Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas

Relatório de Estágio

Impacto das intervenções do Enfermeiro de Família na redução de hospitalizações evitáveis

abril de 2026

Impacto das intervenções do Enfermeiro de Família na redução de hospitalizações evitáveis

Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas

Relatório de Estágio

Impacto das intervenções do Enfermeiro de Família na redução de hospitalizações evitáveis

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Claúdia Augusto

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositoriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

A realização deste documento representa o culminar de uma etapa profissional e pessoal há muito ambicionada. Ponderei várias vezes antes de realizar a minha candidatura. Não por dúvida em relação à área que tinha de escolher, porque essa foi, aliás, uma das minhas poucas certezas. Foi a ambição de me tornar enfermeiro de família que me fez, há alguns anos atras, ser enfermeiro.

O receio surgiu por outro motivo: o medo. Medo de não conseguir colocar em segundo plano partes da minha vida das quais não sabia se conseguiria abdicar. E foi difícil. Muito difícil. Ainda assim, e para minha surpresa, aprendi a fazer com que os dias tivessem mais de 24 horas. No final, consegui gerir - nem sempre na mesma ordem - a minha vida familiar, pessoal, profissional e académica. E isso fez toda a diferença. Resta-me, agora, agradecer a todos aqueles que tornaram este percurso mais leve.

A Deus, por me guiar mesmo quando o caminho não é claro, e por me ensinar, vezes sem conta, a recomeçar.

Ao Carlos, à Aparecida e à Né, pelo amor incondicional. Pelo apoio constante, pelas palavras certas e por nunca terem largado a minha mão - nem neste percurso, nem em momento algum. Por me ensinarem, todos os dias, o verdadeiro significado da palavra *família*. Por serem exemplo de coragem e resiliência. Por serem a minha âncora, o meu abrigo e o meu porto seguro. Costuma dizer-se que *até para nascer é preciso ter sorte* - e eu tive muita. Tenho um enorme orgulho em chamar-vos Pai, Mãe e Irmã.

Às minhas sobrinhas e afilhadas Mafalda e Matilde. Por multiplicarem o amor vezes sem conta. Tantas que não sabia ser possível. E por me ensinarem todos os dias a amar da forma mais genuína e pura que existe.

A todos os professores que reencontrei neste capítulo do meu percurso, pelo conhecimento e pelos ensinamentos partilhados. Um agradecimento especial à Professora Doutora Cláudia Augusto, minha orientadora, pela disponibilidade, paciência, incentivo e orientação ao longo de todo o processo. Por ser uma referência, não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

À minha amiga Celsa, pelo apoio, pela partilha e pela paciência. Pelas gargalhadas e por me lembrar que existem sempre pessoas boas no caminho - e que essas pessoas aparecem por alguma razão.

Às minhas amigas e colegas de Mestrado, Joana e Raquel, por terem partilhado este percurso comigo e por terem contribuído para que tudo se tornasse mais fácil.

A todos, o meu sincero obrigado.

Esta conquista não é apenas minha - é nossa.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

We know what we are, but know not what we may be.

William Shakespeare

RESUMO

Os cuidados de saúde primários assumem um papel central na resposta às necessidades das populações, num contexto marcado pelo envelhecimento, pela multimorbilidade e pela crescente complexidade dos processos de saúde-doença. Neste âmbito, a enfermagem de saúde familiar destaca-se pela proximidade, continuidade e capacidade de intervenção ao longo do ciclo vital.

O presente relatório constitui uma análise descritiva, fundamentada e crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Reflete o percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio numa Unidade de Saúde Familiar, evidenciando a mobilização de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos na prática clínica, bem como a integração da dimensão investigativa.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como competências específicas centradas na família enquanto unidade de cuidados. As experiências vivenciadas evidenciaram o papel do enfermeiro de família na promoção da saúde, na gestão da doença crónica, na facilitação de processos de transição e na capacitação das famílias, contribuindo para a prevenção de complicações e de hospitalizações evitáveis.

A componente de investigação integrou a realização de uma *scoping review*, conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute e as orientações PRISMA-ScR, com o objetivo de mapear as intervenções do enfermeiro de família associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Os resultados permitiram identificar três grandes categorias de intervenção: organização e coordenação de cuidados, gestão da doença crónica e intervenções educativas e de capacitação. De forma consistente, estas intervenções encontram-se associadas à redução do recurso hospitalar.

Conclui-se que o enfermeiro de família tem um papel central na prevenção de hospitalizações evitáveis, através de intervenções contínuas, integradas e centradas na pessoa e na família. Destaca-se a necessidade de valorizar as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar nos cuidados de saúde primários, reforçando estratégias de promoção da literacia em saúde, coordenação de cuidados e intervenção precoce.

Palavras-chave: Enfermagem de saúde familiar; Enfermeiro de família; Cuidados de saúde primários; Hospitalizações evitáveis;

ABSTRACT

Primary health care plays a central role in responding to population needs, in a context marked by ageing, multimorbidity, and the increasing complexity of health–disease processes. In this setting, family health nursing stands out for its proximity, continuity, and capacity to intervene across the life cycle.

This report constitutes a descriptive, grounded, and critical-reflective analysis of the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing, within the scope of the Master's Degree in Community Nursing. It reflects the training pathway developed during a clinical placement in a Family Health Unit, highlighting the integration of theoretical, scientific, and technical knowledge into clinical practice, as well as the incorporation of a research dimension.

Throughout the placement, competencies were developed in the domains of professional, ethical, and legal responsibility, continuous quality improvement, care management, and professional development, as well as specific competencies centred on the family as the unit of care. The experiences gained highlighted the role of the family nurse in health promotion, chronic disease management, facilitation of transition processes, and family empowerment, contributing to the prevention of complications and avoidable hospitalisations.

The research component included a *scoping review* conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology and PRISMA-ScR guidelines, aiming to map community health nursing interventions associated with the prevention of avoidable hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions. The results identified three main categories of intervention: care organisation and coordination, chronic disease management, and educational and empowerment interventions. Consistently, these interventions were associated with reduced hospital use.

It is concluded that the family nurse plays a central role in preventing avoidable hospitalisations through continuous, integrated, and person- and family-centred interventions. There is a need to enhance the recognition of specialist nurses in primary health care and to strengthen strategies promoting health literacy, care coordination, and early intervention.

Keywords: Education/ Professional Training; Critical Care; Nurses; Patient Transfer.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

PARTE I - A FAMÍLIA COMO CENTRO DO CUIDADO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR 17

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA 18

1.1 Contextualização 18

1.2 Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista 20

1.3 Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar 23

PARTE II - INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ASSOCIADAS À PREVENÇÃO DE HOSPITALIZAÇÕES EVITÁVEIS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: *UMA SCOPING REVIEW* 31

1. ENQUADRAMENTO 32

2. METODOLOGIA 35

2.1 Questão de revisão 36

2.2 Objetivo do estudo 36

2.3 Critérios de elegibilidade 37

2.4 Estratégia de pesquisa 38

2.5 Processo de seleção dos estudos 40

3. RESULTADOS 41

4. DISCUSSÃO 52

4.1 Enquadramento no contexto português 57

4.2 Forças e Limitações 57

4.3 Implicações para a investigação em enfermagem 59
4.4 Implicações para a prática de enfermagem 60
4.5 Implicações para a formação em enfermagem 61
4.6 Implicações para a gestão dos cuidados 61
5. Conclusões 63

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO 64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67
APÊNDICES 75
ANEXOS 82

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSC - Ambulatory Care Sensitive Conditions (Condições Sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários)

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ENPR - Estágio de Natureza Profissional com Relatório

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HBPC - Home-Based Primary Care

ICSCSP - Internamentos por Condições Sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários

JBI - Joanna Briggs Institute

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSF - Open Science Framework

PCC - População, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Scoping Reviews

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

ULS - Unidade Local de Saúde

IDE - Índice de Desempenho de Equipa

USF - Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de Inclusão 37
Tabela 2 - Critérios de Exclusão 38
Tabela 3 - Equações de pesquisa para cada base de dados 39
Tabela 4 - Análise do estudo de Liu C-F., 2020 43
Tabela 5 - Análise do estudo de Mangat M., 2021 44
Tabela 6 - Análise do estudo de Cruz JL., 2024 45
Tabela 7 - Análise do estudo de Moreno - Chico C., 2021 46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA..... 41

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular *Estágio de Natureza Profissional com Relatório* (ENPR), integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, foi proposta a elaboração de um relatório com componente investigativa, que evidencie o processo de desenvolvimento de competências durante a realização do estágio, bem como a análise das práticas de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde primários, dirigidas à pessoa e família ao longo do ciclo vital.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define o enfermeiro especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No contexto da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o enfermeiro especialista assume um papel central na avaliação das necessidades da família, na promoção da saúde, na gestão da doença crónica e na coordenação de cuidados, intervindo de forma integrada e contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com a OE, é fundamental que os enfermeiros, no processo de desenvolvimento para enfermeiros especialistas, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção, promovendo a consolidação de conhecimentos e a integração de competências nos diferentes contextos da prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, a formação especializada assume um papel determinante, sustentada no conhecimento científico e na investigação, permitindo o desenvolvimento de uma prática profissional fundamentada, reflexiva e orientada para a qualidade dos cuidados (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

No decurso do percurso formativo, foi possível realizar estágio em contexto de cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar, proporcionando a integração em ambiente profissional, o contacto com situações reais e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde familiar.

No contexto atual dos cuidados de saúde, marcado pelo envelhecimento da população, aumento da multimorbilidade e crescente complexidade das necessidades em saúde, torna-se

particularmente relevante a implementação de intervenções que promovam a continuidade de cuidados e previnam o recurso evitável aos serviços hospitalares, nomeadamente hospitalizações por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários (ACSC) (Organização Mundial da Saúde, 2016; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2023).

Neste âmbito, a investigação assume um papel fundamental na produção de conhecimento e na sustentação da prática baseada na evidência (Fortin, 2009). Assim, foi desenvolvida uma *scoping review*, com base na metodologia do Joanna Briggs Institute e nas orientações PRISMA-ScR, com o objetivo de mapear as intervenções do enfermeiro de família na prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC.

Em conformidade com o plano de estudos do curso e com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, o presente relatório tem como objetivos: (i) descrever o contexto clínico de estágio; (ii) analisar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas no processo de aquisição e desenvolvimento de competências; e (iii) apresentar o desenvolvimento da *scoping review*, incluindo o percurso metodológico e os principais resultados obtidos. A finalidade do estudo é contribuir para a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados de saúde primários, através da identificação e valorização das intervenções do enfermeiro de família com impacto na prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: inicia-se com a introdução, onde se apresenta o enquadramento do trabalho, os objetivos definidos e a organização geral do documento. A primeira parte corresponde à componente clínica, iniciando-se com a contextualização do local de estágio, seguida da descrição das atividades desenvolvidas e da análise crítico-reflexiva das mesmas, sustentada na evidência científica, evidenciando os seus contributos para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, nos diferentes domínios de intervenção. A segunda parte integra a componente de investigação, iniciando-se com o enquadramento teórico da problemática em estudo, seguindo-se a definição do objetivo e da questão de revisão, a descrição da metodologia adotada segundo as orientações do Joanna Briggs Institute e PRISMA-ScR, incluindo a estratégia de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos e extração de dados. Posteriormente, são apresentados os resultados obtidos, a sua análise e discussão à luz da evidência científica disponível. Por fim, apresenta-se a

conclusão, onde se sintetizam os principais contributos do percurso formativo e da investigação realizada, bem como as suas implicações para a prática de enfermagem e perspetivas futuras. Seguem-se as referências bibliográficas e, como parte integrante do relatório, os apêndices e anexos.

O relatório foi elaborado de acordo com *as normas para formatação de teses de doutoramento e de trabalhos de mestrados e para a sua disponibilização no repositorium* da Universidade do Minho, seguindo igualmente as diretrizes da American Psychological Association (7.ª edição) no que respeita às citações em texto e à elaboração das referências bibliográficas.

PARTE I - A Família como centro do cuidado: desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA

O estágio assume-se como uma componente nuclear do percurso formativo, ao permitir a integração e mobilização do conhecimento teórico, científico e técnico no contexto da prática clínica em cuidados de saúde primários. Inserido num ambiente profissional exigente, caracterizado pela proximidade à pessoa, família e comunidade, bem como pela diversidade de situações de saúde ao longo do ciclo de vida, este contexto favorece o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo. Simultaneamente, potencia a consolidação de conhecimentos e a realização de intervenções de enfermagem centradas na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de processos de saúde-doença, contribuindo para a aquisição e aperfeiçoamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrando igualmente a dimensão investigativa.

1.1 Contextualização

O estágio realizou-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do modelo B, integrada numa Unidade Local de Saúde da região Norte, em funcionamento, neste modelo, desde maio de 2013. Com a duração total de 840 horas - das quais 610 horas em contexto clínico - distribuídas ao longo de 18 semanas, o estágio decorreu entre setembro de 2025 e janeiro de 2026.

Dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, a USF presta cuidados de saúde primários, individuais e familiares, orientados pelos princípios de acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade, assumindo como missão o desenvolvimento de um serviço de excelência, sustentado na responsabilidade coletiva, partilha de conhecimento e melhoria contínua.

Localizada no distrito de Braga, a sua área de influência abrange um total de seis freguesias, correspondendo a uma população de 9346 utentes, distribuídos por listas organizadas em equipas constituídas por médico, enfermeiro e secretário clínico, com base em critérios geográficos.

À data de dezembro de 2025, encontravam-se inscritos 9346 utentes, com ligeira predominância do sexo feminino. Relativamente à distribuição etária, verificava-se um predomínio da população adulta, coexistindo com um número significativo de pessoas idosas, refletindo um contexto marcado pelo envelhecimento populacional. Este perfil demográfico traduz uma maior

complexidade dos cuidados, associada à multimorbilidade e à necessidade de intervenções centradas na gestão da doença crónica, promoção da autonomia e prevenção de hospitalizações evitáveis.

Relativamente à lista de utentes acompanhada durante o estágio, esta era constituída por 1858 utentes inscritos, apresentando um perfil etário diversificado, com predomínio da população adulta. A população com idades entre os 0 e os 18 anos correspondia a 11,95% do total da lista, registando-se ainda 76 utentes dos 0 aos 7 anos, 186 utentes entre os 65 e os 74 anos e 160 utentes com 75 ou mais anos. Esta distribuição evidencia a coexistência de diferentes necessidades em saúde ao longo do ciclo vital, permitindo o desenvolvimento de intervenções dirigidas quer à promoção da saúde e prevenção da doença, quer à gestão de situações de doença crónica e dependência.

A equipa multidisciplinar é constituída por 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 3 enfermeiras de Cuidados Gerais, cinco médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e quatro administrativos, integrando ainda internos de formação específica e estudantes de enfermagem a frequentarem ensinos clínicos. A sua organização interna segue o disposto no Decreto-Lei n.º 298/2007, sendo composta por Conselho Geral, Coordenador e Conselho Técnico, promovendo reuniões semanais com enfoque na articulação funcional, tomada de decisão e desenvolvimento formativo.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, entre as 08h00 e as 20h00, dispondo de seis consultórios médicos e quatro gabinetes de enfermagem. A sua carteira de serviços inclui consultas programadas (saúde infantil, saúde do adulto, saúde materna, planeamento familiar, vigilância de doenças crónicas, entre outras), consulta aberta, cuidados domiciliários, vacinação, tratamentos e rastreios.

Enquanto unidade acreditada pela *Direção Geral da Saúde/Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) desde 2023, assume um compromisso com elevados padrões de qualidade, suportado por processos de contratualização e monitorização de desempenho, nomeadamente através do *Índice de Desempenho de Equipa* (IDE).

Este contexto permitiu o desenvolvimento de competências especializadas centradas na família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, com

base na evidência científica e na análise crítica da prática clínica. Simultaneamente, proporcionou a integração progressiva em processos de decisão e intervenção em enfermagem de saúde familiar, promovendo uma prática reflexiva, autónoma e orientada para a capacitação da família.

1.2 Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

O exercício profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar decorre num cenário marcado pela complexidade clínica, diversidade de contextos familiares e exigências organizacionais próprias dos cuidados de saúde primários. Para além das competências específicas da área, a sua prática fundamenta-se num conjunto de competências comuns consagradas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que enquadram e sustentam a prática especializada de enfermagem em Portugal.

Os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais configuram dimensões estruturantes e transversais à atuação do enfermeiro especialista, independentemente da área de especialidade ou contexto assistencial. No decurso do estágio em cuidados de saúde primários, estas competências foram mobilizadas de forma articulada nas consultas de enfermagem, visitas domiciliárias, na articulação com a equipa multidisciplinar e na gestão de situações de vulnerabilidade clínica e social.

A presente secção propõe uma análise reflexiva sobre o modo como estes domínios foram desenvolvidos ao longo do estágio, evidenciando o seu contributo para a consolidação do meu perfil profissional enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui o alicerce estruturante da prática do enfermeiro especialista, orientando a sua atuação no respeito pelos princípios deontológicos, pelos direitos da pessoa e pela legislação em vigor. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve assegurar uma prática segura, autónoma e responsável, assumindo a defesa da dignidade humana, da autonomia e da justiça no acesso aos cuidados de saúde.

No contexto dos cuidados de saúde primários, este domínio adquire particular relevância, uma vez que a proximidade e continuidade de cuidados colocam o enfermeiro numa posição privilegiada - mas também exigente - no acompanhamento de pessoas e famílias em todas as fases do ciclo vital. Ao longo do estágio, compreendi que a responsabilidade ética não se limita ao cumprimento formal de normas, mas traduz-se numa vigilância permanente sobre a forma como as decisões são tomadas, como a informação é transmitida e como a pessoa é envolvida no processo de cuidado.

Uma situação marcante ocorreu no acompanhamento de uma pessoa idosa com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca e diabetes mellitus, que residia sozinha com apoio de uma filha, que assumia o papel de cuidadora principal. Durante uma consulta de vigilância, a utente referiu que, por vezes, omitia a toma do diurético para evitar despertares noturnos frequentes. A filha, preocupada, solicitou acesso detalhado ao plano terapêutico para poder supervisionar as tomas da medicação.

A situação colocou-me perante a necessidade de equilibrar a prevenção de risco clínico - nomeadamente a possibilidade de agravamento da doença crónica e de um possível internamento evitável - com o respeito pela autonomia e confidencialidade da utente, que se encontrava cognitivamente íntegra. Optei por recentrar a consulta na própria pessoa, promovendo uma conversa aberta sobre as suas dificuldades e explorando, em articulação com o médico de família, alternativas terapêuticas ajustadas à sua rotina. Apenas com consentimento explícito da utente partilhei com a filha as estratégias acordadas.

Esta experiência permitiu-me consolidar a compreensão de que a responsabilidade profissional do enfermeiro especialista implica uma ponderação ética contínua entre beneficência e autonomia. Percebi que a prevenção do risco não pode justificar uma postura paternalista, e que a tomada de decisão partilhada exige escuta ativa, respeito e sensibilidade ao contexto familiar.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade posiciona o enfermeiro especialista como um agente ativo na governação clínica, responsável por promover práticas seguras, eficazes e baseadas na melhor evidência disponível. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve participar no desenvolvimento, implementação e

avaliação de estratégias que visem a excelência dos cuidados, assumindo uma postura crítica e proativa na identificação de oportunidades de melhoria.

Durante o estágio, esta competência evidenciou-se, por exemplo, na prevenção de complicações associadas a feridas complexas, onde o tempo destinado ao ensino ao utente e ao prestador de cuidados foi, por vezes, comprometido pela exigência e duração dos próprios tratamentos, condicionando o desenvolvimento de intervenções educativas essenciais. Enquanto pós-graduado em Intervenção Avançada em Feridas, reforcei a componente educativa junto da pessoa e do cuidador, nomeadamente no que respeita à prevenção de maceração, alívio de pressão através do posicionamento adequado e identificação precoce de sinais de infeção que justificassem contacto com o enfermeiro de família. Esta intervenção contribuiu para uma vigilância mais eficaz no domicílio e para a prevenção de complicações que poderiam conduzir a infeção, agravamento da ferida ou até à necessidade de internamento. Este caso contribuiu para a consolidação de uma prática mais estruturada, segura e orientada para a antecipação de complicações e prevenção de hospitalizações evitáveis.

Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados constitui uma competência central do enfermeiro especialista, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários, onde a continuidade e a articulação entre níveis assistenciais são determinantes para a estabilidade clínica da pessoa.

Ao longo do estágio, desenvolvi competências na organização e coordenação do acompanhamento de pessoas com multimorbilidade, assegurando a articulação entre equipa de saúde, família e outros recursos comunitários. Num caso específico de uma pessoa com diagnóstico médico de diabetes, insuficiência cardíaca e doença renal crónica, recentemente internada por agravamento da doença crónica, identifiquei fragilidades na transição hospital–comunidade, nomeadamente ao nível da compreensão do regime terapêutico estabelecido no pós-alta.

Promovi a reconciliação terapêutica, articulei com o médico de família no âmbito da gestão do regime terapêutico e organizei um plano de seguimento mais próximo, com critérios definidos para contacto precoce perante sinais de agravamento, o que contribuiu para reforçar a segurança na transição de cuidados e para reduzir o risco de complicações.

Esta experiência permitiu-me compreender que a gestão de cuidados em enfermagem de saúde

familiar implica liderança clínica, capacidade de antecipação de riscos e articulação eficaz de recursos, assumindo o enfermeiro um papel central na organização dos cuidados à pessoa.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais traduz o compromisso do enfermeiro especialista com a atualização contínua, a reflexão crítica e a produção de conhecimento. Implica uma postura ativa na identificação de necessidades formativas e na incorporação da melhor evidência científica na prática.

A realização de uma *scoping review*, que constitui a segunda parte deste relatório, emergiu da prática clínica e da necessidade de compreender melhor o contributo da enfermagem comunitária na prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Este processo permitiu-me consolidar competências de pesquisa, análise crítica e síntese de evidência, reforçando a articulação entre prática clínica e investigação.

Paralelamente, participei nas II Jornadas de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da ULS de Barcelos/Esposende (ANEXO 1), onde apresentei, sob a forma de poster científico (APÊNDICE 1/ANEXO 2), um estudo de caso centrado na avaliação de uma família segundo o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar. Esta experiência permitiu-me integrar modelos teóricos na prática clínica, estruturar o raciocínio em saúde familiar e exercitar competências de comunicação científica. O trabalho foi distinguido com o terceiro prémio, reconhecimento que reforçou a importância da integração entre prática, reflexão e produção de conhecimento no exercício da enfermagem especializada.

Estas experiências permitiram-me compreender que o desenvolvimento profissional não se esgota na aquisição de conhecimentos, mas exige uma postura permanente de questionamento, reflexão e compromisso com a melhoria da prática.

1.3 Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

A afirmação da enfermagem de saúde familiar como área especializada tem vindo a consolidar-se em Portugal nas últimas décadas, refletindo uma mudança paradigmática na forma de cuidar - agora cada vez mais centrada nas famílias, nos seus ciclos de vida e nos seus contextos. A

Declaração de Munique (Organização Mundial da Saúde, 2000) foi um marco importante nesse processo, ao reconhecer o papel do enfermeiro de família como um agente fundamental na promoção da saúde, prevenção da doença e apoio às transições vividas pelos indivíduos e suas famílias.

A disciplina de enfermagem, acompanhando as tendências demográficas e epidemiológicas - como o envelhecimento da população, a prevalência da doença crónica e o encurtamento das hospitalizações - passou a valorizar cada vez mais a dimensão familiar nos cuidados. Segundo Figueiredo (2011), a enfermagem de família procura o *empowerment* da família, capacitando-a para lidar de forma ativa com os processos saúde/doença ao longo do ciclo vital. Esta abordagem assenta numa lógica de parceria, colaboração e valorização dos recursos internos de cada família.

A nível nacional, este movimento culminou com a criação da especialidade em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, formalizada pela Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 428/2018, onde se definem as competências fundamentais para o enfermeiro especialista: (i) cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; (ii) liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Foi com base nestas competências que orientei o meu percurso de estágio, experienciando, em contexto real, a complexidade de cuidar da família como sistema dinâmico, influenciado por fatores internos e externos, em permanente adaptação. As abordagens teóricas de Wright e Leahey (2013), através do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, foram estruturantes na avaliação e intervenção. A abordagem do *cuidar em enfermagem baseado nas forças* (Gottlieb, 2016; Black & Lobo, 2008), permitiu aprofundar a compreensão das dinâmicas familiares, reconhecer capacidades promotoras de saúde e orientar intervenções clínicas sensíveis ao ciclo de vida e às transições críticas das famílias acompanhadas.

Ainda que o regulamento identifique duas grandes competências específicas, optei por não as apresentar de forma separada neste relatório. No contexto da prática clínica, percebi que estas competências se cruzam constantemente e ganham sentido na sua complementaridade. Por isso, a reflexão que se segue é feita de forma integrada, procurando evidenciar como as experiências vividas contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista. Mais do que descrever atividades, procuro refletir criticamente sobre o que aprendi, como intervi, que

desafios enfrentei e de que forma fui consolidando as competências que sustentam a prática em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Durante uma consulta de saúde juvenil, acompanhei uma adolescente de 13 anos. A avaliação de enfermagem, de natureza multidimensional, integrou não apenas parâmetros antropométricos, mas também a análise dos estilos de vida, hábitos alimentares, nível de atividade física e contexto familiar. Esta avaliação revelou excesso de peso, que constituiu o ponto de partida para a intervenção. A jovem demonstrava uma elevada valorização da imagem corporal - associada à maquilhagem, cabelo e vestuário -, contrastando com uma reduzida consciência dos riscos relacionados com os seus hábitos alimentares e estilo de vida sedentário. A mãe, preocupada, partilhou sentir dificuldade em estabelecer rotinas e influenciar os comportamentos da filha, evidenciando frustração e cansaço emocional.

No início do encontro, seguindo os princípios do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, procurei esclarecer o objetivo da consulta e criar um espaço colaborativo, onde tanto mãe como filha pudessem expressar as suas preocupações. Durante a conversa conjunta e nos momentos de entrevista individual com cada uma, explorei a dimensão funcional da família, centrando-me na comunicação, no papel parental e no envolvimento emocional. A mãe assumia uma postura diretiva e crítica, enquanto a filha reagia com oposição ou evasão. A ausência de escuta mútua e de negociação de regras tornou-se evidente.

Segundo Relvas (2000), esta família encontra-se na fase do ciclo vital correspondente à família com filhos adolescentes, onde a renegociação de fronteiras e a promoção da autonomia são tarefas desenvolvimentais centrais. Como a própria autora refere, as fronteiras entre gerações devem ser renegociadas, favorecendo a autonomia progressiva dos jovens, sem perda da coesão familiar (Relvas, 2000). Esta tensão é também descrita por Carter e McGoldrick (2005), que sublinham que a tarefa principal nesta fase é transformar a relação entre pais e filhos, permitindo maior autonomia, sem perder a ligação afetiva. A tensão entre controlo e independência é natural, mas requer ajustes conscientes. Essa compreensão ajudou-me a contextualizar as dificuldades presentes e a orientar a intervenção.

Falei com cada uma em diferentes momentos, promovendo a expressão de sentimentos e expectativas, e, mais tarde, facilitei uma conversa conjunta orientada para a construção de soluções. No final, ajudei-as a elaborar um plano alimentar e de atividade física adaptado à rotina

da jovem e validado por ambas. Referi a possibilidade de acompanhamento por um nutricionista, caso as medidas adotadas não se revelassem suficientes. Para reavaliar a situação, agendei uma nova consulta de seguimento e sinalizei o caso à médica de família, de forma a mantermos uma vigilância partilhada e avaliarmos, a médio prazo, se a jovem poderia beneficiar, por exemplo, de acompanhamento psicológico. Esta experiência reforçou a importância de reconhecer o momento do ciclo de vida da família e de intervir com base em estratégias que promovam comunicação, partilha de responsabilidades e metas realistas.

Tive a oportunidade de acompanhar uma criança com diagnóstico de tumor cerebral, que recorria à USF com regularidade para vigilância do perímetro cefálico. Numa dessas consultas, estiveram presentes ambos os pais, sempre atentos, disponíveis e emocionalmente envolvidos. Apesar da gravidade da situação clínica, transmitiam uma atitude serena, com esperança no futuro e confiança nos profissionais. Ao longo do contacto com esta família, foi possível observar uma forte coesão e complementaridade nos papéis parentais. Através do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, foquei a minha análise na dimensão funcional, observando a forma como os pais comunicavam entre si, com a criança e com a equipa de saúde. A comunicação era clara, emocionalmente ajustada e fortemente marcada pela partilha de responsabilidades e suporte mútuo. As manifestações de afeto, a organização conjunta e a forma como enfrentavam as incertezas revelavam recursos relacionais difíceis de ignorar.

Foi precisamente o reconhecimento destas forças que mais me marcou nesta situação. A capacidade da família em manter-se coesa, esperançosa e disponível para o cuidado, mesmo perante um diagnóstico tão desafiante, teve impacto direto em mim enquanto profissional. Segundo Gottlieb (2016), a relação enfermeiro–família é recíproca, e as forças e experiências da família influenciam tanto o enfermeiro quanto este influencia a família. A força deles deu-me força também - inspirou-me a cuidar com mais presença, respeito e intencionalidade.

A utilização do ecomapa foi particularmente importante neste caso, pois permitiu representar visualmente os sistemas de suporte da família, incluindo elementos da rede informal (como amigos próximos, a avó materna, que cuidava diariamente da criança, e outros elementos da família extensa) e da rede formal (profissionais de saúde). Esta ferramenta ajudou-me a compreender melhor os vínculos de suporte que a família ativava, bem como a qualidade dessas ligações. Serviu também como ponto de partida para reforçar a importância dessas relações no processo de adaptação à doença. A minha intervenção passou essencialmente por valorizar e reconhecer esses

recursos, reforçando a confiança da família naquilo que já estava a ser bem feito. Colaborei na atualização do genograma e no seguimento da vigilância, procurando respeitar os ritmos e as escolhas da família, sem sobrepor a técnica à escuta.

Durante uma consulta de vigilância a uma utente na faixa etária dos 50 anos, com diagnóstico médico recente de hipertensão arterial, reparei numa certa hesitação no modo como abordava a sua situação. Mostrava-se colaborante, mas evasiva nos detalhes. Só após um maior investimento relacional - em que procurei escutar, respeitar o seu ritmo e criar um espaço de segurança - é que partilhou que a filha estava emocionalmente envolvida com um indivíduo acusado de tráfico de droga. A situação, até então não verbalizada, estava a provocar-lhe uma perturbação emocional significativa, com impacto visível no sono, apetite e estabilidade emocional. A utente associava o início do quadro hipertensivo ao surgimento deste conflito familiar.

Com base na *Teoria Geral dos Sistemas* (von Bertalanffy, 1968; Wright & Leahey, 2013), entendi que o sofrimento da utente não podia ser dissociado das dinâmicas familiares em que estava inserida, pois o funcionamento de cada membro influencia e é influenciado pelos outros. Como defende Figueiredo (2007), a família é uma unidade de interação cujos membros se influenciam mutuamente, tanto nas fragilidades como nas capacidades (Figueiredo, 2007). Esta leitura permitiu-me compreender que o problema da utente não podia ser abordado apenas como um fenómeno biológico isolado. Enquadrei também a minha intervenção no Modelo de Enfermagem de McGill (Gottlieb, 2007), que propõe uma prática colaborativa, centrada na parceria com a família, respeitando os seus valores, significados e objetivos. Dei espaço à utente para partilhar a sua experiência e visão sobre a situação, validando o seu sofrimento e reconhecendo o modo como procurava manter o equilíbrio no sistema familiar. Juntos, refletimos sobre pequenos passos no sentido da preservação da sua saúde - melhor gestão do stress, reorganização de rotinas de sono e momentos de pausa - e articulei com a médica de família o acompanhamento contínuo.

A confiança que se foi estabelecendo foi decisiva para que a utente se abrisse à partilha do que realmente lhe causava sofrimento. Esta situação reforçou a importância do enfermeiro de família como facilitador de processos de expressão emocional e reorganização familiar, e não apenas como técnico de controlo clínico.

Durante uma consulta de vigilância de hipertensão arterial, acompanhei um utente de cerca de 40 anos. Num momento de diálogo mais aberto, o utente partilhou, de forma espontânea, a intenção

de deixar de fumar. Referiu que o seu filho, acabado de entrar na adolescência, começava a imitar-lhe certos gestos e que, por isso, sentia a responsabilidade de ser um bom exemplo: *Não quero que ele repita os meus erros*, disse. Esta afirmação marcou o início de uma conversa profunda, centrada não apenas na saúde física, mas no seu papel enquanto pai e na imagem que queria transmitir ao filho. Segundo Relvas (2000), esta família encontra-se na etapa do ciclo vital família com filhos adolescentes, caracterizada por tarefas desenvolvimentais específicas como a renegociação de fronteiras, o ajustamento de papéis e a promoção progressiva da autonomia dos filhos. O reconhecimento do impacto do seu comportamento na formação do filho refletia precisamente essa reorganização interna e familiar, própria desta fase.

Esta situação revelou também o modo como os sistemas familiares funcionam segundo lógicas interdependentes. O comportamento do filho levou o pai a refletir sobre os seus próprios hábitos e a desejar alterar a dinâmica - um claro exemplo da causalidade circular descrita pela Teoria Geral dos Sistemas. A decisão de mudança surgiu não como imposição externa, mas como resposta interna a um ciclo de influência mútua. Simultaneamente, percebi estar perante uma transição situacional e relacional, tal como descrita por Meleis (2010): um processo de mudança com impacto na identidade pessoal e nos papéis familiares. Esta transição, ainda que iniciada por motivação própria, implicava reorganização, adaptação emocional e redefinição de rotinas e prioridades. A minha intervenção centrou-se na escuta ativa, validação da motivação e discussão de estratégias realistas para enfrentar o processo.

Articulei com a médica de família o encaminhamento para a consulta de cessação tabágica, reforçando a importância do acompanhamento conjunto. Abordei também com o utente a possibilidade de, caso surgissem dificuldades emocionais associadas à mudança, ser ponderada a referenciação para apoio psicológico, garantindo que o processo de transição pudesse ser acompanhado de forma segura e integrada. Atualmente, o processo de cessação tabágica está a decorrer positivamente, com uma diminuição significativa do número de cigarros por dia e manutenção da adesão ao regime terapêutico. A motivação mantém-se estável, e a evolução tem sido acompanhada com proximidade pela equipa da USF.

Apesar do esforço investido e do compromisso com cada situação vivida, nem sempre é possível completar de forma plena todas as fases do processo de enfermagem junto das famílias acompanhadas. Diversos fatores condicionam essa realidade, entre eles o número elevado de utentes por enfermeiro, a densidade de consultas agendadas por dia e, por vezes, a própria

complexidade dos contextos familiares. Em alguns casos, foi necessário centrar a intervenção nos aspetos de intervenção imediata, relegando tópicos mais complexos para análise posterior. Ainda assim, em todas as intervenções procurei agir com intencionalidade, respeito e sensibilidade, fazendo o melhor possível com os recursos, tempo e contexto disponíveis.

Este estágio permitiu-me perceber que existe um número significativo de famílias que beneficiaria de um acompanhamento mais personalizado e continuado por parte do enfermeiro de família. Essa constatação reforça a importância de repensar e valorizar o papel do enfermeiro especialista neste nível de cuidados, como profissional com competências específicas para acompanhar a família ao longo do ciclo de vida.

Apesar das limitações sentidas, reconheço nesta USF um contexto de enorme riqueza formativa. A diversidade de situações clínicas, a abertura da equipa e a complexidade das vivências familiares criaram condições únicas para o desenvolvimento de competências especializadas. No entanto, fica também clara a necessidade de transformação cultural e organizacional, nomeadamente ao nível da valorização do papel autónomo do enfermeiro de família, da reorganização do tempo assistencial para intervenções mais centradas na família e da consolidação de práticas que promovam maior continuidade de cuidados, que permita ao enfermeiro de família intervir com mais profundidade, continuidade e autonomia, assegurando respostas mais eficazes às reais necessidades das famílias.

Dando continuidade ao compromisso com o desenvolvimento da prática avançada em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, procurei também colaborar e liderar iniciativas que contribuíssem para a valorização da especialidade, tanto dentro como fora da unidade de saúde. Um dos momentos mais marcantes deste percurso foi o convite da professora Cláudia Augusto para ser preletor num *webinar* promovido pela Ordem dos Enfermeiros sobre a intervenção do enfermeiro de família (ANEXO 3). Tive a oportunidade de apresentar a abordagem do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (Gottlieb, 2016) e refletir sobre a sua integração na prática em saúde familiar. Para além do reconhecimento pessoal e académico, esta experiência foi profundamente enriquecedora: permitiu-me consolidar conhecimentos, ganhar confiança na comunicação pública e, sobretudo, reforçar o meu compromisso com uma prática centrada nas potencialidades e recursos das famílias. Fiquei profundamente grato pela confiança depositada, num momento que marcou o meu percurso formativo e contribuiu de forma significativa para a construção da minha identidade profissional.

No contexto da USF, promovemos a divulgação de um jogo criado com o objetivo de estimular o tempo de qualidade em família e reduzir a exposição a ecrãs (APÊNDICE 2). Esta iniciativa surgiu do trabalho conjunto entre mim, a equipa e a colega de mestrado que realizou estágio na mesma unidade. A atividade foi divulgada nas redes sociais oficiais da Unidade Local de Saúde, onde nos foi solicitado um pequeno depoimento sobre o papel do enfermeiro de família no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital. Fizemos questão de contar com a colaboração da enfermeira orientadora e do coordenador da USF na construção desta mensagem, num gesto que procurou envolver toda a equipa e reforçar a identidade da unidade.

Para além destas dinâmicas locais, participei no *XXIII Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários* (ANEXO 4), onde apresentei o póster *Dotação Segura de Enfermeiros: Contributos da Teoria Colaborativa* (APÊNDICE 3/ANEXO 5), bem como no *VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar* (ANEXO 6), onde apresentei o póster *Desafios e Soluções no Cuidado ao Idoso – O Papel da Enfermagem Familiar* (APÊNDICE 4/ANEXO 7) e realizei uma comunicação oral com base na *scoping review* intitulada *Qual o papel do enfermeiro de família no suporte às famílias no luto perinatal em contexto comunitário?* (APÊNDICE 5/ANEXO 8), trabalhos desenvolvidos no âmbito do mestrado. Essa mesma *scoping review* encontra-se em fase de preparação para submissão a uma revista científica.

Por fim, em articulação com o coordenador e médicos internos de especialidade, participámos na dinamização das redes sociais da unidade, contribuindo para aproximar os utentes dos profissionais e facilitar o acesso à informação de saúde relevante e fidedigna (APÊNDICE 6). Estas experiências mostraram-nos que liderar e colaborar em processos de intervenção na comunidade implicam não só mobilizar recursos e parcerias, mas também criar oportunidades de envolvimento ativo das famílias, reforçando o papel do enfermeiro como agente de mudança e promotor de saúde.

Em síntese, estas intervenções evidenciam a importância de uma prática de enfermagem proativa, participativa e centrada na comunidade, capaz de promover proximidade, literacia em saúde e capacitação das famílias.

PARTE II - Intervenções do Enfermeiro de Família associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários: *uma scoping review*

1. ENQUADRAMENTO

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem o pilar fundamental dos sistemas de saúde contemporâneos, destacando-se por assegurarem o acesso, a continuidade e a coordenação dos cuidados mais próximos das populações (Organização Mundial da Saúde, 2018). Esta visão encontra expressão histórica na *Declaração de Alma-Ata*, adotada por 134 países em 1978, que estabeleceu os CSP como essenciais para a promoção e proteção da saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e universalmente acessíveis às pessoas e famílias na comunidade, com participação ativa da população e a um custo que a sociedade possa suportar (Alma-Ata, 1978). A *Declaração de Alma-Ata* marcou um ponto de viragem ao identificar os CSP como chave para a realização do objetivo de "Saúde para Todos" e ao enfatizar a justiça social, a equidade e a integração dos cuidados numa abordagem centrada na pessoa.

Em Portugal, a reforma dos CSP iniciada no início dos anos 2000 representou uma transformação profunda, consolidando um modelo de CSP centrado na pessoa, baseado em equipas multiprofissionais, autonomia organizacional e responsabilização pelos resultados (Pisco & Ramos, 2025). Este processo traduziu-se na criação das Unidades de Saúde Familiar, na integração progressiva dos cuidados em Unidades Locais de Saúde e na valorização da enfermagem de família como componente essencial da resposta comunitária. A experiência portuguesa tem sido reconhecida internacionalmente como uma das mais consistentes reformas na Europa Ocidental, evidenciando que sistemas de saúde com CSP sólidos são mais eficientes, equitativos e resilientes, capazes de responder de forma integrada às necessidades complexas das populações (OCDE, 2023).

Avaliar o desempenho dos cuidados de saúde primários implica compreender em que medida este nível de cuidados é capaz de prevenir complicações e reduzir a necessidade de cuidados hospitalares, particularmente em situações de doença crónica e noutras condições potencialmente controláveis na comunidade. É neste enquadramento que se inserem as hospitalizações evitáveis, designadas em Portugal por *internamentos por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários* (ICSCSP) e, na literatura internacional, por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies [EOHSP], 2023; OCDE, 2020; Pereira et al., 2022). A ausência destes internamentos constitui um indicador relevante da qualidade e efetividade dos cuidados de saúde primários, na medida em que reflete a capacidade

deste nível de cuidados em assegurar acesso, acompanhamento e coordenação adequados. A sua ausência sugere que uma gestão eficaz das doenças crónicas, aliada à promoção da saúde, ao diagnóstico e tratamento precoces e ao acompanhamento após alta hospitalar, pode contribuir para evitar a deterioração clínica que conduz à necessidade de internamento.

Em Portugal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 12 % dos internamentos hospitalares correspondiam a situações potencialmente evitáveis, sobretudo associadas a doenças crónicas como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a insuficiência cardíaca e a diabetes mellitus (OMS, 2016). Dados mais recentes da *Entidade Reguladora da Saúde* (ERS, 2024) e da *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* (OCDE, 2024) mostram, contudo, uma redução sustentada das hospitalizações evitáveis nas últimas duas décadas, com Portugal a apresentar valores relativamente baixos em internamentos por DPOC, insuficiência cardíaca e diabetes. Esta evolução poderá refletir o impacto positivo da reforma dos cuidados de saúde primários, traduzido numa maior proximidade, coordenação e continuidade de cuidados.

O conceito de hospitalização evitável tem, no entanto, evoluído ao longo do tempo. Como defendem Booker e Purdy (2022), é necessário ultrapassar uma visão restrita, centrada apenas em números e diagnósticos, para adotar uma abordagem centrada na pessoa e no contexto em que vive. Os autores propõem distinguir entre internamentos evitáveis, inadequados e não benéficos, salientando que o objetivo dos sistemas de saúde não deve ser apenas reduzir hospitalizações, mas garantir que estas ocorrem quando efetivamente trazem benefício clínico e minimizam o risco de dano (Booker & Purdy, 2022). Esta visão holística valoriza o papel dos profissionais dos cuidados de saúde primários na gestão de crises, nas transições entre níveis de cuidados e na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, dimensões em que a enfermagem de família assume um papel determinante.

De acordo com o *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, este profissional detém competências específicas na avaliação sistemática da pessoa e da família, no planeamento, implementação e avaliação de cuidados contínuos, na coordenação de cuidados e na promoção da capacitação e autonomia em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este enquadramento é reforçado pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, que consagra o enfermeiro de família como profissional de referência nos cuidados de saúde primários, com responsabilidade no acompanhamento regular das pessoas e famílias, na articulação de cuidados e na resposta às necessidades de saúde ao longo do ciclo

de vida, contribuindo para a prevenção de complicações e para a redução do recurso evitável aos cuidados hospitalares.

Em Portugal, o enfermeiro de família destaca-se pela proximidade estabelecida com as pessoas, famílias e comunidades, desempenhando um papel relevante na promoção da saúde, na gestão das doenças crónicas e na articulação de cuidados entre os diferentes níveis do sistema (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A sua prática, orientada por princípios de continuidade, acessibilidade e cuidados centrados na pessoa, é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como estruturante dos cuidados de saúde primários (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A literatura internacional tem vindo a associar estes princípios organizacionais e clínicos à prevenção de complicações e à redução do recurso evitável aos cuidados hospitalares, particularmente em pessoas com doença crónica (Purdy et al., 2009; Gibbons et al., 2012; OCDE, 2023).

Para além do impacto clínico e social, os internamentos por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários constituem um relevante desafio económico para os sistemas de saúde (OMS, 2010). Em Portugal, estima-se que cerca de 12–16% das hospitalizações correspondem a ACSC, traduzindo-se em dezenas de milhares de episódios anuais potencialmente preveníveis através de intervenções oportunas em cuidados de saúde primários (Sarmento et al., 2020). Estudos nacionais indicam que estas hospitalizações consomem uma parcela significativa dos recursos hospitalares, com custos anuais superiores a 300 milhões de euros, correspondendo a uma proporção relevante da despesa em saúde e a um elevado custo de oportunidade em termos de cuidados ambulatórios e consultas de cuidados de saúde primários (Sarmento et al., 2020). Neste enquadramento, a prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC assume-se não apenas como um indicador de qualidade, acessibilidade e coordenação dos cuidados, mas também como um elemento central para a eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde, reforçando a pertinência de considerar a utilização de recursos associada a estas hospitalizações no âmbito da enfermagem de saúde comunitária (Magalhães, 2024; Tello et al., 2016).

Neste contexto, torna-se pertinente mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária descritas na literatura associadas à redução de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, identificando os tipos de intervenção e os contextos de implementação reportados. Adicionalmente, importa explorar de que forma a mesma literatura aborda a utilização de recursos de saúde associada a estas hospitalizações. Apesar do interesse crescente nesta temática, a sistematização do conhecimento permanece limitada, dificultando a sua mobilização para apoiar a prática da enfermagem de

família. Assim, a realização de uma *scoping review* constitui uma abordagem metodológica adequada para organizar e sintetizar a evidência existente, identificar lacunas de investigação e contribuir para o desenvolvimento da prática baseada na evidência.

Numa pesquisa preliminar realizada nas bases de dados CINAHL (via EBSCOhost), *JBI Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e no *Center for Open Science* (OSF), não foram identificadas revisões da literatura, publicadas ou em curso, diretamente relacionadas com esta temática, o que reforça a pertinência e a originalidade da presente revisão.

Esta *scoping review* tem como objetivo identificar, descrever e sintetizar a literatura existente sobre as intervenções do enfermeiro na comunidade descritas no contexto da prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, pretende-se explorar de que forma essa literatura aborda a utilização de recursos de saúde associada a estas hospitalizações. Ao sistematizar os tipos de intervenção reportados e os contextos em que são implementados, esta revisão procura contribuir para uma compreensão mais clara do contributo específico do enfermeiro de família na prevenção do recurso evitável aos cuidados hospitalares, num contexto de crescente complexidade das necessidades de saúde.

2. METODOLOGIA

A integração do conhecimento científico na prática clínica constitui um elemento central da enfermagem baseada na evidência, ao permitir apoiar a tomada de decisão e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

Entre os diferentes tipos de revisão da literatura, a *scoping review* assume particular relevância quando o objetivo é mapear e explorar a evidência disponível sobre um determinado domínio de prática, especialmente em áreas em que o conhecimento se encontra disperso ou pouco sistematizado, sem a intenção de avaliar comparativamente a eficácia das intervenções (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2021). Neste contexto, a *scoping review* revela-se uma abordagem metodológica adequada para mapear as intervenções do enfermeiro de família descritas na literatura associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.

A presente *scoping review* foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo as orientações mais recentes para a condução deste tipo de revisões (Peters et al., 2021; JBI, 2024), e encontra-se alinhada com as diretrizes PRISMA-ScR.

O protocolo da presente *scoping review* foi registado na Open Science Framework, após a fase de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de assegurar a transparência e a rastreabilidade das

decisões metodológicas ao longo do processo de revisão. O registo encontra-se disponível em: https://osf.io/jqnsz/overview?view_only=0b5f31127c7047588997b052a8b641f1.

2.1 Questão de revisão

De acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute, a questão de revisão foi formulada com base nos critérios de elegibilidade definidos pela mnemónica PCC - População, Conceito e Contexto (Joanna Briggs Institute [JBI], 2024):

- **População (P):** pessoas, famílias ou populações acompanhadas por enfermeiros no âmbito dos cuidados de saúde primários.
- **Conceito (C):** intervenções do enfermeiro de família associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.
- **Contexto (C):** cuidados de saúde primários, incluindo unidades de saúde familiar, cuidados de saúde comunitários e programas de cuidados domiciliários integrados nos cuidados de saúde primários.

Deste modo, foi definida a seguinte questão de revisão, que orienta o foco central da presente *scoping review*: Quais são as intervenções do enfermeiro de família associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários (ACSC)?
Para além desta questão central, a presente revisão contempla ainda uma dimensão exploratória, relacionada com a utilização de recursos de saúde associada às hospitalizações evitáveis por ACSC, a qual será aprofundada no âmbito da extração e análise dos dados.

2.2 Objetivo do estudo

O objetivo do estudo constitui um elemento estruturante da investigação, na medida em que define a sua orientação e delimita o foco da análise.
A presente *scoping review* tem como objetivo identificar e sintetizar a literatura sobre as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária na prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Pretende ainda analisar a forma como essa evidência aborda a utilização de recursos de saúde associada. Ao sistematizar os tipos de intervenção e os seus contextos, procura-se clarificar o contributo do enfermeiro de saúde comunitária na redução do recurso evitável aos cuidados hospitalares.

2.3 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade numa *scoping review* têm como finalidade delimitar o âmbito da evidência a mapear, assegurando a coerência entre a questão de revisão, os objetivos do estudo e os estudos incluídos, bem como a transparência e a reprodutibilidade do processo de seleção (Joanna Briggs Institute, 2024).

Neste sentido, os critérios de elegibilidade da presente *scoping review* foram definidos com base na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (2024), sendo apresentados de seguida.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o objetivo da revisão e com as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute para *scoping review*s. A mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) foi utilizada para estruturar os critérios centrais de elegibilidade, sendo complementada por critérios adicionais relativos ao tipo de estudos, período temporal e idioma. Atendendo ao objetivo de mapear a evidência disponível, optou-se por incluir, para além de estudos primários, artigos de natureza analítica ou conceptual que contribuíssem para a compreensão das intervenções do enfermeiro na comunidade e do seu enquadramento na prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC. A Tabela 1 apresenta a síntese dos critérios de inclusão adotados nesta revisão.

Tabela 1 - Critérios de Inclusão

Dimensão	Descrição dos critérios de inclusão
População (P)	Foram incluídos estudos que incidissem sobre pessoas, famílias ou populações, independentemente da idade, sexo ou condição clínica, acompanhadas no âmbito dos cuidados de saúde primários.
Conceito (C)	Foram incluídos estudos que descrevessem intervenções de enfermagem associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, desenvolvidas por enfermeiros de família ou por enfermeiros com funções equivalentes nos cuidados de saúde primários, incluindo intervenções organizacionais, de coordenação de cuidados, gestão da doença crónica, acompanhamento domiciliário e educação para a saúde.
Contexto (C)	Foram incluídos estudos realizados em cuidados de saúde primários, incluindo unidades de saúde familiar, cuidados de saúde comunitários e programas de cuidados domiciliários integrados nos cuidados de saúde primários, independentemente do sistema de saúde ou país de origem.

Tipos de estudos	Foram considerados elegíveis estudos primários de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, bem como artigos de natureza analítica ou conceptual, desde que abordassem intervenções de enfermagem desenvolvidas em contexto de cuidados de saúde primários associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Atendendo ao objetivo de mapeamento da evidência, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, em conformidade com as recomendações do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews*.
Período temporal	Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos (2020–2025), período marcado por transformações relevantes na organização dos cuidados de saúde primários e pelo reforço de intervenções comunitárias e domiciliárias orientadas para a prevenção do recurso evitável aos serviços hospitalares, intensificadas no contexto da pandemia da COVID-19.
Idioma	Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão considerados na presente *scoping review* são apresentados de forma sistematizada na tabela 2:

Tabela 2 - Critérios de Exclusão

Dimensão	Critérios de exclusão
População	Estudos que incidam exclusivamente sobre contextos hospitalares ou cuidados de saúde diferenciados, sem articulação com os cuidados de saúde primários.
Conceito	Estudos que não descrevessem intervenções de enfermagem associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, ou cujo foco fosse exclusivamente diagnóstico, farmacológico ou médico.
Contexto	Estudos desenvolvidos exclusivamente em contexto hospitalar, institucional ou de cuidados continuados, sem articulação com os cuidados de saúde primários.
Profissão/intervenção	Estudos centrados em modelos de intervenção liderados por outros profissionais de saúde, sem participação explícita ou relevante da enfermagem.
Tipo de publicação	Publicações de opinião, editoriais, comentários, cartas ao editor e protocolos de estudo, que não apresentassem contributo relevante para a compreensão das intervenções de enfermagem no contexto das hospitalizações evitáveis por ACSC.
Período temporal	Estudos publicados fora do período definido (anteriores a 2020).
Idioma	Estudos publicados em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol.

2.4 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi construída de acordo com as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI), tendo por base a estrutura População–Conceito–Contexto (PCC)

previamente definida. O objetivo da pesquisa foi identificar evidência científica sobre intervenções do enfermeiro de saúde comunitária, associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, a estratégia de pesquisa procurou captar estudos que reportassem informação sobre a utilização de recursos de saúde associada a estas hospitalizações, dimensão explorada de forma secundária na análise dos dados.
A pesquisa decorreu no dia 10 de outubro de 2025, recorrendo às seguintes bases de dados eletrónicas: Web of Science (ISI), Scopus e através do agregador de bases de dados EBSCOhost, acedeu-se às bases de dados, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina. O acesso à EBSCOhost foi realizado via área reservada do site da Ordem dos Enfermeiros. Foi realizada também uma pesquisa no agregador de repositórios RCAAP.
A estratégia de pesquisa foi desenvolvida a partir da combinação de termos livres e palavras-chave, identificados através de uma pesquisa exploratória inicial, relacionados com enfermagem, cuidados de saúde primários, hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários e utilização de recursos de saúde. Os termos foram combinados com recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR” e adaptados às especificidades de cada base de dados. As equações de pesquisa completas encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Equações de pesquisa para cada base de dados

Base de Dados	Equação de Pesquisa	Resultados
EBSCOhost	("Family Nursing" OR "Primary Health Care" OR "Community Health Nursing" OR "Nurse Practitioners" OR "Advanced Practice Nursing" OR "family nurse" OR "family health nursing" OR "nurse practitioner" OR "advanced practice nurse" OR "advanced practice nurses") AND ("Nursing Care" OR "Nursing" OR "nursing interventions" OR "care strategies" OR "nursing practices" OR "intervention programs") AND ("Hospitalization" OR "Patient Readmission" OR "avoidable hospitalizations" OR "preventable hospitalizations" OR "potentially preventable hospitalizations" OR "unplanned hospital admissions" OR "hospital readmissions" OR "ambulatory care sensitive conditions" OR "ACSC") AND ("Health Care Costs"OR"Costs and Cost Analysis" OR "Cost Savings" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "cost reduction" OR "cost-effectiveness" OR "economic impact" OR "cost benefit")	50
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("Family Nursing" OR "Primary Health Care" OR	

	"Community Health Nursing" OR "Nurse Practitioners" OR "Advanced Practice Nursing" OR "family nurse" OR "family health nursing" OR "nurse practitioner" OR "advanced practice nurse" OR "advanced practice nurses") AND ("Nursing Care" OR "Nursing" OR "nursing interventions" OR "care strategies" OR "nursing practices" OR "intervention programs") AND ("Hospitalization" OR "Patient Readmission" OR "avoidable hospitalizations" OR "preventable hospitalizations" OR "potentially preventable hospitalizations" OR "unplanned hospital admissions" OR "hospital readmissions" OR "ambulatory care sensitive conditions" OR "ACSC") AND ("Health Care Costs" OR "Costs and Cost Analysis" OR "Cost Savings" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "cost reduction" OR "cost-effectiveness" OR "economic impact" OR "cost benefit")) AND PUBYEAR>2020 AND PUBYEAR<2025	62
Web Of Science	("Family Nursing" OR "Primary Health Care" OR "Community Health Nursing" OR "Nurse Practitioners" OR "Advanced Practice Nursing" OR "family nurse" OR "family health nursing" OR "nurse practitioner" OR "advanced practice nurse" OR "advanced practice nurses") AND ("Nursing Care" OR "Nursing" OR "nursing interventions" OR "care strategies" OR "nursing practices" OR "intervention programs") AND ("Hospitalization" OR "Patient Readmission" OR "avoidable hospitalizations" OR "preventable hospitalizations" OR "potentially preventable hospitalizations" OR "unplanned hospital admissions" OR "hospital readmissions" OR "ambulatory care sensitive conditions" OR "ACSC") AND ("Health Care Costs" OR "Costs and Cost Analysis" OR "Cost Savings" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "cost reduction" OR "cost-effectiveness" OR "economic impact" OR "cost benefit") AND PY=(2020-2025)	34

Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa de literatura cinzenta no *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal* (RCAAP), a qual não resultou na inclusão de estudos, uma vez que os trabalhos identificados não se enquadravam no PCC definido, por incidirem predominantemente em análises de nível sistémico ou macroestrutural, sem descrição de intervenções de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários.

2.5 Processo de seleção dos estudos

As referências identificadas através da pesquisa nas diferentes bases de dados foram exportadas para o gestor bibliográfico *Mendeley*, onde foi realizada a remoção de duplicados. Do total de 146 registos inicialmente identificados, foram removidos 20 duplicados, resultando em 126 estudos para triagem.

Numa primeira fase, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 126 estudos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, tendo sido selecionados 8 estudos para

leitura integral.

Na fase de leitura do texto integral, foram excluídos os estudos que não cumpriam os critérios de elegibilidade estabelecidos, nomeadamente por não descreverem intervenções de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC, tendo sido selecionados 4 artigos incluídos nesta revisão.

O processo de seleção dos estudos foi sintetizado através de um fluxograma elaborado segundo as orientações PRISMA-ScR e em conformidade com a metodologia do Joanna Briggs Institute, o qual ilustra as diferentes fases da revisão, desde a identificação inicial dos registos até à inclusão final dos estudos analisados, conforme apresentado na Figura 1.

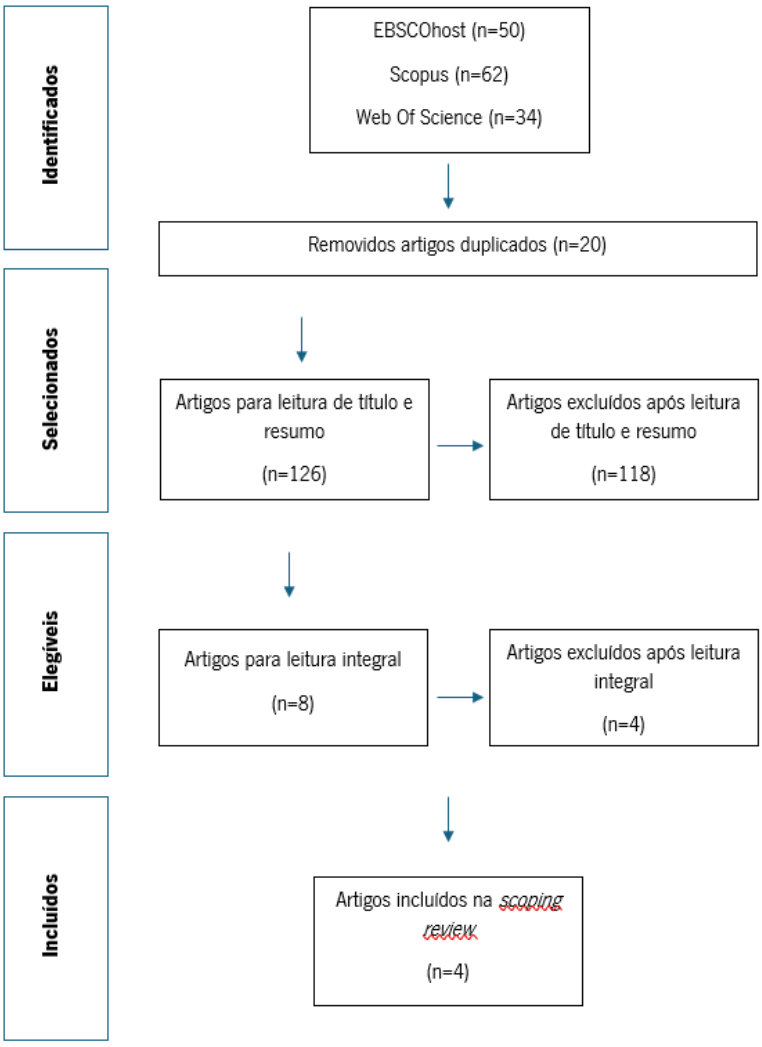


Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA

3. RESULTADOS

A presente *scoping review* integrou quatro estudos publicados entre 2020 e 2024, desenvolvidos

maioritariamente nos Estados Unidos da América e um estudo realizado em contexto europeu. Os estudos incluídos apresentam heterogeneidade ao nível do desenho metodológico, incluindo estudos observacionais de grande escala, estudos quasi-experimentais e artigos de natureza descritiva ou narrativa.

Relativamente à população, os estudos incidem predominantemente em adultos com doença crónica, multimorbilidade e elevada complexidade clínica, frequentemente associados a maior risco de hospitalização. No que respeita ao contexto, as intervenções são desenvolvidas em cuidados de saúde primários, com particular enfoque em modelos comunitários e domiciliários.

As tabelas 4, 5, 6 e 7 apresentam a caracterização dos estudos incluídos, nomeadamente quanto ao ano de publicação, país, desenho metodológico, população, intervenções de enfermagem descritas, contexto e principais resultados associados à prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC.

Tabela 4 - Análise do estudo de Liu C-F., 2020

Autor, Ano e País	**Participantes**	**Objetivos**	**Tipo de estudo**	**Principais resultados**	**Enquadramento segundo PCC**	**Utilização de recursos**
Liu C-F., 2020, Estados Unidos	806.434 adultos em cuidados de saúde primários, acompanhados por enfermeiros ou médicos.	Avaliar o impacto dos cuidados liderados por enfermeiros de prática avançada na utilização de serviços, custos e internamentos por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, vs modelo médico.	Estudo quantitativo observacional retrospetivo (coortes comparativas).	Intervenções: (1) Cuidados comunitários com continuidade e coordenação; (2) Acompanhamento contínuo da pessoa/família pelo mesmo enfermeiro; (3) Gestão do regime terapêutico na doença crónica (diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica); (4) Vigilância clínica e avaliação da resposta terapêutica, com ajuste do plano de cuidados; (5) Coordenação e referenciação entre níveis e recursos. Impacto: Redução dos internamentos evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, mantendo qualidade assistencial e sem aumento dos custos globais.	P: Adultos com doença crónica em cuidados de saúde primários; C: Intervenções do enfermeiro de saúde comunitária associadas à redução de hospitalizações evitáveis por ACSC; C: Cuidados de saúde primários em contexto comunitário.	Redução de hospitalizações por ACSC e utilização de serviços, sem aumento dos custos globais.

Tabela 5 - Análise do estudo de Mangat M., 2021

Autor, Ano e País	Participantes	Objetivos	Tipo de estudo	Principais resultados	Enquadramento segundo PCC	Utilização de recursos
Mangat M., 2021, Estados Unidos	Pessoas ≥65 anos, com multimorbilidade e limitações de mobilidade, acompanhadas em programas de cuidados de saúde primários domiciliários (≈59 000).	Descrever modelos de cuidados de saúde primários domiciliários e o seu impacto no acesso, continuidade de cuidados e utilização de serviços hospitalares.	Revisão narrativa e artigo de enquadramento, baseado na descrição de programas norte-americanos.	Intervenções: (1) Cuidados de saúde primários no domicílio em equipas multidisciplinares; (2) Coordenação de cuidados e articulação com níveis assistenciais e recursos comunitários; (3) Acompanhamento estruturado de pessoas com multimorbilidade, promovendo continuidade; (4) Vigilância clínica e funcional no domicílio, incluindo avaliação social e ambiental; (5) Intervenções preventivas, educação para a saúde, promoção do autocuidado e prevenção de complicações; (6) Resposta precoce a situações agudas no domicílio. Impacto: associação a redução de internamentos evitáveis, menor recurso à urgência e diminuição dos custos globais.	P: Adultos, maioritariamente idosos com multimorbilidade, em cuidados de saúde primários domiciliários; C: Intervenções do enfermeiro de saúde comunitária orientadas para prevenção de hospitalizações evitáveis e melhoria da coordenação; C: Contexto de cuidados de saúde primários comunitários e domiciliários, articulados com serviços locais	Menor utilização hospitalar (urgência e internamentos) e redução de custos globais; evidência de natureza descritiva/narrativa.

Tabela 6 - Análise do estudo de Cruz JL., 2024

Autor, Ano e País	Participantes	Objetivos	Tipo de estudo	Principais resultados	Enquadramento segundo PCC	Utilização de recursos
Cruz JL., 2024, Estados Unidos	69 adultos ≥55 anos, com multimorbilidade, limitações de mobilidade e ≥2 episódios de urgência/internamento no último ano, acompanhados em cuidados de saúde primários domiciliários.	Avaliar o impacto de um programa de cuidados de saúde primários domiciliários liderado por enfermeiros na redução da utilização hospitalar.	Estudo quasi-experimental pré e pós-intervenção, sem grupo de comparação, com seguimento de 6 semanas.	Intervenções: (1) Cuidados de enfermagem no domicílio; (2) Acompanhamento domiciliário contínuo; (3) Avaliação sistemática segundo o modelo dos 4Ms; (4) Gestão do regime terapêutico na doença crónica; (5) Educação da pessoa/cuidador para reconhecimento precoce de sinais de alerta e uso adequado dos serviços; (6) Coordenação de cuidados e referenciação com equipa multidisciplinar; (7) Acesso direto aos cuidados de enfermagem com intervenção precoce em agravamento clínico. Impacto: Tendência para redução do recurso à urgência e internamento, sobretudo em pessoas com ≥2 visitas domiciliárias; sem significância estatística, atribuída à curta duração e pequena dimensão da amostra.	P: Adultos seguidos em cuidados de saúde primários domiciliários, com elevada complexidade clínica e risco de hospitalização; C: Intervenções do enfermeiro de saúde comunitária associadas à redução de hospitalizações evitáveis e do recurso ao serviço de urgência hospitalar; C: Cuidados de saúde primários comunitários com componente domiciliária.	Avalia urgência, observação e internamentos; tendência de redução sobretudo com ≥2 visitas; sem análise económica formal.

Tabela 7 - Análise do estudo de Moreno - Chico C., 2021

Autor, Ano e País	Participantes	Objetivos	Tipo de estudo	Principais resultados	Enquadramento segundo PCC	Utilização de recursos
Moreno-Chico C., 2021, Espanha	118 adultos em cuidados de saúde primários, com doença crónica (maioria com multimorbilidade).	Avaliar a eficácia de uma intervenção educativa conduzida por enfermeiros na capacitação da pessoa e na utilização de serviços hospitalares.	Estudo quasi-experimental com grupo de intervenção e controlo, avaliação longitudinal (baseline, 6 semanas, 6 e 12 meses)	Intervenções: (1) Educação e aconselhamento em saúde, presencial; (2) Sessões estruturadas de acompanhamento centradas na capacitação; (3) Avaliação do nível de capacitação para individualização das intervenções; (4) Definição colaborativa de objetivos de saúde; (5) Plano de cuidados individualizado orientado para comportamentos de saúde; (6) Promoção da autoeficácia e competências de autocuidado; (7) Intervenção educativa, comportamental e apoio emocional integrado; (8) Acompanhamento regular em cuidados de saúde primários. Impacto: Aumento da capacitação a curto prazo, sem redução estatisticamente significativa das hospitalizações ou recurso à urgência; impacto em mecanismos intermédios relevantes para prevenção de internamentos evitáveis por ACSC.	P: Adultos com doença crónica em cuidados de saúde primários; C: Intervenções de enfermagem centradas em educação, health coaching e autocuidado associadas à redução do recurso hospitalar; C: Cuidados de saúde primários em contexto comunitário.	Avalia hospitalizações e recurso à urgência; sem redução estatisticamente significativa; não reporta custos.

Tipos de intervenções de enfermagem identificadas

A análise dos estudos incluídos permitiu mapear um conjunto diversificado de intervenções de enfermagem, que foram agrupadas em três grandes categorias:

(i) modelo de gestão e coordenação dos cuidados;
(ii) gestão do regime terapêutico e acompanhamento da doença crónica;
(iii) promoção da saúde e capacitação ao longo do ciclo vital.

Esta categorização permitiu uma análise estruturada das intervenções descritas e do seu contributo para a redução de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Para além disso foram sintetizados os resultados sobre a utilização de recursos de saúde associada às hospitalizações evitáveis por ACSC, identificados nos estudos em análise.

Modelo de gestão e coordenação dos cuidados

O modelo de gestão e coordenação dos cuidados refere-se ao conjunto de intervenções organizacionais e clínicas que visam assegurar a continuidade, integração e articulação dos cuidados ao longo do ciclo vital da pessoa e da família.

Os estudos incluídos, centrados na intervenção de enfermagem, descrevem modelos de cuidados de saúde primários em que esta assume um papel relevante na continuidade e coordenação dos cuidados. Nos estudos de Liu et al. (2020), Mangat e Kaminski (2021) e Cruz (2024), os enfermeiros assumem funções de acompanhamento, articulação entre níveis de cuidados, organização do percurso assistencial e intervenção precoce perante situações de agravamento, associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.

No estudo de Liu et al. (2020), os cuidados de saúde primários foram liderados por enfermeiros, que atuaram como prestadores principais de cuidados. Estes foram responsáveis pela avaliação, acompanhamento, gestão do regime terapêutico e coordenação dos cuidados ao longo do percurso assistencial, tendo-se observado, nesse estudo, uma redução estatisticamente significativa dos internamentos por ACSC, sem impacto negativo nos resultados clínicos nem aumento dos custos.

De forma complementar, os estudos de Mangat e Kaminski (2021) e de Cruz (2024) descreveram programas de cuidados de saúde primários no domicílio (HBPC), evidenciando modelos organizacionais centrados na enfermagem, integrados em equipas multidisciplinares e orientados para populações com elevada complexidade clínica e social. Nestes modelos, o enfermeiro desempenhou um papel estruturante na organização do modelo de cuidados e na coordenação do percurso assistencial da pessoa, assegurando a articulação entre profissionais, serviços e níveis de cuidados.

A coordenação e a acessibilidade ao enfermeiro de referência são descritas como componentes centrais destes modelos, permitindo uma resposta atempada perante sinais de agravamento e a gestão de transições entre níveis de cuidados. No estudo de Cruz (2024), observou-se uma tendência para redução da utilização hospitalar, incluindo episódios de urgência e internamento, particularmente entre as pessoas que receberam duas ou mais visitas domiciliárias de enfermagem, sugerindo que uma maior intensidade de acompanhamento e coordenação poderá contribuir para a prevenção de internamentos evitáveis por ACSC, ainda que sem significância estatística, o que os autores atribuem à curta duração da intervenção e à reduzida dimensão da amostra.

De forma global, os estudos indicam que intervenções organizacionais, de modelo e de coordenação do percurso de cuidados, lideradas por enfermeiros, estão associadas à redução de internamentos evitáveis por ACSC, através da promoção da continuidade, da coordenação e da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

Gestão do regime terapêutico e acompanhamento da doença crónica

A gestão do regime terapêutico e acompanhamento da doença crónica inclui intervenções centradas na avaliação, monitorização e ajuste do estado de saúde, frequentemente operacionalizadas através de planos de cuidados individualizados, adaptados às necessidades da pessoa e da família, no âmbito da avaliação e intervenção sistemática em enfermagem de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta temática foi identificada como uma intervenção central nos estudos de Liu et al. (2020) e Cruz (2024), surgindo igualmente como eixo estruturante nos modelos de cuidados de saúde primários no domicílio descritos por Mangat e Kaminski (2021). As intervenções descritas dirigem-

se maioritariamente a pessoas com doenças crónicas, multimorbilidade, fragilidade e limitações funcionais, exigindo acompanhamento regular.

No estudo de Liu et al. (2020), os enfermeiros assumiram um papel ativo na gestão da doença crónica em cuidados de saúde primários, incluindo a avaliação do estado de saúde, o acompanhamento sistemático, a monitorização da adesão e resposta ao regime terapêutico e a articulação com outros profissionais de saúde sempre que necessário. Esta abordagem permitiu uma atuação precoce perante sinais de descompensação clínica, associando-se a uma redução significativa dos internamentos evitáveis por ACSC.

O contexto domiciliário assume particular relevância nas intervenções descritas, sendo referido em vários estudos como um espaço privilegiado para a gestão da doença crónica e da complexidade. Neste âmbito, no estudo de Cruz (2024), a intervenção foi desenvolvida em contexto domiciliário, dirigida a pessoas com elevada complexidade clínica, funcional e cognitiva. Incluiu a avaliação integrada do estado clínico, funcional e cognitivo, o acompanhamento regular e a identificação precoce de alterações com potencial impacto na estabilidade clínica, com o objetivo de prevenir descompensações e reduzir o recurso evitável aos serviços hospitalares.

Neste estudo, destacou-se ainda a utilização do modelo dos 4Ms (do inglês: *what matters; medication; mentation; mobility*) como enquadramento estruturado da intervenção de enfermagem. Trata-se de um modelo que orienta a avaliação e o acompanhamento da pessoa em quatro dimensões centrais: o que é importante para a pessoa, a gestão do regime terapêutico, estado cognitivo, mobilidade e funcionalidade. A aplicação sistemática deste modelo permitiu uma avaliação estruturada e centrada na pessoa, facilitando a identificação precoce de fatores de risco, a priorização das necessidades e o ajuste do plano de cuidados ao longo do acompanhamento.

Nos modelos de cuidados de saúde primários no domicílio descritos por Mangat e Kaminski (2021) e no projeto de Cruz (2024), as intervenções de enfermagem dirigidas a populações com elevada complexidade clínica incluem ações associadas a situações avançadas de doença, integradas numa abordagem de continuidade de cuidados. Nestes contextos, a intervenção de enfermagem privilegia a gestão de sintomas e o alinhamento dos cuidados com os objetivos e preferências da pessoa, integrando princípios dos cuidados paliativos, e contribuindo para a prevenção de hospitalizações potencialmente evitáveis, através da identificação precoce de necessidades e da prestação de cuidados no domicílio (Mangat & Kaminski, 2021; Cruz, 2024).

Promoção da saúde e capacitação ao longo do ciclo vital

O estudo de Moreno-Chico et al. (2021) foi o único a identificar intervenções educativas e de aconselhamento em saúde, conduzidas por enfermeiros em cuidados de saúde primários, centradas na capacitação da pessoa para a gestão da sua saúde. Estas intervenções incluíram sessões individuais estruturadas, nas quais os enfermeiros forneceram informação sobre a doença crónica, explicaram sinais e sintomas de agravamento, treinaram a gestão do regime terapêutico e orientaram a utilização adequada dos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita à decisão de recorrer aos cuidados de saúde primários ou aos serviços hospitalares (Moreno-Chico et al., 2021).

As sessões incluíram a definição conjunta de objetivos de saúde e a elaboração de planos de cuidados adaptados à situação de cada pessoa, orientando a gestão diária da doença e a resposta a situações de agravamento. A intervenção procurou desenvolver, de forma progressiva, as competências de autocuidado e a confiança da pessoa para aplicar os conhecimentos adquiridos no seu quotidiano.

Os resultados demonstraram um aumento significativo da capacitação da pessoa para a gestão da sua saúde a curto prazo, avaliada às seis semanas de acompanhamento. Embora não se tenha verificado uma redução estatisticamente significativa das hospitalizações ou do recurso ao serviço de urgência durante o período de follow-up, foram observadas melhorias em indicadores intermédios relevantes, nomeadamente ao nível do autocuidado e da utilização mais adequada dos serviços de saúde.

Utilização de recursos de saúde associada às hospitalizações evitáveis por ACSC

Relativamente à utilização de recursos de saúde, os estudos incluídos reportam informação maioritariamente indireta, associada à redução de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários e do recurso aos serviços hospitalares. No estudo de Liu et al. (2020), a implementação de cuidados de saúde primários liderados por enfermeiros de prática avançada associou-se a uma redução estatisticamente significativa dos internamentos por ACSC, sem impacto negativo nos resultados clínicos nem aumento dos custos globais.

Nos modelos de cuidados domiciliários descritos por Mangat e Kaminski (2021) e no projeto de Cruz (2024), é evidenciada uma tendência para redução da utilização hospitalar, incluindo

episódios de urgência e internamento, particularmente entre as pessoas com maior intensidade de acompanhamento, ainda que sem análise económica formal. No estudo de Cruz (2024), a redução do recurso aos serviços hospitalares foi mais evidente nas pessoas que receberam duas ou mais visitas domiciliárias, sugerindo que a intensidade do acompanhamento de enfermagem poderá influenciar a utilização de recursos de saúde.

No estudo de Moreno-Chico et al. (2021), apesar de não se ter observado uma redução estatisticamente significativa das hospitalizações ou do recurso ao serviço de urgência, foram reportadas melhorias em indicadores intermédios relevantes, como o autocuidado e a utilização mais adequada dos serviços de saúde, os quais podem contribuir indiretamente para a prevenção do recurso evitável aos cuidados hospitalares.

4. DISCUSSÃO

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear e sintetizar a evidência disponível sobre intervenções do enfermeiro na comunidade associadas à redução de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Os resultados evidenciam que o contributo da enfermagem para este desfecho se expressa através de intervenções desenvolvidas em diferentes níveis de prática, assumindo configurações diversas consoante o contexto organizacional e o sistema de saúde em que se inserem. De forma consistente, os estudos analisados sugerem que o maior potencial de redução de internamentos evitáveis ocorre quando as intervenções de enfermagem são contínuas, centradas na pessoa e no seu contexto de vida, e integradas em modelos estruturados em oposição a abordagens pontuais ou fragmentadas.

A discussão dos resultados é organizada em torno dos três grandes tipos de intervenções de enfermagem identificados: (i) modelo de gestão e coordenação dos cuidados, (ii) gestão do regime terapêutico e acompanhamento da doença crónica e (iii) promoção da saúde e capacitação ao longo do ciclo vital.

Modelo de gestão e coordenação dos cuidados

Os resultados desta *scoping review* sugerem que as intervenções organizacionais e de coordenação do percurso de cuidados assumem um papel central na redução de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Estas intervenções incidem sobre a forma como os cuidados são estruturados, atribuídos e articulados ao longo do tempo, criando condições organizacionais que favorecem a continuidade, a acessibilidade e a integração dos cuidados.

No estudo de Liu et al. (2020), a atribuição de um enfermeiro gestor de caso responsável pelo acompanhamento contínuo das pessoas incluiu funções de avaliação, monitorização clínica, gestão do regime terapêutico e coordenação do percurso de cuidados. Este modelo organizacional associou-se a uma menor probabilidade de internamento global e por ACSC, sem impacto negativo nos resultados clínicos nem aumento dos custos globais de cuidados de saúde, quando comparado com modelos predominantemente médicos e esporádicos.

De forma semelhante, os estudos de Mangat e Kaminski (2021) e de Cruz (2024) descrevem modelos de cuidados de saúde primários no domicílio (Home-Based Primary Care – HBPC) nos

quais a enfermagem assume um papel estruturante na organização dos cuidados e na coordenação do acompanhamento, assegurando a articulação entre profissionais, serviços e diferentes níveis de cuidados. Estes resultados são consistentes com evidência prévia que associa modelos de cuidados liderados por enfermeiros a menores taxas de hospitalização em diferentes contextos assistenciais, nomeadamente em cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários e programas de gestão da doença crónica na comunidade (NeOMSuse et al., 2011; Martínez-González et al., 2014).

De facto, diferentes estudos têm vindo a demonstrar que a continuidade dos cuidados, o acesso atempado ao enfermeiro gestor de caso e a articulação entre diferentes níveis de cuidados constituem fatores determinantes na prevenção de internamentos evitáveis, sendo frequentemente utilizados como indicadores indiretos da efetividade dos cuidados de saúde primários (Gibson et al., 2012). Neste contexto, observa-se um reforço do papel da enfermagem na comunidade, com os enfermeiros a assumirem funções na garantia da continuidade e coordenação dos cuidados de um grupo definido de pessoas ao longo do tempo, em contraste com modelos fragmentados e centrados em contactos pontuais.

Globalmente, a evidência analisada indica que a redução de hospitalizações evitáveis por ACSC se associa a modelos organizacionais que favorecem a continuidade dos cuidados, a articulação entre profissionais e a coordenação do acompanhamento, criando condições para uma intervenção mais eficaz da enfermagem na comunidade (Magalhães et al., 2024).

Este enquadramento assume particular relevância no contexto português, onde o rácio de enfermeiros e o investimento em prevenção e cuidados de saúde primários permanecem abaixo da média da OCDE (OCDE, 2023). Neste cenário, estratégias organizacionais orientadas para a integração e coordenação dos cuidados, como a gestão de caso em enfermagem - entendida como uma abordagem estruturada de coordenação do acompanhamento de pessoas com elevada complexidade - emergem como respostas promissoras baseadas na reorganização dos cuidados e na criação de valor em saúde (Henriques et al., 2025), assumindo particular pertinência no âmbito do modelo organizacional do enfermeiro de família, enquanto profissional de referência no acompanhamento da pessoa e da família.

Promoção da saúde e capacitação ao longo do ciclo vital

Em articulação com as dimensões organizacionais e de coordenação dos cuidados, a gestão da doença crónica e o acompanhamento ao longo do ciclo de vida emergem como um eixo central das intervenções de enfermagem associadas à redução de hospitalizações evitáveis por ACSC.

Tanto no estudo de Liu et al. (2020) como no de Cruz (2024), a intervenção de enfermagem dirigida a pessoas com doença crónica, multimorbilidade e elevada complexidade clínica associou-se a uma redução consistente do recurso evitável aos serviços hospitalares. Estes resultados reforçam a importância do acompanhamento e de proximidade na gestão das condições crónicas, particularmente em populações com maior risco de descompensação.

A evidência internacional sustenta estes achados, apontando para uma menor utilização do serviço de urgência e para menores taxas de hospitalização evitável em contextos onde os enfermeiros assumem funções avançadas no acompanhamento e gestão da doença crónica (Horton et al., 2024). Nos estudos analisados, esta intervenção concretizou-se através do acompanhamento regular, da vigilância sistemática do estado de saúde, da monitorização do regime terapêutico e da intervenção atempada perante sinais de agravamento, permitindo prevenir descompensações e reduzir o recurso hospitalar não planeado.

A utilização de modelos de avaliação integrados, como o modelo dos 4Ms descrito por Cruz (2024), reforça esta abordagem ao estruturar a intervenção de enfermagem a partir de múltiplas dimensões da pessoa. Este modelo assenta em quatro pilares fundamentais - *What Matters* (o que é importante para a pessoa), *Medication* (medicação), *Mentation* (estado mental/cognição) e *Mobility* (mobilidade) - promovendo cuidados personalizados, seguros e centrados na pessoa, particularmente relevantes no acompanhamento de populações idosas e com elevada complexidade clínica (Institute for Healthcare Improvement, 2020). Segundo os autores, este enquadramento permitiu orientar a vigilância sistemática no domicílio, apoiar a tomada de decisão de enfermagem perante alterações do estado de saúde e ajustar o plano de cuidados de forma atempada, contribuindo para a estabilidade clínica ao longo do acompanhamento.

Importa ainda salientar que várias das intervenções descritas nos estudos analisados apresentam características convergentes com a lógica da gestão de caso em enfermagem. Esta abordagem, dirigida a pessoas com doença crónica, multimorbilidade e elevada complexidade, integra

acompanhamento de proximidade, coordenação e articulação entre diferentes níveis de cuidados. A intervenção do enfermeiro gestor de caso encontra-se já implementada em alguns contextos no território português, particularmente no acompanhamento de pessoas com elevada utilização dos serviços hospitalares, assumindo como objetivos centrais a identificação precoce de necessidades, a organização das respostas assistenciais e a prevenção de descompensações (Henriques et al., 2025).

Neste enquadramento, importa refletir sobre o potencial específico do enfermeiro de saúde familiar, que detém competências diferenciadas no acompanhamento da pessoa e da família, no conhecimento aprofundado do contexto familiar e comunitário e na articulação de cuidados na comunidade. A ausência de uma associação explícita entre a função de gestor de caso e o contexto da enfermagem de saúde familiar sugere a existência de um potencial ainda pouco explorado deste perfil profissional na resposta à cronicidade complexa e na prevenção de hospitalizações evitáveis.

Os estudos de Mangat e Kaminski (2021) e de Cruz (2024) descrevem intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas com elevada complexidade clínica e situações avançadas de doença, centradas na gestão de sintomas, no acompanhamento domiciliário e na identificação precoce de necessidades. Estas intervenções permitiram a gestão de múltiplas situações no domicílio, associando-se a uma tendência para redução do recurso evitável aos serviços hospitalares.

Embora estas intervenções não sejam conceptualizadas como cuidados paliativos formais, os resultados sugerem que a integração de princípios paliativos na prática de enfermagem em cuidados de saúde primários pode constituir um contributo relevante para a prevenção de hospitalizações evitáveis. Ao favorecer a resposta precoce a agravamentos clínicos e a adequação dos cuidados às necessidades da pessoa em situação de doença avançada, estas abordagens reforçam o papel da enfermagem na promoção de cuidados centrados na pessoa e na redução do recurso hospitalar desnecessário.

Promoção da saúde e capacitação ao longo do ciclo vital

As intervenções educativas e comportamentais identificadas nesta *scoping review* assumem-se como uma estratégia de longo prazo na prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC,

promovendo a capacitação da pessoa para a gestão da sua saúde e uma utilização mais adequada dos cuidados de saúde primários, com uma abordagem sustentável e salutogénica. No estudo de Moreno-Chico et al. (2021), a intervenção educativa conduzida por enfermeiros associou-se a um aumento significativo da capacitação para a gestão da saúde a curto prazo, ainda que sem impacto estatisticamente significativo na redução das hospitalizações durante o período de follow-up.

A ausência de efeitos imediatos na utilização hospitalar deve ser interpretada à luz do tempo necessário para que alterações comportamentais se traduzam em mudanças sustentadas nos padrões de utilização dos serviços de saúde. A literatura sobre ACSC indica que o recurso evitável aos serviços hospitalares está frequentemente associado a dificuldades no reconhecimento precoce de sinais de agravamento, na adesão ao regime terapêutico e na utilização adequada dos serviços de saúde, particularmente em pessoas com doenças crónicas (Purdy et al., 2009; Gibbons et al., 2012; OCDE, 2023). Neste contexto, intervenções educativas e de apoio à autogestão, quando integradas na prestação de cuidados, têm sido associadas a menor recurso à urgência e a hospitalizações evitáveis (Wang et al., 2017), sendo consideradas intervenções promotoras da literacia em saúde.

Utilização de recursos de saúde associada às hospitalizações evitáveis por ACSC

No que respeita à utilização de recursos de saúde, a evidência identificada nesta *scoping review* sugere uma associação consistente entre as intervenções de enfermagem descritas e a redução da utilização de cuidados hospitalares, sobretudo através da diminuição de internamentos evitáveis por ACSC e do recurso ao serviço de urgência. Importa salientar que a maioria dos estudos incluídos não realizou uma avaliação do impacto económico-financeiro das intervenções, sendo as informações disponíveis sobre custos e utilização de recursos de saúde baseada sobretudo em indicadores indiretos, como a frequência de internamentos e do recurso aos serviços hospitalares.

Apenas o estudo de Liu et al. (2020) analisou explicitamente os custos globais de cuidados de saúde, não tendo identificado aumento dos custos associados ao modelo de cuidados liderado por enfermeiros na comunidade, apesar da redução dos internamentos por ACSC. Nos restantes estudos, a diminuição da utilização hospitalar surge como um indicador indireto de potencial impacto na utilização de recursos, reforçando a necessidade de investigação futura que integre de forma sistemática a dimensão económico-financeira na avaliação das intervenções de enfermagem em cuidados de saúde primários.

4.1 Enquadramento no contexto português

No contexto português, importa salientar que muitas das intervenções de enfermagem identificadas nesta *scoping review*, embora desenvolvidas por enfermeiros em diferentes realidades organizacionais e contextos comunitários internacionais, apresentam convergência com as competências atribuídas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Com efeito, as funções descritas nos estudos analisados - frequentemente desempenhadas por enfermeiros em cuidados de saúde primários noutros países - correspondem, na realidade portuguesa, ao âmbito de atuação do enfermeiro de família no acompanhamento da pessoa, da família e da comunidade.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, detém competências na avaliação sistemática do estado de saúde familiar, na promoção da saúde, na coordenação de cuidados e na liderança de processos de intervenção. Estas competências traduzem-se na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com a família, realizar uma avaliação sistematizada das suas necessidades, planear e implementar cuidados individualizados e assegurar a continuidade e coordenação dos cuidados, em consonância com os padrões de qualidade definidos para a enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 367/2015). Estas dimensões convergem com as abordagens de enfermagem identificadas na literatura como associadas à redução de hospitalizações evitáveis por ACSC.

4.2 Forças e Limitações

O presente estudo apresenta várias forças que reforçam a sua relevância no contexto dos cuidados de saúde primários. Desde logo, destaca-se a sua ancoragem na prática clínica, tendo emergido de necessidades identificadas no contexto real de estágio, o que contribui para a pertinência e aplicabilidade dos resultados. A utilização da metodologia de scoping review permitiu mapear de forma abrangente as intervenções do enfermeiro de família, numa área ainda pouco sistematizada, possibilitando a identificação de padrões de intervenção e lacunas no conhecimento existente. Acresce a integração de diferentes tipos de estudo, o que favoreceu uma compreensão mais ampla e multifacetada do fenómeno em análise, particularmente relevante num domínio complexo como a enfermagem de saúde familiar. Por fim, a articulação entre a componente investigativa e a experiência clínica contribuiu para uma análise mais contextualizada dos resultados, aproximando

a evidência científica da prática de cuidados.

A presente *scoping review* apresenta, no entanto, algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos seus resultados. Em primeiro lugar, importa sublinhar que, enquanto revisão de mapeamento, este estudo não teve como objetivo avaliar comparativamente a eficácia das intervenções de enfermagem, mas sim identificar e caracterizar as intervenções descritas na literatura como associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. Consequentemente, os resultados não permitem estabelecer relações causais robustas nem hierarquizar a eficácia das diferentes intervenções identificadas.

Verificou-se, ainda, uma concentração geográfica dos estudos incluídos, uma vez que três dos quatro estudos foram conduzidos nos Estados Unidos da América e apenas um em contexto europeu. Esta distribuição poderá limitar a transferibilidade dos resultados para outros sistemas de cuidados de saúde primários, nomeadamente para o contexto português, que apresenta especificidades organizacionais, legais e profissionais distintas, incluindo diferenças relevantes no enquadramento e na autonomia da prática de enfermagem.

Outra limitação prende-se com a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos. A amostra integra diferentes desenhos de estudo, desde estudos observacionais de larga escala a estudos quasi-experimentais com amostras reduzidas e, em alguns casos, sem grupo de comparação. Esta diversidade metodológica condiciona a comparabilidade direta dos resultados e impede a formulação de conclusões causais sólidas acerca do impacto das intervenções de enfermagem na redução de internamentos por ACSC.

Adicionalmente, embora os estudos se insiram no âmbito dos cuidados de saúde comunitários, estes não contemplam explicitamente a figura do enfermeiro de família, recorrendo antes a designações mais amplas de enfermagem comunitária ou de enfermagem de prática avançada. Esta circunstância não invalida a relevância dos resultados, mas exige a sua interpretação à luz do enquadramento profissional e organizacional específico da Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal.

Por fim, importa referir que, apesar de os estudos incluídos evidenciarem uma associação consistente entre as intervenções de enfermagem e a redução de hospitalizações evitáveis - com implicações claras na diminuição da utilização de recursos hospitalares -, a ausência de avaliações

económicas formais limita a quantificação rigorosa do impacto económico dessas intervenções nos contextos em que foram implementadas. Esta lacuna evidencia a necessidade de investigação futura que integre de forma sistemática a dimensão económica na avaliação das intervenções de enfermagem em cuidados de saúde primários.

4.3 Implicações para a investigação em enfermagem

Os resultados da presente *scoping review* evidenciam a necessidade de reforçar a investigação sobre as intervenções de enfermagem em cuidados de saúde primários associadas à prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários. O número reduzido de estudos incluídos, bem como a diversidade de contextos e desenhos metodológicos identificados, sugerem que este domínio permanece ainda insuficientemente explorado, particularmente no que respeita à descrição clara, sistemática e replicável das intervenções de enfermagem.

A investigação futura deverá privilegiar desenhos metodológicos mais robustos, com definição explícita de desfechos relacionados com ACSC, de modo a permitir uma avaliação mais específica e consistente do impacto das intervenções de enfermagem na redução da utilização hospitalar evitável. Será igualmente relevante aprofundar o estudo de intervenções de enfermagem que integrem múltiplas componentes - como a prestação de cuidados clínicos, o acompanhamento domiciliário, a coordenação de cuidados e as intervenções educativas -, permitindo compreender quais os tipos de intervenção, isolados ou combinados, que apresentam maior potencial na prevenção de hospitalizações evitáveis.

Adicionalmente, torna-se pertinente desenvolver estudos realizados em contexto nacional, que considerem a organização dos cuidados de saúde primários em Portugal e as competências específicas do enfermeiro de família, de forma a produzir evidência mais ajustada ao enquadramento profissional, organizacional e legal da Enfermagem de Saúde Familiar no contexto português.

Importa ainda salientar a necessidade de integrar, de forma mais sistemática, a análise da utilização de recursos de saúde e da dimensão económica nos estudos futuros. Apesar de a evidência disponível apontar para uma redução consistente das hospitalizações evitáveis associada às intervenções de enfermagem, a ausência de avaliações económicas formais limita a

quantificação do impacto económico dessas intervenções, constituindo uma lacuna relevante da investigação neste domínio.

Por fim, a investigação futura deverá contemplar períodos de seguimento mais prolongados, uma vez que os efeitos de determinadas intervenções de enfermagem - em particular as intervenções educativas, comportamentais e de promoção do autocuidado - tendem a manifestar-se de forma gradual, sendo mais evidentes a médio e longo prazo.

4.4 Implicações para a prática de enfermagem

Apesar das limitações identificadas, esta *scoping review* evidencia implicações relevantes para a prática dos cuidados de saúde primários, em particular para a atuação do enfermeiro de família na prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.

Os estudos analisados sugerem que o enfermeiro de família pode desempenhar um papel central na redução da utilização hospitalar através de intervenções assentes na continuidade de cuidados, no acompanhamento e na proximidade com a pessoa e a família, designadamente o recurso assíduo à visita domiciliária. A vigilância sistemática do estado de saúde, a deteção precoce de sinais de agravamento e a articulação entre níveis de cuidados emergem como práticas fundamentais, especialmente em pessoas idosas, com multimorbilidade e doença crónica.

Adicionalmente, a integração de intervenções educativas e de apoio ao autocuidado na prática do enfermeiro de família pode contribuir para uma utilização mais adequada dos cuidados de saúde primários, promovendo maior envolvimento da pessoa no processo de cuidados e uma maior capacidade de resposta a situações de agravamento em fases precoces, potenciando os efeitos das intervenções clínicas e organizacionais. Estas abordagens revelam-se particularmente relevantes em contextos de elevada complexidade clínica e social, intervenções de promoção da literacia em saúde.

Por fim, esta revisão reforça a importância de que a prática do enfermeiro de família se baseie na evidência científica disponível, promovendo cuidados planeados, organizados e contínuos. A integração da evidência na prática clínica constitui um elemento essencial para reforçar o contributo da enfermagem na prevenção de internamentos evitáveis e para otimizar a resposta dos cuidados de saúde primários às necessidades das pessoas e famílias.

4.5 Implicações para a formação em enfermagem

Os resultados desta *scoping review* indicam que a prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários exige que os enfermeiros sejam preparados para avaliar a condição de saúde de forma abrangente e contextual, detetar precocemente alterações no estado de saúde, intervir antes da descompensação e acompanhar pessoas com doença crónica de forma estruturada, em contexto comunitário. Assim, a formação em enfermagem deve preparar os profissionais para reconhecer sinais de agravamento, priorizar necessidades e decidir intervenções de enfermagem adequadas em situações frequentes nos cuidados de saúde primários.

A centralidade atribuída à continuidade de cuidados implica que os percursos formativos desenvolvam competências para o acompanhamento regular da pessoa e da família, incluindo a capacidade de ajustar a intervenção de enfermagem em função da evolução da situação de saúde e de articular atempadamente com outros níveis de cuidados quando necessário. Estas competências são fundamentais para prevenir descompensações que, na ausência de intervenção precoce, tendem a culminar em recurso aos serviços hospitalares.

Adicionalmente, os resultados evidenciam que as intervenções educativas e comportamentais desempenham um papel relevante na prevenção de hospitalizações evitáveis. Neste sentido, a formação em enfermagem deve capacitar os enfermeiros para ensinar a pessoa a reconhecer sinais de alerta, gerir a doença no quotidiano e utilizar de forma adequada os cuidados de saúde primários, evitando o recurso desnecessário aos serviços de urgência. O desenvolvimento de competências em comunicação terapêutica, educação para a saúde e apoio à mudança comportamental assume, assim, um papel central na atuação do enfermeiro em cuidados de saúde primários.

4.6 Implicações para a gestão dos cuidados

No plano da gestão dos cuidados, os resultados desta *scoping review* sugerem que a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC depende, em grande medida, da forma como os cuidados de saúde primários são organizados. Modelos organizacionais que atribuem à enfermagem um papel ativo no acompanhamento de proximidade, na coordenação do percurso de cuidados e na articulação entre níveis assistenciais criam

condições mais favoráveis para a deteção precoce de agravamentos e para a intervenção fora do contexto hospitalar.

A evidência analisada reforça a importância de assegurar condições organizacionais que permitam aos enfermeiros exercer esse papel, nomeadamente através da adequação dos tempos de acompanhamento atribuídos às pessoas e famílias sob sua responsabilidade. A gestão dos cuidados deverá, assim, garantir que a atribuição de pessoas e famílias aos enfermeiros é acompanhada de condições que permitam o seguimento regular, a vigilância do estado de saúde e a intervenção atempada, prevenindo descompensações que poderiam resultar em recurso evitável aos serviços hospitalares.

Adicionalmente, os resultados evidenciam que o impacto dos cuidados domiciliários na prevenção de hospitalizações evitáveis depende da sua integração efetiva nos cuidados de saúde primários. Neste sentido, a gestão dos cuidados deverá assegurar que o acompanhamento domiciliário é desenvolvido de forma coordenada, com critérios claros de intervenção e articulação funcional entre os profissionais envolvidos, permitindo responder atempadamente às necessidades identificadas no domicílio e evitar respostas tardias centradas no hospital.

Por fim, a evidência sugere que a prevenção de hospitalizações evitáveis é mais eficaz quando as intervenções de enfermagem não ocorrem de forma isolada, mas articulada ao longo a prestação de cuidados. Assim, a gestão dos cuidados deverá promover formas de organização do trabalho que assegurem a articulação entre vigilância do estado de saúde, educação para a saúde e resposta a agravamentos, através da partilha sistemática de informação, da definição de prioridades de intervenção e da atuação coordenada das equipas.

5. CONCLUSÕES

A presente *scoping review* teve como objetivo identificar, descrever e sintetizar a literatura existente sobre as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária descritas no contexto da prevenção de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários.

Os resultados desta revisão permitem concluir que as intervenções de enfermagem desenvolvidas em cuidados de saúde primários estão associadas à redução de hospitalizações evitáveis por ACSC, particularmente através de estratégias centradas na continuidade de cuidados, no acompanhamento, na vigilância do estado de saúde e na intervenção precoce perante sinais de agravamento. Estas intervenções revelam-se especialmente relevantes em populações idosas, com multimorbilidade e elevada complexidade.

Para além do impacto clínico identificado, a evidência analisada sugere que a redução das hospitalizações evitáveis se associa a uma menor utilização de recursos hospitalares, ainda que a informação disponível sobre a dimensão económica seja maioritariamente indireta e careça de quantificação formal.

Em síntese, esta *scoping review* evidencia que o enfermeiro de saúde comunitária desempenha um papel relevante na prevenção de hospitalizações evitáveis por ACSC, sustentando a importância de práticas de enfermagem contínuas, integradas e orientadas para a prevenção, em resposta aos desafios colocados pelo envelhecimento populacional, pela doença crónica e pela utilização evitável dos serviços hospitalares.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório permitiu uma reflexão crítica, fundamentada e integrada sobre o percurso desenvolvido ao longo da Unidade Curricular *Estágio de Natureza Profissional com Relatório*, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este percurso constituiu uma oportunidade significativa de consolidação e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, sustentadas em conhecimento científico, técnico, ético e relacional, essenciais à prestação de cuidados diferenciados em cuidados de saúde primários.

Ao longo do estágio, foi possível aprofundar a compreensão da complexidade inerente ao cuidar da família enquanto unidade de cuidados, reconhecendo-a como um sistema dinâmico, em constante interação com o contexto envolvente. A mobilização de modelos teóricos, como o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (Wright & Leahey, 2013) e a abordagem do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (Gottlieb, 2013), revelou-se fundamental para estruturar a prática clínica, orientar a tomada de decisão e promover intervenções centradas nas necessidades, recursos e potencialidades das famílias.

A prática em contexto real permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Destaca-se a importância da tomada de decisão partilhada, da comunicação terapêutica e da construção de relações de confiança, como elementos centrais na promoção da autonomia, capacitação e envolvimento das famílias no processo de cuidados.

A gestão de situações de complexidade crescente, nomeadamente em contextos de multimorbilidade, transições de cuidados e vulnerabilidade familiar, evidenciou o papel do enfermeiro de família na coordenação de cuidados, na articulação entre níveis assistenciais e na antecipação de riscos, contribuindo para a continuidade e segurança dos cuidados e para a prevenção de complicações e de hospitalizações evitáveis.

A integração na equipa multidisciplinar decorreu de forma interprofissional e construtiva, sendo marcada por uma postura proativa, colaborativa e reflexiva. A articulação com outros profissionais de saúde revelou-se determinante para a construção de respostas integradas e adequadas às necessidades das pessoas e famílias, reforçando a importância do trabalho em equipa nos

cuidados de saúde primários.

A experiência clínica evidenciou a frequência de situações de descompensação de doença crónica e de recurso evitável aos serviços hospitalares, realidade que reconheço também na minha prática em contexto hospitalar, nomeadamente num serviço de Medicina Interna. Este contacto com diferentes níveis de cuidados reforçou a necessidade de compreender melhor o contributo do enfermeiro de família na prevenção destas situações, motivando o desenvolvimento da vertente investigativa do presente relatório.

Neste âmbito, a realização da *scoping review* constituiu um desafio exigente, mas altamente enriquecedor, permitindo o desenvolvimento de competências em investigação, nomeadamente na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão, pesquisa da literatura, análise crítica e síntese dos resultados. Este processo reforçou a importância da prática baseada na evidência científica enquanto suporte à tomada de decisão clínica e à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Os resultados da revisão evidenciam que as intervenções do enfermeiro de família - particularmente ao nível da coordenação de cuidados, gestão da doença crónica e intervenções educativas e de capacitação - estão associadas à redução do recurso hospitalar. Estes achados reforçam o contributo da enfermagem de saúde familiar na promoção de ganhos em saúde e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Contudo, a análise do contexto de prática permitiu também identificar limitações relevantes, nomeadamente a elevada carga assistencial, a limitação de tempo para intervenção aprofundada com as famílias e constrangimentos organizacionais que dificultam a operacionalização plena de uma prática verdadeiramente centrada na família, bem como a aplicação efetiva das intervenções identificadas na scoping review. Estas condições evidenciam a necessidade de valorização do papel do enfermeiro especialista, bem como de ajustamentos organizacionais que permitam uma intervenção mais contínua, autónoma e eficaz.

Importa ainda reconhecer algumas limitações associadas ao percurso desenvolvido, nomeadamente a gestão exigente do tempo, a conciliação entre a componente académica, profissional e pessoal, bem como a própria complexidade do contexto clínico. Ainda assim, estas dificuldades constituíram oportunidades de aprendizagem e crescimento, contribuindo para o desenvolvimento de competências de adaptação, resiliência e pensamento crítico.

Globalmente, considera-se que os objetivos definidos para o presente relatório foram atingidos, tendo este percurso contribuído de forma significativa para a construção de um perfil profissional mais autónomo, reflexivo e fundamentado, alinhado com as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A experiência vivenciada reforçou o compromisso com uma prática centrada na pessoa e na família, sustentada na evidência científica e orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida das populações.

No entanto, a consolidação da enfermagem de saúde familiar enquanto área especializada exige não apenas investimento formativo, mas também a sua tradução consistente nas práticas organizacionais e na gestão de recursos humanos, de forma a reconhecer e integrar essa diferenciação.

Espero, num futuro próximo, integrar o exercício profissional em cuidados de saúde primários, mais especificamente numa USF, contribuindo ativamente para a valorização da enfermagem de saúde familiar e para o desenvolvimento de práticas inovadoras que respondam de forma mais eficaz às necessidades das famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – BI-CSP*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/

Almeida, T. L. (2023, outubro 8). Prática avançada de enfermagem – Utopia ou realidade? *Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30918/08_10_2023-22044-p%C3%A1gina-1-geral.pdf

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. https://synthesismanual.jbi.global

Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing, 14*(1), 33–55. https://doi.org/10.1177/1074840707312237

Booker, M., & Purdy, S. (2022). Towards new definitions of avoidable hospital admissions. *British Journal of General Practice, 72*(723), 464–465. https://doi.org/10.3399/bjgp22X720725

Burke, C. (2021, April 14). Preventable hospital admissions from aged care cost $312 million a year: AMA. *Aged Care Insite*. https://www.agedcareinsite.com.au/2021/04/preventable-hospital-admissions-form-aged-care-cost-us-312-million-a-year-ama/

Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Pearson Education.

Costa, E., Pestana, J., & Barros, P. P. (2024). Primary health care coverage in Portugal: The promise of a general practitioner for all. *Human Resources for Health, 22*, 55. https://doi.org/10.1186/s12960-024-00936-7

Cruz, J. L. (2024). *Development and evaluation of a nurse practitioner directed home-based primary care practice and its impact on emergency room visits, observation unit stays, and*

hospital admissions (Doctor of Nursing Practice project, Wilmington University).

Cruz, J. L. (2024). *Development and evaluation of a nurse practitioner directed home-based primary care practice and its impact on emergency room visits, observation unit stays, and hospital admissions* (Doctor of Nursing Practice project, Wilmington University).

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. (2014). *Diário da República*, 1.ª série(149). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. (2007). *Diário da República*, 1.ª série(161). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665

Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLOS ONE, 14*(8), e0220116. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Cuidados de saúde primários: Qualidade e eficiência nas UCSP e USF*. https://www.ers.pt/media/1bkl53w5/estudo-csp-qualidade-e-efici%C3%AAncia-nas-usf-e-ucsp.pdf

Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados de saúde primários: Perspetiva dos utilizadores das USF – 2009* (1.ª ed.). Ministério da Saúde.

Figueiredo, M. do C. A. B. (2011). Enfermería de familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4(2), 45–48. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6349639

Figueiredo, M. H. (2011). Enfermagem de família: Uma perspetiva integrada. In J. R. Relvas (Ed.), *Intervenção sistémica com famílias: A perspetiva das profissões sociais e humanas* (pp. 173–188). Climepsi.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. J. (2007). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Formasau.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Gibbons, D. C., Bindman, A. B., Soljak, M. A., Millett, C., & Majeed, A. (2012). Defining primary care sensitive conditions: A necessity for effective primary care delivery? *Journal of the Royal Society of Medicine, 105*(10), 422–428. https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120178

Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Bhatia, R. S., & Shaw, J. (2020). Collaborative governance for integrated care: Insights from a policy stakeholder dialogue. *International Journal of Integrated Care, 20*(1), 1–11. https://doi.org/10.5334/ijic.4684

Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer Publishing Company.

Gottlieb, L. N. (2016). Strengths-based nursing care: A new paradigm for nursing. In T. S. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (5th ed., pp. 341–358). Jones & Bartlett Learning.

Gottlieb, L. N., & Feeley, N. (2007). The McGill model of nursing: A practice-derived model. *Advances in Nursing Science, 30*(1), 60–71. https://doi.org/10.1097/00012272-200701000-00007

Henriques, H. M. S. R., et al. (2025). Gestão de caso em enfermagem: Uma resposta em contextos de cronicidade complexa. *Pensar Enfermagem*. https://pensarenfermagem.enfermagem.ulisboa.pt/index.php/esel/article/view/472

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*(2), 213–218. https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4

Horton, M., Dixon, J., Turi, E., Balusu, C., Siegel, R. P., & Maier, C. B. (2024). Advanced practice nurses in primary care and their impact on health service utilisation, costs and access globally: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.17614

Hurst, J. (2010). *Effective ways to realise policy reforms in health systems* (OCDE Health Working Papers, No. 51). OCDE Publishing. https://doi.org/10.1787/5kmh377l4n9x-en

International Council of Nurses. (2023). *Definição de família e papel dos enfermeiros de família*. ICN.

Julia, C., Saynac, Y., Le Joubioux, C., Cailhol, J., Lombrail, P., & Bouchaud, O. (2020). Organising community primary care in the age of COVID-19: Challenges in disadvantaged areas. *The Lancet Public Health, 5*(6), e313. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30115-8

Liu, C.-F., Hebert, P. L., Douglas, J. H., Neely, E. L., Sulc, C. A., Reddy, A., Sales, A. E., & Wong, E. S. (2020). *Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care*. Health Services Research. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13246

Magalhães, J. P., Pestana, J., Silva, R. L., Pereira, A., & Biscaia, A. (2024). Avoidable hospital admissions depend on the primary healthcare governance model? A global health perspective from Europe countries. *American Journal of Economics and Sociology, 83*(1), 127–141. https://doi.org/10.1111/ajes.12523

Mangat, M., & Kaminski, M. (2021). Home-based primary care: A solution for our frail elderly patients. *Population Health Management, 24*(6), 648–650. https://doi.org/10.1089/pop.2021.0101

Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research, 14*, 214. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A*

guide to best practice (4th ed.). Wolters Kluwer.

Moreno-Chico, C., Roy, C., Monforte-Royo, C., González-De Paz, L., Navarro-Rubio, M. D., & Gallart Fernández-Puebla, A. (2021). *Effectiveness of a nurse-led, face-to-face health coaching intervention in enhancing activation and secondary outcomes of primary care users with chronic conditions*. *Research in Nursing & Health, 44*(3), 458–472. https://doi.org/10.1002/nur.22132

NeOMSuse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economics, 29*(5), 230–250.

Nuffield Trust. (2025, September 11). *Potentially preventable emergency hospital admissions*. https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/potentially-preventable-emergency-hospital-admissions

Nunes, P. F., Almeida, A., Tavares, M., Gomes, L., & Soares, H. (2024). Prática avançada de enfermagem em Portugal – Em que ponto estamos? *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 10*(2), 1–24. https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338

OCDE, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Portugal: Country health profile 2023*. OCDE Publishing. https://doi.org/10.1787/069af7b1-en

OCDE. (2020). *Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*. OCDE Publishing. https://doi.org/10.1787/82129230-en

OCDE. (2023). *Health at a glance 2023: OCDE indicators*. OCDE Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OCDE. (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of health in the EU cycle*. OCDE Publishing. https://doi.org/10.1787/b3704e14-en

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República, 2.ª série*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República, 2.ª série*(135). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série*, n.º 26, 6 de fevereiro. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019

Organização Mundial da Saúde, Regional Office for Europe. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. https://iris.OMS.int/items/dabf619c-b68a-46fa-8463-c24a41331cfb

Organização Mundial da Saúde, Regional Office for Europe. (2010). *Portugal: Health system performance assessment*. https://www.euro.OMS.int/__data/assets/pdf_file/0006/98205/E93733.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados de saúde primários*. Organização Mundial da Saúde. https://www.OMS.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses and Midwives: A Force for Health*. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe. http://www.euro.OMS.int/en/publications/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health

Organização Mundial da Saúde. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. https://www.OMS.int/publications/i/item/9789241564021

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe. https://www.OMS.int/europe/publications/i/item/OMS-EURO-2016-4210-43969-

61975

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions*. OMS Regional Office for Europe. https://apps.OMS.int/iris/handle/10665/252509

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Declaração de Astana: Conferência global sobre cuidados de saúde primários*. Organização Mundial da Saúde. https://www.OMS.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Primary health care*. https://www.OMS.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Primary health care: Fact sheet*. https://www.OMS.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

Pereira, A., et al. (2022). A four-year national analysis of Portuguese primary health care: Healthcare equity and commissioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(22), 14819. https://doi.org/10.3390/ijerph192214819

Peters, M. D. J., et al. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis, 19*(1), 3–10. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Pisco, L. A., & Ramos, V. B. (2025). Twenty years of the primary care reform in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva, 30*, e21532024. https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.21532024EN

Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: Terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health, 123*(2), 169–173. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Sarmento, J., Rocha, J. V. M., & Santana, R. (2020). Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. *BMC Health Services Research, 20*, 754. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05620-9

Tello, J., Santana, R., Sarmento, J., Lourenço, A., Satylganova, A., & Gonçalves, R. (2016). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Organização Mundial da Saúde, Regional Office for Europe. https://iris.OMS.int/server/api/core/bitstreams/b78be486-fc14-4944-85eb-55e53ed02763/content

von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

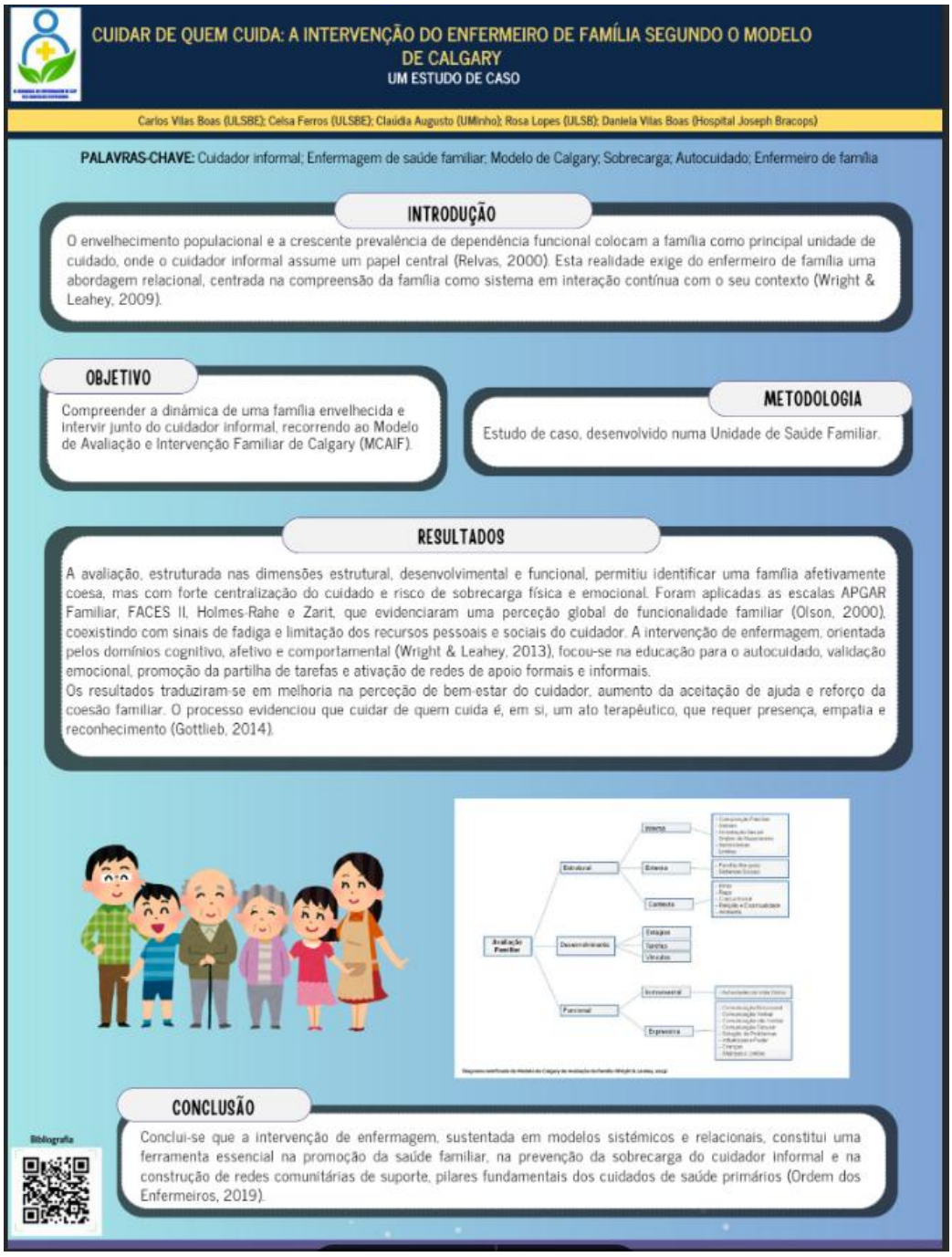
Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1–18. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x

Wang, T., Tan, J. Y., Xiao, L. D., & Deng, R. (2017). Effectiveness of disease-specific self-management education on health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 100*(5), 911–923. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.008

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis Company.

APÊNDICES

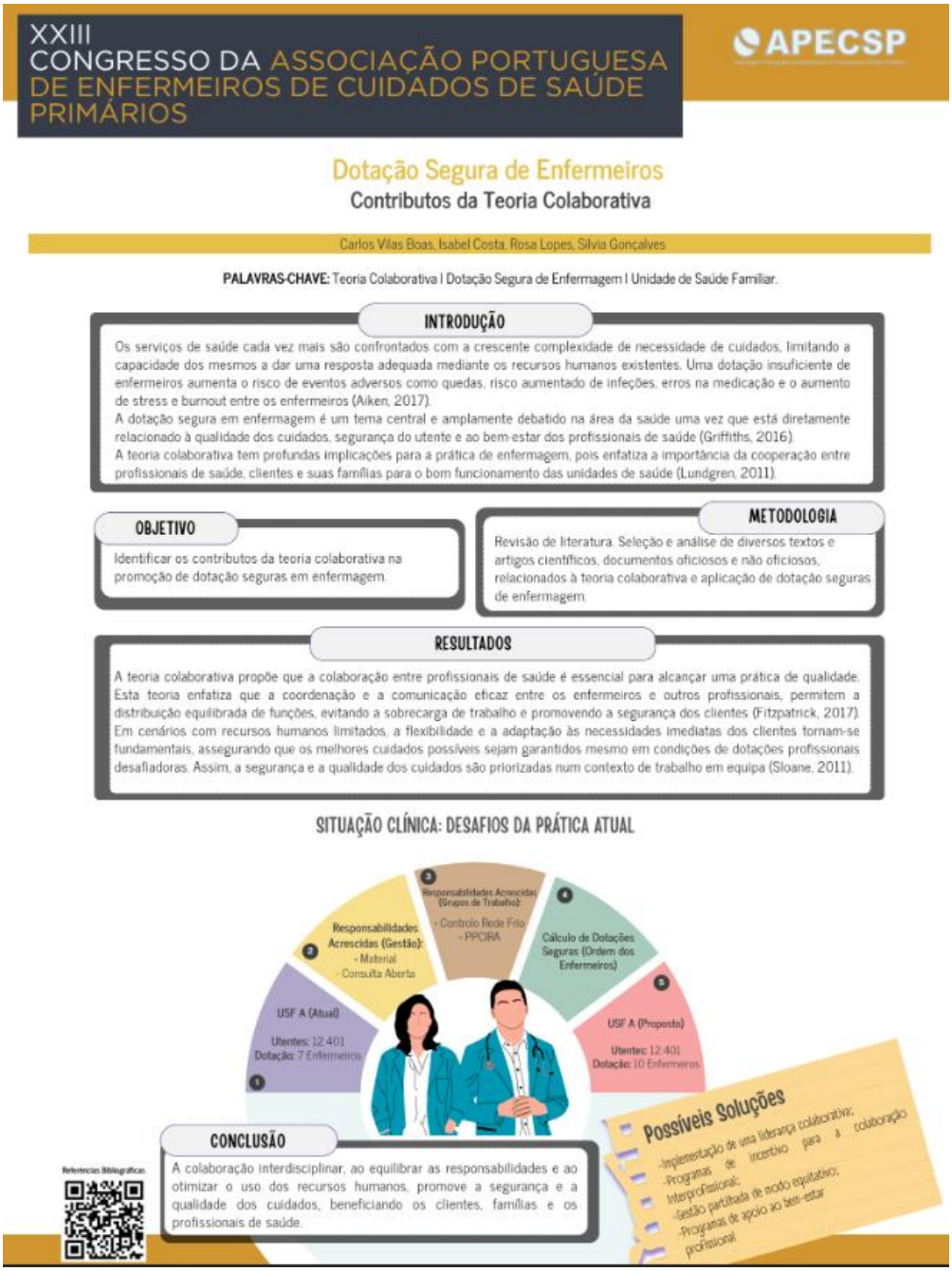
APÊNDICE 1 – Poster “CUIDAR DE QUEM CUIDA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE CALGARY - UM ESTUDO DE CASO”



APÊNDICE 2 – Jogo criado para os utentes da USF



APÊNDICE 3 – Póster *Dotação Segura de Enfermeiros: Contributos da Teoria Colaborativa*



APÊNDICE 4 - Póster *Desafios e Soluções no Cuidado ao Idoso – O Papel da Enfermagem Familiar*



APÊNDICE 5 – Resumo da Comunicação Livre: *Qual o papel do enfermeiro de família no suporte às famílias no luto perinatal em contexto comunitário? Uma Scoping Review*

QUAL O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO SUPORTE ÀS FAMÍLIAS NO LUTO PERINATAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO? UMA SCOPING REVIEW

Sandrina Manuela Oliveira Sousa (Portugal)[1 2 3]; Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas (Portugal)[1 4 3]; Sílvia Teixeira Martins (Portugal)[1 2 3]; João Carlos Gama Martins Macedo (Portugal)[5 3 6]; Telma de Fátima Carneiro Macedo (Portugal)[1 7 3]; Rosa Maria Lopes Ribeiro (Portugal)[1 8 3];

1 - Universidade do Minho- Escola Superior de Enfermagem; 2 - ULS Alto Ave - USF Afonso Henriques; 3 - Centro de Investigação em Enfermagem, Escola Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal; 4 - ULS Barcelos / Esposende - Hospital Barcelos; 5 - Prof. Adjunto, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal; 6 - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola de Enfermagem de Coimbra; 7 - ULS Médio Ave - USF Famalicão I; 8 - ULS Médio Ave - USF Joane;

Palavras-chave: Família/Family; luto perinatal/perinatal grief; enfermeiro de família/family nurse; suporte/support;
Tipo de Apresentação: Comunicação Oral

Introdução

O apoio às famílias em luto tem ganho visibilidade com a crescente valorização da humanização nos cuidados de saúde. No caso do luto perinatal, devido às suas particularidades, é necessário um cuidado adaptado e personalizado que responda às necessidades emocionais, psicológicas e sociais das famílias. Aqui, a intervenção do enfermeiro de família revela-se crucial, mas a dificuldade em lidar com o sofrimento pode levar à hesitação em abordar o tema.

Objetivos

Mapear a evidência científica sobre o papel do enfermeiro de família na comunidade no apoio às famílias em luto perinatal.

Metodologia

Realização de uma scoping review de acordo com as diretrizes para Scoping Reviews (PRISMA- ScR) e com a mnemónica PCC: população (famílias em luto perinatal), conceito (papel do enfermeiro de família) e contexto (comunidade). A pesquisa foi conduzida em dezembro de 2024 em sete bases de dados: Web of Science (ISI), Scopus, PubMed e, via EBSCO, nas bases CINAHL Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews. A pesquisa abrangeu o período de 2019 a 2024, inclusive.

Resultados e Discussão

Da análise dos resultados obtidos emergiram dois temas: intervenções terapêuticas de enfermagem no processo de luto perinatal e a invisibilidade social do luto perinatal.

Conclusões

O enfermeiro de família pode desempenhar um papel essencial no apoio ao luto perinatal em contexto comunitário, sendo responsável por apoiar, identificar, orientar e referenciar as famílias ao longo deste processo.

Referências

Camacho Ávila, M., Fernández Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Hernández Sánchez, E., & Fernández-Sola, C. (2020). Parents' experiences about support following stillbirth and neonatal death. Advances in Neonatal Care, 20(2), 151-160. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000703

Fenstermacher, K. H., & Hupcey, J. E. (2019b). Support for young Black urban women after perinatal loss. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 44(1), 13–19. https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000485

Kobler, K., & Limbo, R. (2013). Caring for Families Experiencing Stillbirth: A Unified Position Statement on Bereavement Care. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 27(2), 109–116. https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182907f09

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews (2020 version) (pp. 295-316). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

World Health Organization. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216

APÊNDICE 6 – Exemplos de publicações nas redes sociais da USF



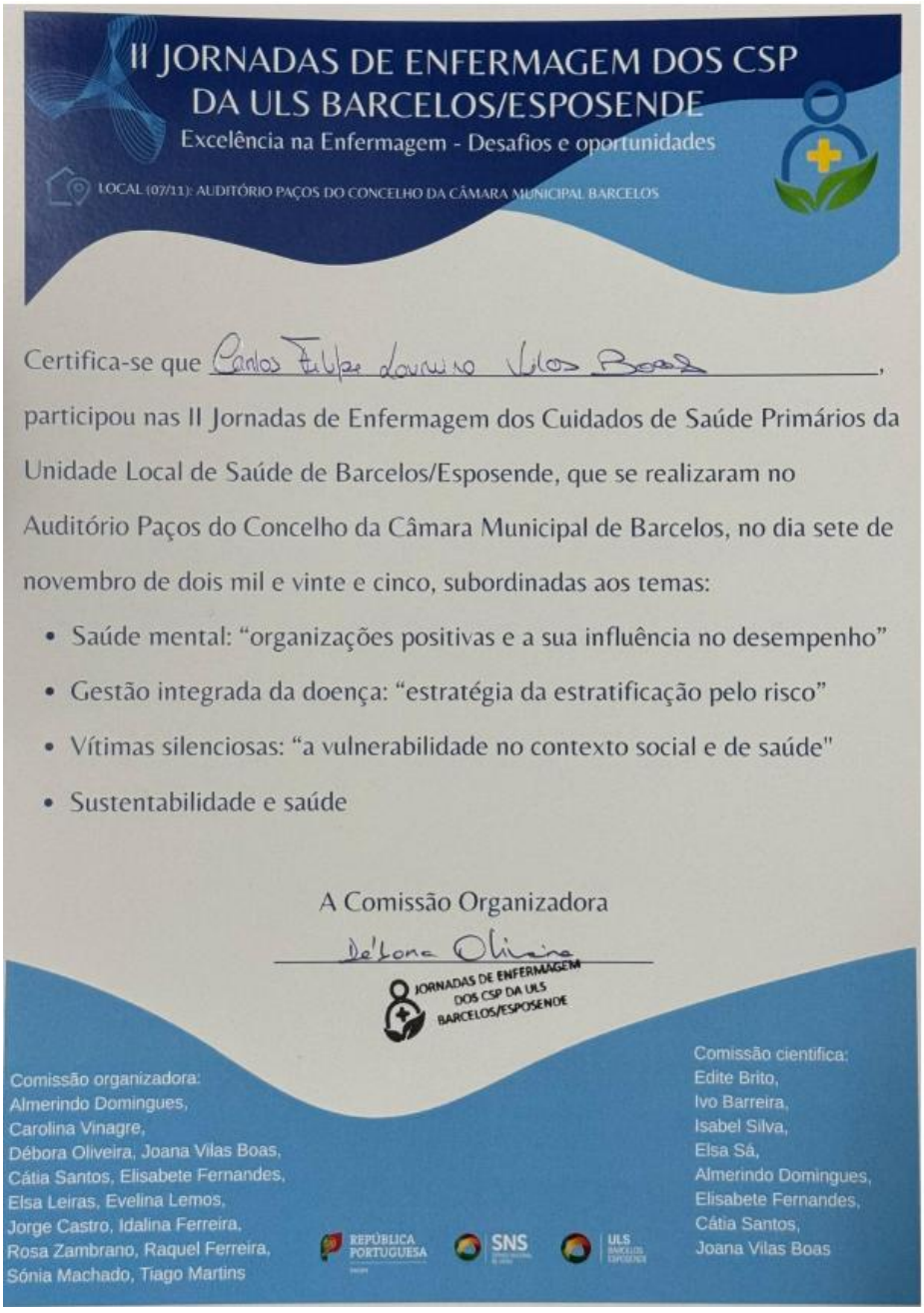






ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de Participação nas II Jornadas de Enfermagem dos CSP da ULS Barcelos/Esposende



II JORNADAS DE ENFERMAGEM DOS CSP DA ULS BARCELOS/ESPOSENDE

Excelência na Enfermagem - Desafios e oportunidades

LOCAL (07/11): AUDITÓRIO PAÇOS DO CONCELHO DA CÂMARA MUNICIPAL BARCELOS

Certifica-se que Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas,

participou nas II Jornadas de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, que se realizaram no Auditório Paços do Concelho da Câmara Municipal de Barcelos, no dia sete de novembro de dois mil e vinte e cinco, subordinadas aos temas:

- Saúde mental: "organizações positivas e a sua influência no desempenho"
- Gestão integrada da doença: "estratégia da estratificação pelo risco"
- Vítimas silenciosas: "a vulnerabilidade no contexto social e de saúde"
- Sustentabilidade e saúde

A Comissão Organizadora

Débora Oliveira

JORNADAS DE ENFERMAGEM DOS CSP DA ULS BARCELOS/ESPOSENDE

Comissão organizadora:
Almerindo Domingues,
Carolina Vinagre,
Débora Oliveira, Joana Vilas Boas,
Cátia Santos, Elisabete Fernandes,
Elsa Leiras, Evelina Lemos,
Jorge Castro, Idalina Ferreira,
Rosa Zambrano, Raquel Ferreira,
Sónia Machado, Tiago Martins

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS ULS BARCELOS ESPOSENDE

Comissão científica:
Edite Brito,
Ivo Barreira,
Isabel Silva,
Elsa Sá,
Almerindo Domingues,
Elisabete Fernandes,
Cátia Santos,
Joana Vilas Boas

ANEXO 2 – Certificado de apresentação do póster Cuidar de quem cuida: a intervenção do enfermeiro de família segundo o modelo de Calgary (estudo de caso) nas II Jornadas de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende



Certifica-se que **Carlos Vilas Boas** participou , com a apresentação do poster intitulado **Cuidar de quem cuida: a intervenção do enfermeiro de família segundo o modelo de Calgary (estudo de caso)** nas II Jornadas de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, que se realizaram no Auditório Paços do Concelho da Câmara Municipal de Barcelos, no dia sete de novembro de dois mil e vinte e cinco, obtendo o **3º lugar** atribuído pela Comissão Científica do evento.



ANEXO 3 – Certificado de participação como preletor no Ciclo de Webinars *Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar – 1ª Sessão*

Ordem dos Enfermeiros
AÇORES

CERTIFICADO

A Ordem dos Enfermeiros certifica que o Senhor Enfermeiro **CARLOS FILIPE LOUREIRO VILAS BOAS**, membro nº **90098**, participou no **Ciclo de Webinars "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar – 1ª Sessão,** realizado no dia **04 de abril de 2025, na** Plataforma digital "**Cisco Webex Events**", com a duração total de 3 horas, enquanto **Preletor** da intervenção:

"**Modelo das Forças da Família"**

Por ser verdade, e para constar onde convier, se passa o presente certificado que vai assinado.

Ponta Delgada, 20 de junho de 2025

O Presidente da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores
da Ordem dos Enfermeiros

Assinado por: **Pedro Roberto Furtado Soares**
Num. de Identificação: 11206216
Data: 2025.06.20 13:04:22+00'00'

CHAVE MÓVEL

OE Mod C04 Rev 02_05/2024 Página 1 de 1

ANEXO 3 – Certificado de participação como preletor no Ciclo de Webinars *Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar – 1ª Sessão*



Data e hora:	**04 de abril de 2025, às 13h00**
Tema:	**Ciclo de Webinars "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar" – 1.ª Sessão**

Moderadora:
- Enf.ª Ana Paula Rocha

Sessão de abertura
- Enf.º Pedro Soares, Presidente do Conselho Diretivo Regional da SRRAAOE
- Enf.ª Joana Campos, Secretária da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária

Introdução ao Ciclo de Webinars
- Enf.ª Joana Campos

Legislação do Enfermeiro de Família
- Enf.º Dário Rocha
- Enf.ª Patrícia Câmara
- Enf.ª Joana Campos

Definição de Família
- Enf.ª Cláudia Augusto

Teoria das transições de Afaf Meleis
- Enf.ª Joana Campos

Modelo das Forças da Família
- Enf.ª Cláudia Augusto
- Enf.º Carlos Vilas Boas

Coesão e adaptabilidade da família
- Enf.º Mayckel Barreto

Família e gestão da doença crónica
- Enf.ª Fernanda Bastos

Desempenho de Papéis
- Enf.ª Joana Campos

Síntese / Discussão
- Enf.ª Joana Campos

Cuidamos **juntos.**

Ordem dos Enfermeiros AÇORES

ANEXO 4 – Certificado de participação no XXIII Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
XXIII CONGRESSO "DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ENFERMAGEM NOS CSP"
BARCELOS, 11 e 12 de Abril 2025

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifico que, _____, portador do BI/CC n.º _____ válido até ___/___/_____ participou no XXIII Congresso Anual da APECSP, realizado no auditório do Município de Barcelos, nos dias 11 e 12 de Abril de 2025, com um total de 14 horas de programa científico.

APECSP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Barcelos, 12 de Abril de 2025

Presidente, APECSP

APECSP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Vitor Jesus Marques

ANEXO 5 – Certificado de apresentação do póster *Dotação segura de enfermeiros: Contributos da teoria colaborativa* no XXIII Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
XXIII CONGRESSO "DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ENFERMAGEM NOS CSP"
BARCELOS, 11 e 12 de Abril 2025

CERTIFICADO

Póster

Para os devidos efeitos certifico que, **Carlos Vilas Boas, Isabel Costa, Rosa Lopes e Sílvia Gonçalves,** apresentaram o **Póster** com o tema **"DOTAÇÃO SEGURA DE ENFERMEIROS: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA COLABORATIVA"** no XXIII Congresso Anual da APECSP, realizado no auditório do Município de Barcelos, nos dias 11 e 12 de Abril de 2025, com um total de 14 horas de programa científico.

APECSP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Barcelos, 12 de Abril de 2025

Presidente, APECSP

APECSP

Vitor Jesus Marques

ANEXO 6 – Certificado de participação no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



CINESF

VI CONGRESSO INTERNACIONAL

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31 MAIO 2025 PORTO

SPESF

SANTA MARIA HEALTH SCHOOL

Certificado

Certifica-se que

CARLOS FILIPE LOUREIRO VILAS BOAS

Esteve presente no
VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar,
em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO 7 – Certificado de apresentação do póster D*esafios e Soluções no Cuidado ao Idoso – O Papel da Enfermagem Familiar* no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



CINESF

VI CONGRESSO INTERNACIONAL

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31 MAIO 2025 PORTO

SPESF

SANTA MARIA HEALTH SCHOOL

Certificado

Certifica-se que

Telma de Fátima Carneiro Macedo

Apresentou o abstract com o título Desafios e Soluções no Cuidado ao Idoso: O Papel da Enfermagem Familiar na forma de Poster inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2025.

Autores: Telma de Fátima Carneiro Macedo [1,2]; Sandrina Manuela Oliveira Sousa [1,3]; Silvia Teixeira Martins [1,3]; Rosa Maria Lopes Ribeiro [1,4]; Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas [1,5];
1 - Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; 2 - ULS Médio Ave - USF Famalicão I; 3 - ULS Alto Ave - USF Afonso Henriques; 4 - ULS Médio Ave - USF Joane; 5 - ULS Barcelos / Esposende - Hospital Barcelos;

SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO 8 – Certificado de apresentação da Comunicação Livre: *Qual o papel do enfermeiro de família no suporte às famílias no luto perinatal em contexto comunitário? Uma Scoping Review* no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



CINESF

VI CONGRESSO INTERNACIONAL

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31 MAIO 2025 PORTO

SPESF

SANTA MARIA HEALTH SCHOOL

Certificado

Certifica-se que

Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas

Apresentou o abstract com o título ***QUAL O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO SUPORTE ÀS FAMÍLIAS NO LUTO PERINATAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO? Uma Scoping Review*** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Sandrina Manuela Oliveira Sousa [1,2,3]; Carlos Filipe Loureiro Vilas Boas [1,4,3]; Silvia Teixeira Martins [1,2,3]; João Carlos Gama Martins Macedo [5,3,6]; Telma de Fátima Carneiro Macedo [1,7,3]; Rosa Maria Lopes Ribeiro [1,8,3];
1 - Universidade do Minho- Escola Superior de Enfermagem; 2 - ULS Alto Ave - USF Afonso Henriques; 3 - Centro de Investigação em Enfermagem, Escola Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal; 4 - ULS Barcelos / Esposende - Hospital Barcelos; 5 - Prof. Adjunto, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal; 6 - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola de Enfermagem de Coimbra; 7 - ULS Médio Ave - USF Famalicão I; 8 - ULS Médio Ave - USF Joane;

SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
NIF 510 [illegible]
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar