico que permite que o enfermeiro registre a consciencialização para tomar conta do FC. Foi também abordada esta questão com os participantes, tendo estes referido que “não existem áreas definidas o que faz com que cada um avalie como considera pertinente” (R3), “não temos critérios definidos, assumimos que existe consciencialização, visto que o FC assumiu o papel de prestador de cuidados” (R3).

Quando questionados sobre a diferença entre o papel prestador de cuidados e tomar conta, os enfermeiros mencionam que cada um realiza a sua avaliação como considera mais pertinente, “é muito subjetivo” (R5), o que reflete a falta de uniformização na documentação nos focos referentes ao prestador de cuidados.

À medida que as reuniões foram avançando, os enfermeiros foram reforçando a necessidade de existir uniformização dos registos e para a sua exequibilidade apresentaram

algumas sugestões: “criarmos uma *checklist* para os registos no FC de forma a orientar o que avaliar e perante os possíveis enunciados diagnósticos definir as intervenções” (R1). É “primordial criar um procedimento base para facilitar” (R5) o processo de registos. “Se houvesse uma mnemónica que se soubesse que tinham estes tópicos” (R5). “Nos registos estruturar para todos fazerem o mesmo” (R5). “Importante identificar os dados que todos avaliassem da mesma forma, criar uma *checklist* que todos pudessem seguir” (R5).

Modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

De acordo com os dados adquiridos ao longo das reuniões foram identificadas lacunas na condução da conceção de cuidados aos FC e na operacionalização dos registos eletrónicos referentes ao processo de enfermagem. Na reflexão conjunta com os participantes desde a primeira reunião, sendo reforçadas ao longo das seguintes, tornou-se imperativo a construção de um Modelo de Acompanhamento aos FC (Figura 1), centrado na avaliação e intervenção das suas necessidades como prestador de cuidados e como ele próprio alvo de cuidados.

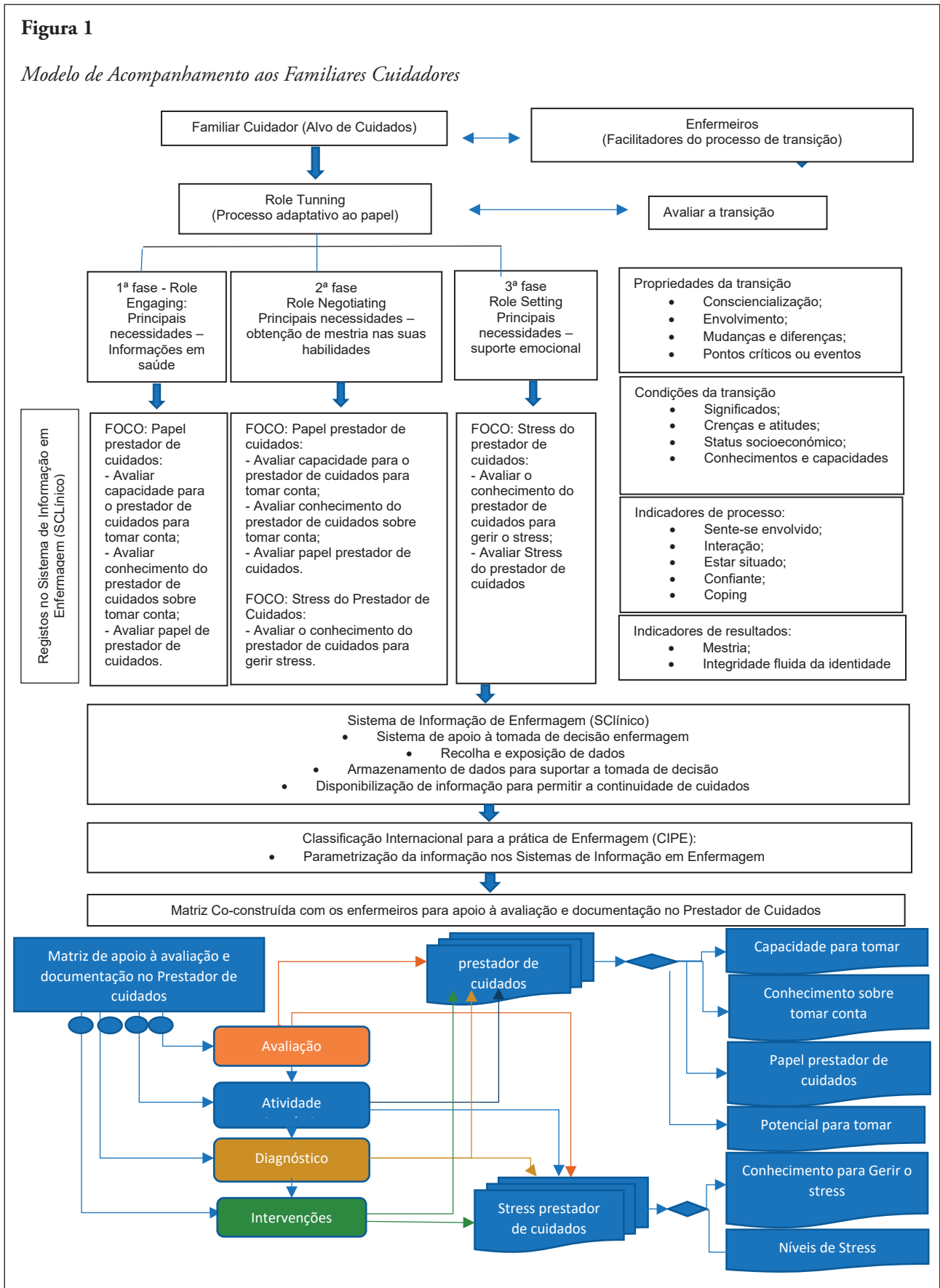
Foram identificados pressupostos para o Modelo de Acompanhamento aos FC: Os FC são considerados um recurso imprescindível na assistência às PD; Os FC são alvo de cuidados dos enfermeiros na sua prática diária; Os FC vivenciam uma transição situacional, concorrente com outras transições; Os FC necessitam da aquisição de conhecimentos e capacidades para o seu papel; A subnotação no SIE referente ao Prestador de Cuidados, sendo uma área pouco explorada com potencial de melhoria; Os enfermeiros das unidades referem que a documentação não espelha o trabalho desenvolvido com os FC e necessitam de mais informação para uma abordagem

mais integradora; Os enfermeiros estão consciencializados que se o seu trabalho da prática clínica não for documentado não existe forma de ser quantificado; Os enfermeiros identificam ausência de um referencial teórico que suporte a tomada de decisão; A falta de tempo devido ao excesso de trabalho e os recursos escassos são elementos dificultadores no processo de documentação e na interação com os FC; A organização nas unidades não permite que cada enfermeiro realize sempre as VD dos seus utentes; O sistema operativo em uso é identificado como complexo e dificultador da documentação e da consulta de registos prévios, com atualizações constantes; Falta de uniformização nos registos; Os enfermeiros sugeriram a existência de um documento facilitador da abordagem ao FC, ferramenta de fácil acesso que auxiliasse o processo de registo nesta área.

A criação deste modelo assentou nos pressupostos identificados, tendo como suporte teórico a investigação desenvolvida por Shyu (2000) e a Teoria das Transições de Meleis (2010). Integrado neste modelo foi co-construída uma matriz orientadora que integra a parametrização no SClínico referente ao prestador de cuidados (focos, atividades diagnósticas, enunciados de diagnósticos e as intervenções). No caso das atividades de diagnóstico mais subjetivas foi efetuada a descrição dos conceitos, considerando-se a evidência mais recente. A Matriz em fase embrionária, foi apresentada aos enfermeiros interlocutores, após a quinta reunião. Estes apresentaram aos restantes elementos da equipa, tendo o documento ficado por um período aproximado de 1 mês em cada unidade, para que se pudessem apropriar do mesmo e efetuar as devidas alterações. Na sexta reunião foram discutidas as alterações propostas, tendo sido criada a versão final que ficou disponível em cada unidade.

Figura 1

Modelo de Acompanhamento aos Familiares Cuidadores



Discussão

Os enfermeiros apontam aspetos associados à organização do seu trabalho como dificultadores para o processo docu-

mental, como o excesso de trabalho e os recursos escassos, considerando que os registos não espelham a sua atividade assistencial aos FC. Como limitações à documentação referem que o sistema de informação em uso (SCLínico)

é dificultador, quer na documentação como na consulta posterior dos registos, bem como dificuldades associadas à uniformização dos registos. Elencam-se limitações no estudo, evidenciado no uso de notas de campos isoladas, sendo que a gravação das reuniões possivelmente teria facultado um suporte de dados mais rico.

Os enfermeiros quando confrontados com os resultados obtidos na fase diagnóstica alicerçada na consulta da documentação nos SIE, consideram que esta não espelha todas as atividades que realizam na sua prática diária com os FC de PD. No processo reflexivo com os enfermeiros, a justificação por eles indicada *em unísono* para esta dissonância, é a de privilegiarem os momentos de interação com os seus clientes para responder *in locuo* às suas reais necessidades. Estas interações consomem um tempo muito para além do que está contabilizado no planeamento das VD, bem como nas consultas realizadas nas unidades. Este constrangimento tem repercussões desfavoráveis no processo de documentação, porque os enfermeiros efetuam apenas os registos que consideram mínimos para a continuidade de cuidados. Também Vieira (2018), constatou na sua pesquisa que os enfermeiros consideram que o SIE não traduz quer os ganhos em saúde, quer a complexidade dos cuidados realizados. Esta problemática está também espelhada em outras investigações internacionais (Kebede et al., 2017; Tasew et al., 2019).

Uma das limitações identificada pelos enfermeiros na sua práxis prende-se com a consciência que têm de que não recorrem a uma abordagem mais abrangente e integradora no que concerne ao cliente FC. Esta situação é também relatada por Cloyes et al. (2020) e corroborada por Ploeg et al. (2020).

Os enfermeiros mostram ser conhecedores do impacto do subregisto, o qual não permite quantificar as atividades realizadas e os resultados obtidos, dificultando a obtenção de indicadores de resultado que espelhem o contributo das intervenções autónomas da enfermagem nos ganhos em saúde. O mesmo achado foi encontrado na pesquisa desenvolvida por Kebede et al. (2017).

Os enfermeiros apontam o excesso de trabalho e a falta de tempo destinada para os registos como um entrave à realização dos mesmos, dados corroborados pela literatura (Kebede et al., 2017; Samadbeik et al., 2017; Tasew et al., 2019).

A complexidade do SIE em uso também coloca dificuldades no registo, considerado um sistema complexo pelos enfermeiros pela dificuldade no processo de registo e na consulta dos dados. Outros autores também reforçam a perceção dos enfermeiros da complexidade na otimização do SClínico (Gonçalves et al., 2019; Oliveira et al., 2020; Vieira, 2018).

A falta de uniformização dos registos reportada pelos participantes reflete uma limitação relevante, porque o uso de uma linguagem comum pelos enfermeiros é determinante para a construção de um conhecimento formal (Gonçalves et al., 2019). Também os resultados da investigação conduzida por Oliveira et al. (2020), evidenciaram a não uniformidade no processo documental dos cuidados.

Outros estudos apontam para a necessidade do treino dos enfermeiros como caminho para a melhoria no processo de documentação, recorrendo a uma linguagem *standardizada* (Gonçalves et al., 2019; Tasew et al., 2019) e da sua participação no desenvolvimento dos SIE, (Samadbeik et al., 2017). Também Kebede et al. (2017) referem que um conhecimento sustentado na documentação dos cuidados de enfermagem melhora a familiaridade com as *guidelines* e diretrizes dos seus registos, conduzindo à uniformização da documentação.

A criação de orientações é uma estratégia também recomendada por outros investigadores, que apontam o uso de uma abordagem multidisciplinar para o desenvolvimento de políticas e *guidelines* referentes ao processo de documentação em enfermagem (Taiye, 2015), providenciando oportunidades de treino contínuo neste processo documental. Tal como refere Kebede et al. (2017), os enfermeiros que tiveram formação em serviço e enfermeiros com um bom conhecimento no processo de documentação apresentam uma prática documental superior.

Face a estes pressupostos foi desenvolvida formação com base no modelo conceptual pré-definido, visando melhoria de conhecimentos nos processos de transição, sendo concomitantemente elaborada uma matriz orientadora, em conjunto com os enfermeiros, que permitiu a condução da atividade diagnóstica em cada fase do processo de transição para identificação das principais necessidades. Após a sua conclusão foi iniciado um período experimental para identificação de possíveis melhorias.

Conclusão

Este estudo, centrado nos cuidados aos FC e respetiva documentação de enfermagem no SIE em uso, revelou algumas fragilidades quer na conceção de cuidados quer na documentação dos mesmos.

Os enfermeiros consideram que a documentação não espelha o seu trabalho com o FC; apontam como dificuldades o excesso de trabalho, falta de tempo para os registos e falta de recursos. Também reconhecem a falta de uniformização dos registos e diferentes níveis de domínio do sistema operativo (SClínico).

Os pressupostos da pesquisa-ação participativa em saúde possibilitaram a construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores, que tem como objetivo nortear a conceção de cuidados e o processo documental na abordagem ao FC da pessoa com dependência. O estudo foi relevante visto que os enfermeiros foram-se consciencializando da discrepância entre o modelo em uso e as orientações emanadas sustentadas na evidência científica. As equipas de enfermagem iniciaram um caminho de mudança, no que se refere a uma melhor sistematização na atividade diagnóstica, nomeadamente na avaliação do FC e das propriedades da transição, bem como a introdução de terapêuticas de enfermagem relativas ao cuidador enquanto cliente e uma uniformização dos registos.

Perante os resultados sugere-se em futura investigação um maior nível de representatividade das USF da região

Norte de Portugal e com um desenho de estudo que não comprometa a validade externa para ser possível extrapolar os resultados.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer às equipas de enfermagem onde o estudo foi desenvolvido pela colaboração e compromisso nas diferentes fases.

Contribuição de autores

Conceptualização: França, D., Festa, A. J., Santos, P. M., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Tratamento de dados: França, D., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Análise formal: França, D., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.
Investigação: França, D., Festa, A. J., Santos, P. M., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Metodologia: França, D., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Visualização: França, D., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Redação – rascunho original: França, D.,

Redação – análise e edição: França, D., Festa, A. J., Santos, P. M., Araújo, M. F., Peixoto, M. J.

Referências bibliográficas

- Ameel, M., Leino, H., Kontio, R., Achterberg, T., & Junttila, K. (2020). Using the nursing interventions classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3), 3435-3444. <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>
- Banks, S., Herrington, T., & Carter, K. (2017). Pathways to co-impact: Action research and community organizing. *Educational Action Research*, 25(4), 541-559. <https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1331859>
- Baptista, I., & Perista, P. (2018). *ESPN thematic report on challenges in long-term care*. European Commission.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cloyes, K., Hart, S., Jones, A., & Ellington, L. (2020). Where are the family caregivers? Finding family caregiver-related content in foundational nursing documents. *Journal of Professional Nursing*, 36(1), 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.004>
- Gonçalves, P. D., Sequeira, C. A., & Silva, M. A. (2019). Nursing interventions in mental health and psychiatric: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 26(7-8), 199-211. <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., & Asurabarrena-Iraola, C. (2018). The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12175>
- Kebede, M., Endris, Y., & Zegeye, D. T. (2017). Nursing care documentation practice: The unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. *Informatics for Health & Social Care*, 40(3), 290-302. <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Oliveira, I. J., Almeida, S. I., Mota, L. A., & Couto, G. R. (2020). Conceptualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20024. <https://doi.org/10.12707/RV20024>
- Ploeg, J., Northwood, M., Duggleby, W., McAiney, C., Chambers, T., Peacock, S., & Fisher, K. (2020). Caregivers of older adults with dementia and multiple chronic conditions: Exploring their experiences with significant changes. *Dementia*, 19(8), 2601-2620. <https://doi.org/10.1177/1471301219834423>
- Samadbeik, M., Shahrokhi, N., Sareman, M., Garavand, A., & Birjandi, M. (2017). Information processing in nursing information systems: An evaluation study from a developing country. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, 22(5), 377-382. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_16
- Shyu, Y. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>
- Taiye, B. H. (2015). Knowledge and practice of documentation among nurses in Ahmadu Bello University Teaching Hospital. *IOSR Journal of Nursing Health Science*, 4(6), 1-6. <https://doi.org/10.9790/1959-04610106>
- Tasew, H., Mariye, T., & Teklay, G. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 612-618. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4661-x>
- Vieira, S. M. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. <https://library.org/document/z31mnn9y-utilizacao-evolucao-sistemas-informacao-enfermagem-influencia-qualidade-enfermagem.html>
- Wright, M., Brito, I., Cook, T., Harris, J., Kleba, M., Madsen, W., Springett, J., Wakeford, T., Simões, M., Martins, M., & Figueiredo, M. (2018). O que é a pesquisa-ação participativa em saúde (ICPHR Position paper 1). In I. Brito (Coord.), *Pesquisa-ação participativa na co-criação de instituições de ensino superior promotoras de saúde* (pp. 23-60). Palimage.