



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de  
Enfermagem de Saúde Familiar

**Relatório Final de Estágio**

**Paula M. A. Castro**

Leiria, Março 2023



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

## Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

### **Relatório Final de Estágio - Percepção do Enfermeiro de Família na Promoção da Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar**

Apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

**Paula M. A. Castro 5210037**

**Professor Supervisor:** Prof. Doutora Clarisse Louro

**Enfermeira Orientadora:** Enf. Esp. Manuela Oliveira

**Ano letivo 2021/2023**

*“Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim devo por bem apagar as minhas (...).”*

Mia Couto

## **AGRADECIMENTOS**

À digníssima Professora Doutora Clarisse Louro, orientadora desta dissertação, pelo seu empenho, disponibilidade e incentivo, contribuindo com os seus ensinamentos de caráter ético e rigor científico, ao longo de todo este meu percurso académico.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a todo o corpo docente do presente Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar e, em particular, à Professora Doutora Célia Jordão, pelos conhecimentos e incentivo, ao longo do conteúdo teórico do percurso académico.

À Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro, onde decorreu o estágio e em particular à Enfermeira Especialista Palmira Santos e à minha orientadora, Enfermeira Especialista em enfermagem comunitária, Manuela Oliveira, por todo o apoio, disponibilidade e colaboração que sempre manifestaram.

A todos os meus colegas Enfermeiros que de algum modo deram o seu contributo ao apoiarem-me neste processo, com prontidão e disponibilidade, nomeadamente a Enfermeira Especialista Maria Flor Pinto e todos os meus colegas de trabalho, pela paciência e incentivo.

À minha família, meu alicerce e meu apoio incondicional, pela tolerância e compreensão para com momentos de vivências mais exigentes, transformando-os em calma.

Um agradecimento muito especial ao Miguel e ao José Francisco, pelo amor e motivação infinita, contribuindo com sentido crítico e construtivo, promovendo a mudança positiva na pessoa que sou e dando-me incentivo para desafiar limites pessoais e profissionais.

## RESUMO

As famílias em Portugal foram confrontadas com desafios pessoais, sociais e de saúde para os quais não estavam preparadas. A sociedade na atualidade, em rápida transformação e evolução, constrangida por acontecimentos como a pandemia COVID-19, a guerra na Ucrânia e outros acontecimentos, colocam enormes desafios às famílias e à profissão de enfermagem.

Os dados demográficos em Portugal, fornecidos pelos Censos 2021, descrevem uma população envelhecida, mais vulnerável e com mais necessidade de cuidados (INE, 2021).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desenvolve a consulta, efetua a avaliação da família, identifica e implementa as intervenções de enfermagem adequadas, numa visão sistémica, de modo a desempenhar cuidados de excelência. As unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, têm a responsabilidade de assegurar recursos humanos, condições físicas e disponibilidade de tempo que permitam o desenvolvimento da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Partindo desta premissa considerou-se pertinente conhecer a percepção dos enfermeiros de família na promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar, que motivou a realização do presente estudo de investigação e contribuiu para a consecução dos objetivos do estágio, desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro (USF RBP).

Após a caracterização do contexto da prática clínica de enfermagem de família, referente ao estágio na USF RBP, é apresentada a fundamentação teórica, a reflexão crítica das actividades para a aquisição de competências do enfermeiro especialista nesta área, terminando com o trabalho de investigação, seguido da sua discussão e implicações para a prática clínica.

**Objetivo:** Conhecer a percepção do enfermeiro de família acerca da promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar.

**Estratégia de pesquisa:** Revisão Integrativa da Literatura. Mnemónica PICO: População (P) - enfermeiro de família; Intervenção (I) - percepção dos enfermeiros sobre a consulta de enfermagem; Contexto (Co) - cuidados de saúde primários.

A extração de dados foi realizada por dois revisores independentes, assim como a sua análise e síntese. Foram considerados diferentes estudos quanto à sua metodologia, de 2017 a 2022, escritos em português, inglês, francês e espanhol. A pesquisa foi realizada através do portal EBSCO, de modo a aceder às bases de dados CINAHL Complete,

MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection e Medclatina. As pesquisas na biblioteca virtual da SciELO não obtiveram artigos de acordo com os critérios de inclusão e com os descritores utilizados.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** Identificaram-se 241 artigos, tendo sido excluídos 57 por serem duplicados. Permaneceram 184. Após a leitura dos títulos foram excluídos 144. Procedeu-se então à leitura reflexiva dos títulos e resumos dos quais foram excluídos 33 por não responderem aos critérios de inclusão. Ficaram 7 artigos para a elegibilidade, sendo que após a leitura integral dos mesmos, 5 não responderam à questão PICo formulada. Após este processo restaram 2 artigos para avaliação metodológica.

**Conclusão:** Os enfermeiros descrevem fatores facilitadores e obstáculos na promoção da consulta de enfermagem.

Como facilitadores: Enfermeiro como elemento estratégico na equipa de saúde para a capacitação das famílias; Adequadas condições físicas das instalações e suficientes recursos humanos; Enfermeiro ser detentor e confiante no desempenho de competências específicas; Reconhecimento pelos pares e pela comunidade, pela aquisição de resultados positivos no desempenho dos enfermeiros especialistas.

Como obstáculos: Dificuldade do enfermeiro em manter o foco de cuidados na família; Sistemas informáticos com inadequada parametrização de dados mínimos; Sobrecarga de horário de trabalho; Burocracias atribuídas ao enfermeiro que não pertencem à sua esfera de competências.

**Implicações na prática clínica:** Incentivar as unidades funcionais a investir na formação contínua no âmbito da intervenção à família; Recursos humanos e físicos adequados; Sistemas de informação padronizados; Criação de protocolos de consulta baseados num modelo conceptual de enfermagem; Elaboração de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem à família; Mais Investigação na área de enfermagem de saúde familiar.

**Palavras-chave:** “Health knowledge, attitudes, practice AND Family nursing OR Family nursing AND Health promotion”

## ABSTRACT

Families in Portugal were faced with personal, social and health challenges for which they were not prepared. Today's society, in rapid transformation and evolution, constrained by events such as the COVID-19 pandemic, the war in Ukraine and other events, pose enormous challenges to families and the nursing profession.

Demographic data in Portugal, provided by the 2021 Census, describe an aging population, more vulnerable and in greater need of care (INE, 2021).

The specialist nurse in family health nursing develops the appointment, carries out the family assessment, identifies and implements the appropriate nursing interventions, in a systemic view, in order to provide excellent care. The functional units of primary health care are responsible for ensuring human resources, physical conditions and availability of time that allows the development of the family health nursing appointment.

Based on this premise, it was considered pertinent to know the perception of family nurses in the promotion of family health nursing appointments, which motivated this research study and contributed to the achievement of the objectives of the internship, developed at the Rafael Family Health Unit. Bordalo Pinheiro (USF RBP).

After the characterization of the context of the clinical practice of family nursing, referring to the internship at USF RBP, the theoretical foundation is presented, the critical reflection of the activities for the acquisition of competences of the specialist nurse in this area, ending with the research work, followed by its discussion and implications for clinical practice.

**Objective:** To understand the perception of the family nurse regarding the promotion of the family health nursing appointment.

**Research strategy:** Integrative Literature Review. Mnemonic PICo: Population (P) - family nurse; Intervention (I) - nurses' perception of the nursing appointment; Context (Co) - primary health care.

Data extraction was performed by two independent reviewers, as well as their analysis and synthesis. Different studies were considered regarding their methodology, from 2017 to 2022, written in Portuguese, English, French and Spanish. The research was carried out through the EBSCO portal, in order to access the CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection and Medclatina databases. Searches in the SciELO virtual library did not obtain articles according to the inclusion criteria and the descriptors used.

**Presentation and interpretation of results:** 241 articles were identified, 57 of which were excluded because they were duplicates. 184 remained. After reading the titles, 144 were excluded. The titles and abstracts were then read reflectively, from which 33 were excluded for not meeting the inclusion criteria. There were 7 articles for eligibility, and after reading them in full, 5 did not respond to the formulated PICO question. After this process, 2 articles remained for methodological evaluation.

**Conclusion:** Nurses describe facilitating factors and obstacles in promoting the nursing appointment.

As facilitators: Nurse as a strategic element in the health team for empowering families; Adequate physical conditions of the facilities and sufficient human resources; Nurse to be confident in the performance of specific skills; Recognition by peers and the community, for the acquisition of positive results in the performance of specialist nurses.

As obstacles: Nurse's difficulty in maintaining the focus of care on the family; Computer systems with inadequate parameterization of minimum data; Overload of working hours; Bureaucracies assigned to nurses that are outside the nursing scope.

**Implications in clinical practice:** Encourage functional units to invest in continuous training in the context of family intervention; Adequate human and physical resources; Standardized information systems; Creation of appointment protocols based on a conceptual nursing model; Elaboration of outcome indicators sensitive to nursing care for the family; More Research in the area of family health nursing.

**Keywords:** “Health knowledge, attitudes, practice AND Family nursing OR Family nursing AND Health promotion”

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACES ON - Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte
- ARSLVT - Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- BI CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CHO - CR - Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- COVID-19 - Doença por coronavírus 19
- CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CVF - Ciclo vital da família
- EBSCO - Elton Bryson Stephens Company
- ECL - Equipa Coordenadora Local
- EEESF - Enfermeiro especialista de enfermagem de saúde familiar
- GCL PPCIRA - Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
- IDG - Índice de Desempenho Global
- IFNA - Associação Internacional da Enfermagem de Família
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- JBI - Joanna Briggs Institute
- LASA - Look-Alike Sound Alike
- MAM - Medicamentos de Alerta Máximo
- MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
- MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
- MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
- MeSH – Medical Subject Headings
- OCDE - Organização para Cooperação Económica e Desenvolvimento
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UAG - Unidade Apoio e Gestão

UE - União Europeia

UCC - Unidade de Cuidados da Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USF RBP - Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro

USP - Unidade de Saúde Pública

WC - Water Closet

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>I ]]</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>I ]]</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>17</b>
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACES OESTE NORTE.....	17
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF RAFAEL BORDALO PINHEIRO.....	18
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA - PÓLO DE VIDAIS.....	25
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>29</b>
<b>3. CONCEITO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>36</b>
3.1 DECISÃO CLÍNICA E ETAPAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	38
3.2 CONSTRANGIMENTOS NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM...	44
3.3 ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E A ABORDAGEM SISTÊMICA.....	47
3.3.1 Intervenção Sistémica à Família.....	49
<b>4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>56</b>
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	56
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	58
4.2.1. A Família como Unidade de Cuidados.....	58
4.2.2. Enfermeiro Gestor: Articulando e Mobilizando Recursos.....	64
<b>5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: RECURSO À REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>66</b>
5.1- INTRODUÇÃO.....	66
5.2 - METODOLOGIA.....	70
5.3 - PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	71
5.4- RESULTADOS.....	75
5.5 - DISCUSSÃO.....	95
5.6 - IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	98
5.7- LIMITAÇÕES NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	99
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Relatório de Estágio: Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e Processo de Enfermagem

## **ANEXOS**

ANEXO I - Pedido de Autorização para a Publicação de Informações sobre a USF Rafael Bordalo Pinheiro

ANEXO II - Pesquisa em Base de Dados com as Palavras-chave

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Censos 2021: Resultados (INE, 2021).....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 2 - Pirâmide Etária dos utentes inscritos no Pólo de Vidais.....</b>	<b>27</b>
<b>Figura 3 - Teoria das Transições de Afaf Meleis (Adaptado de Meleis, 2010, p. 56).....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 4 - Fluxograma PRISMA (adaptado) do Processo de Seleção de Estudos.....</b>	<b>74</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Matriz de Desempenho - Valor de IDG da USF RBP.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 2 - Utentes Inscritos por Sexo e Grupo Etário.....</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 3 - Descritores do <i>MeSH</i>.....</b>	<b>72</b>
<b>Quadro 4 - Avaliação da Qualidade do Artigo 1.....</b>	<b>75</b>
<b>Quadro 5 - Extração dos Dados do Artigo 1.....</b>	<b>77</b>
<b>Quadro 6 - Identificação das Categorias do Artigo 1.....</b>	<b>79</b>
<b>Quadro 7 - Resultados do Artigo 1.....</b>	<b>80</b>
<b>Quadro 8 - Avaliação da Qualidade do Artigo 2.....</b>	<b>87</b>
<b>Quadro 9 - Extração de Dados do Artigo 2.....</b>	<b>88</b>
<b>Quadro 10 - Identificação das Categorias do Artigo 2.....</b>	<b>90</b>
<b>Quadro 11 - Resultados do Artigo 2.....</b>	<b>92</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em Contexto de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), com Relatório Final”, inserido no Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano, 3º semestre.

O ensino clínico decorreu no Pólo de Vidais da USF Rafael Bordalo Pinheiro (USF RBP), com o primeiro estágio a decorrer de 13 de maio a 24 de junho de 2022, o segundo estágio de 27 de junho a 29 de julho de 2022 e o terceiro estágio, de 6 de setembro a 31 de janeiro de 2023, num total de 810 horas com os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

Objetivos Específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.
- Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

No decurso do estágio, através dos conhecimentos teóricos adquiridos, foi efetuada a interligação entre o período teórico leccionado e os ensinamentos clínicos culminando numa aquisição de competências específicas de enfermagem de saúde familiar.

A profissão de enfermagem é entendida como uma ciência de enorme complexidade e rigor científico. Desde cedo, com Florence Nightingale, já existia a preocupação em colocar a família e o ambiente como alvo de intervenção, permitindo evoluir nos cuidados de enfermagem, através do conhecimento científico, da investigação, na construção de

modelos e teorias de enfermagem para o desempenho profissional, na área da saúde da família (Figueiredo, 2012).

A preocupação com a saúde familiar tem vindo a ganhar espaço enquanto alvo dos cuidados, numa sociedade cujas alterações do conceito de família estão em constante mudança.

Também é verificado, através dos indicadores demográficos dos Censos de 2021, que Portugal apresenta-se com tendência a seguir os países mencionados como desenvolvidos. Demonstram uma população que, na generalidade, vive com melhores condições de vida, com acessibilidade aos serviços de saúde e com acesso a avançadas tecnologias e terapêuticas mais eficazes. Deste modo, verifica-se o aumento progressivo da população idosa perante uma diminuição da população jovem, demonstrada pelo número decrescente de nascimentos no país. As famílias lidam com elementos mais dependentes e vulneráveis, numa sociedade cada vez mais envelhecida (INE, 2021).

Estes indicadores traduzem um aumento de esperança de vida, um aumento de doenças crónicas e vulnerabilidades, por consequência, a necessidade de mais cuidados de enfermagem.

Por outro lado, é consensual, por parte da comunidade científica, que um número considerável de queixas físicas encontram-se associadas a factores de ordem biopsicossociais e/ou decorrentes do contexto familiar, traduzindo-se na elevada procura de cuidados de saúde a nível dos cuidados de saúde primários, acarretando uma elevada procura de necessidades, a existência de mais recursos humanos e financeiros e uma sociedade menos produtiva e vulnerável (Neves, 2021).

A profissão de enfermagem tem a sua essência na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente (utente, família ou comunidades). Ambos detentores de valores, crenças e desejos da natureza individual, resultante das diferentes condições ambientais em que se inserem. Iniciam uma relação terapêutica na consulta de enfermagem, em que o enfermeiro, detentor de formação académica, experiência e competências acompanha todo o processo de saúde, de doença, de promoção e prevenção em diferentes domínios do bem-estar do cliente (OE, 2001).

Ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de realizar a consulta de enfermagem de saúde familiar, de modo a efetuar a avaliação da família, identificar e implementar as intervenções de enfermagem adequadas, numa visão sistémica. Para que a consulta seja desenvolvida com qualidade e com ganhos em saúde, o enfermeiro deve estruturar o seu

trabalho e organizá-lo, de acordo com as condições que dispõe na unidade de saúde onde exerce funções. Às unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, cabe a responsabilidade de assegurar recursos humanos, condições físicas e disponibilidade de tempo que permitam o desenvolvimento da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Neste sentido, pretendeu-se realizar um estudo que permita aumentar o conhecimento sobre as diferentes particularidades influenciadoras da promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar, e transformá-las num contributo relevante para a prática dos cuidados à família no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O trabalho de investigação selecionado foi o Protocolo de de Revisão Integrativo da Literatura (RIL), cujo o tema é a “Percepção do enfermeiro de família na promoção da consulta de Enfermagem de Saúde Familiar”

Para a sua consecução foram delineados os seguintes objetivos:

Objectivo geral:

- Conhecer a percepção do enfermeiro de família na promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Objetivos específicos:

- Identificar fatores facilitadores na promoção da consulta de enfermagem familiar.
- Identificar os obstáculos na promoção da consulta de enfermagem familiar.
- Identificar as intervenções mais eficazes na promoção da consulta de enfermagem familiar.

Deste modo, a estrutura do relatório encontra-se organizada em cinco capítulos:

O primeiro capítulo apresenta a descrição do contexto da prática clínica. Neste pretendeu-se caracterizar o local de estágio da USF RBP, através do conhecimento sobre a organização da unidade, a sua missão e a carteira básica de serviços. Descreve-se a sua área abrangente, o tipo de população, suas características e redes de apoio. De seguida, apresenta-se a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

O segundo capítulo apresenta o enquadramento conceptual, integrando os referenciais teóricos que sustentam a prática especializada em enfermagem da saúde familiar.

O terceiro capítulo apresenta o conceito de consulta de enfermagem, integrando o processo de decisão clínica, etapas da consulta, constrangimentos na sua realização e a intervenção sistémica à família.

O quarto capítulo apresenta as competências adquiridas na prática clínica desenvolvidas em ensino clínico, nomeadamente as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista, acompanhadas de uma reflexão crítica.

O quinto capítulo apresenta a prática especializada baseada na evidência, com recurso à Revisão Integrativa da Literatura, para o desenvolvimento do trabalho de investigação, descrevendo a metodologia, o protocolo, os resultados, a discussão, as limitações e as implicações práticas para o estudo desenvolvido.

Por último apresenta-se a conclusão deste relatório final de estágio.

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Considerou-se importante fazer uma análise do contexto da prática clínica para uma melhor compreensão e análise dos cuidados a prestar à família em contexto de unidades de saúde.

Os cuidados de saúde primários asseguram a primeira linha de resposta ao Serviço Nacional de Saúde de modo articulado, integrado e com todos os outros serviços, nas áreas da promoção de saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde e no acompanhamento das populações.

Para tal, e de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 21 de junho, os Centros de Saúde organizaram-se em unidades denominadas Unidade de Saúde Familiar (USF) com autonomia funcional e técnica. São unidades que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade representados numa Carteira Básica de Serviços dedicada aos cidadãos inscritos, pertencentes a uma determinada área geográfica.

As USF são formadas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) que prestam cuidados de saúde a indivíduos e famílias. Desempenham a sua função assente em instrumentos de contratualização, gestão, monitorização e avaliação (Regulamento Interno, Plano de Ação, Manual de Boas Práticas, Manual de Articulação) com o intuito de cumprir objetivos e metas contratualizadas anualmente.

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACES OESTE NORTE

A Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro (USF RBP) pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES ON), situado na Rua do Centro de Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha. O ACES ON inclui-se num dos 15 agrupamentos pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A sua área geográfica abrangente é de 1056.7 Km<sup>2</sup>, o que corresponde à região sul do distrito de Leiria. Encontram-se inscritos 182.009 utentes e integra os concelhos de Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral. (BI CSP, 2022).

O ACES ON apresenta uma estrutura assistencial organizada em unidades funcionais com missões complementares. Essa estrutura é representada da seguinte forma: 10 Unidades de Saúde Familiar (USF Terras de Cister, USF Pedro e Inês, USF Global, USF Pinhal do Rei, USF St<sup>a</sup> Maria Benedita, USF Tornada, USF Rafael Bordalo Pinheiro, USF Rainha D. Leonor, USF Marés e USF Bombarral, 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP Nazaré, UCSP D. Nuno, UCSP Caldas da Rainha, UCSP Pelicano, UCSP Óbidos,

UCSP Peniche e UCSP Litoral, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC Alcobaça/Nazaré, UCC Caldas da Rainha/Óbidos e UCC Bombarral/Peniche), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidades de Apoio à Gestão (UAG), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 1 Grupo Local Coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA) e a Equipa Coordenadora Local (ECL). (BI CSP, 2022).

A estrutura do ACES ON é composta por um Diretor Executivo, do qual depende a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão; um Conselho Executivo; um Conselho Clínico e de Saúde e um Conselho da Comunidade.

O ACES ON utiliza como instrumento de apoio à tomada de decisão técnica, político/estratégica e organizacional o “Perfil Local de Saúde”, ferramenta com indicadores à data, dinâmicos e participativos, que permitem a melhoria da saúde das populações e a redução da desigualdade em saúde (BI CSP, 2022).

No âmbito da sua intervenção integra a vigilância epidemiológica, investigação em saúde, monitorização e avaliação dos programas em curso, implementação de programas de formação dos profissionais e promoção da melhoria dos cuidados prestados, tendo como valores a Corresponsabilidade; a Acessibilidade; a Satisfação; a Qualidade e a Criatividade/Inovação (BI CSP, 2022).

O Estágio decorreu na USF RBP no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha e no Pólo de Vidais.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF RAFAEL BORDALO PINHEIRO

O logotipo da USF RBP é a imagem do popular Zé Povinho, criada por Rafael Bordalo Pinheiro, artista e jornalista que experimentou em 1885, na Fábrica de Faianças das Caldas da Rainha, a produção em cerâmica a figura do Zé Povinho, até hoje símbolo nacional.

### Missão, Visão e Valores

A missão da USF RBP é a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica dos concelhos de Caldas da Rainha e Óbidos, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (BI CSP, 2022).

A visão prende-se com “satisfação dos utentes e dos profissionais que a integram, promovendo a qualidade, eficácia e efetividade na prestação dos cuidados de saúde”. (BI CSP, 2022)

A unidade assenta num modelo organizacional flexível, cujos valores se pautam pela Autonomia, Competência, Ética, Respeito, Solidariedade, Democracia e Compromisso.

### Área Geográfica

A USF RBP é composta pela sede, situada no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha, pelo Pólo de Vidais (antiga Extensão de Saúde do Centro de Saúde Caldas da Rainha) e pelo Pólo de Gaeiras (antiga Extensão de Saúde do Centro de Saúde de Óbidos). O edifício onde se encontra a USF RBP sede é partilhado por outras unidades funcionais, cada uma com o seu espaço físico.

A área geográfica da USF RBP sede engloba as freguesias urbanas da cidade de Caldas da Rainha (Nossa Senhora do Pópulo e Santo Onofre) e as freguesias circundantes à cidade (A-dos-Francos, Alvorinha, Carvalhal Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, Santa Catarina, São Gregório, Serra do Bouro, Tornada e Vidais). O Pólo das Gaeiras encontra-se no concelho de Óbidos e a sua área de abrangência são as suas freguesias (A-dos-Negros, Amoreira, Gaeiras, Olho Marinho, Santa Maria, São Pedro, Sobral da Lagoa, Usseira e Vau).

Segundo os dados do Registo Nacional de Utentes, de maio de 2022 (BI CSP, 2022), a USF RBP tem 16.316 utentes inscritos. Correspondente a 21.654 unidades ponderadas. De acordo com a avaliação do índice de dependência e de acordo com as diferentes faixas etárias (dependência total de 56,54%, 18,79% jovens e 37,74% idosos).

### Recursos humanos e Equipas

A USF RBP iniciou a sua atividade a 03/05/2010. Formada por uma equipa multidisciplinar, flexível e de tipo nuclear, com nove médicos, nove enfermeiros, sete secretários clínicos e sete internos de medicina geral e familiar.

A estrutura da USF RBP é representada pelo Conselho Geral que integra todos os profissionais da unidade. O coordenador, de acordo com a legislação, é um elemento médico, eleito em Conselho Geral com a maioria de 2/3 dos votos, para um mandato de três anos.

O Conselho Técnico é composto por um médico, um enfermeiro e um Secretário Clínico, dando preferência aos elementos com maior qualificação profissional, com maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários e selecionados pelos respetivos elementos de cada grupo profissional.

O Interlocutor de Enfermagem é um enfermeiro especialista, nomeado pelo seu grupo profissional em voto secreto. Segue as orientações do Presidente da Direção de Enfermagem e exerce competências de gestão da equipa de enfermagem e na respetiva avaliação de desempenho. Colabora com o coordenador no processo de contratualização, formação em serviço e monitorização do desempenho da USF RBP no que concerne à equipa de enfermagem.

As competências de cada grupo profissional estão descritas no regulamento interno da USF (USF RBP, 2021).

Para melhor organização da USF RBP, e de acordo com o regulamento interno, existem equipas coordenadoras por área de atividade nos diferentes programas de saúde (Saúde Infantil/Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Diabetes, Hipertensão, Visitação Domiciliária, Rastreio Oncológico e Vacina o) que monitorizam o funcionamento de todo o processo trimestralmente, e que se responsabilizam por propor estratégias e medidas corretivas junto do conselho técnico. Decorrente dessa avalia o apresentam as propostas em conselho geral de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes.

A metodologia de trabalho tem por base a atribui o a cada utente de um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico, sendo este núcleo a equipa responsável por assegurar a globalidade de cuidados. Na ausência dos mesmos está clarificada a intersubstitui o dos elementos de modo a garantir a presta o de cuidados.

A gestão interna da USF RBP baseia-se na participa o de todos os elementos da equipa. A valoriza o do profissional   transmitida garantindo a sua autonomia e onde o seu desempenho está claramente definido. Desta forma   incutida a responsabilidade, motiva o e obten o de ganhos em saúde para com a comunidade que   USF recorre. O relacionamento faz-se de forma horizontal, numa gestão aberta, descentralizada, participativa, flexível e criativa. A complementaridade de fun oes sem perda da autonomia de cada elemento da equipa conduz a um empenho de todos, de forma a alcançar os objetivos e as metas definidas no plano de a o com sentida realiza o pessoal e profissional.

No que diz respeito   oferta de serviços, a USF RBP apresenta consultas programadas por iniciativa do utente, ou da equipa de saúde, onde se inserem as vigilâncias nos programas de Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão, Diabetes, Visita o Domiciliária e Vacina o. São asseguradas consultas abertas para dar resposta a situa oes

de doença aguda e consultas de intersubstituição aquando da ausência dos elementos da equipa de saúde familiar do utente.

O primeiro contato do utente com a USF RBP faz-se presencialmente no secretariado, para confirmação de consulta programada atempadamente, ou por necessidade de resposta no próprio dia. Existe a “Via Verde Administrativa”, que consiste no preenchimento de um formulário que é colocado em “caixa própria”, e o correio eletrónico com o objetivo de renovação de receituário, marcação e/ou alteração de consulta ou solicitação de outros documentos. Os utentes são incentivados a efetuar agendamento prévio para as consultas, sendo disponibilizado o guia de acolhimento para conhecer todos os procedimentos da USF.

### Estrutura Física

O edifício onde está inserida a sede da USF RBP tem o secretariado à entrada, de fácil acesso e composto por três pontos de atendimento. Tem três salas de espera, nove gabinetes médicos, cinco gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de vacinação e um espaço reservado à realização de testes rápidos de antigénio para COVID-19. Tem WC para profissionais e uma pequena sala para troca de vestuário. O WC dos utentes fica fora do espaço físico da USF, mas inserido no interior do edifício.

O circuito dos utentes é delineado por dois corredores, um reservado às áreas de vigilância e outro às situações de doença aguda, de forma a garantir a segurança e cumprindo as orientações da Direção Geral da Saúde.

As respetivas salas de espera são distribuídas de acordo com as áreas, uma sala de espera no atendimento do secretariado, outra na área dos programas de vigilância e a restante na área da doença aguda. Para melhor orientação do circuito dos utentes os fluxogramas encontram-se afixados.

No Pólo de Vidais o edifício é amplo e de fácil acesso. Composto por uma sala de espera e um secretariado. Tem um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete de planeamento familiar, uma sala de tratamentos, um WC para profissionais, um WC para utentes, uma copa e um espaço para troca de vestuário. Todos os gabinetes estão equipados com secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, lavatório, armários e material clínico.

O aprovisionamento encontra-se no piso inferior da sede da USF RBP e monitoriza os índices de humidade e temperatura, de modo a preservar o material clínico e farmacológico.

A USF RBP cumpre as orientações da ARSLVT relativamente ao disposto pela Unidade Orgânica Flexível de Farmácia, no acondicionamento dos fármacos nos gabinetes de enfermagem. Para tal tem afixado a lista de fármacos MAM (Medicamentos de Alerta Máximo) e LASA (Look-Alike Sound Alike).

A sala de vacinação cumpre as orientações da ARSLVT, nomeadamente o frigorífico com registo gráfico e o equipamento para o Suporte Imediato de Vida.

Ambos edifícios estão localizados em zonas centrais das populações e com parque de estacionamento.

### Tipologia da USF

A diferenciação das USF em Modelo A, B ou C depende da sua autonomia organizacional, modelo de funcionamento e estatuto jurídico. O modelo A surge com o primeiro patamar para a contratualização interna com o ACES ON e é quando se inicia todo um processo de melhoria do trabalho, assente em procedimentos com o objetivo do desenvolvimento técnico-científico na prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos. O Modelo B corresponde ao nível de contratualização, baseado em indicadores, acordados com o ACES ON, que não só obriga a cumprir com rigor a contratualização definida, mas também por apresentar delineado o Regulamento Interno, o Planos de Ação e a Carta de Compromisso com elevado grau de complexidade. Como contrapartida existe um modelo retributivo e de incentivos financeiros de acordo com o estatuto jurídico no Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho.

A USF RBP é uma unidade operativa do Centro de Saúde que tem autonomia funcional e técnica e que contratualiza objetivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, de forma a dar resposta aos cidadãos inscritos na sua área de abrangência. Insere-se no modelo B onde o desempenho da equipa de saúde familiar compromete-se a atingir um nível de contratualização de patamares mais exigente, tendo como contrapartida a obtenção de incentivos financeiros de acordo com o descrito acima

Independentemente das unidades funcionais se classificarem em UCSP ou USF, e estas em modelos A, B ou C, o que determina o sucesso e motivação profissional será sempre a coesão e a responsabilização de toda a equipa multiprofissional.

A informatização permitiu a quantificação das atividades de enfermagem, traduzindo melhor visibilidade aos cuidados prestados, levando a melhor satisfação profissional e, respetivamente, a demonstração de ganhos em saúde. No entanto, este sistema, baseado

em “checkboxes”, torna-se demasiado simplista e não descreve, de todo, as intervenções do enfermeiro durante a sua relação com o utente/família.

A escassez de recursos humanos conduz a uma insuficiente monitorização de registos nos processos de enfermagem que deveriam promover estratégias de melhoria, opinião generalizada das equipas de enfermagem no local do Ensino Clínico e transversal a outras unidades funcionais.

### Horário de funcionamento e alternativas assistenciais

O horário de funcionamento da USF RBP sede é de 2ª a 6ª feira das 8 horas às 20 horas, com exceção da 5ª feira que encerra das 11:45 horas às 13:45 horas para reunião da equipa multidisciplinar. Nestas reuniões decorre a apresentação de formações, discussão de estratégias de melhoria para o desempenho da unidade, fomenta-se a coesão da equipa e ausculta-se as dificuldades vivenciadas pelos profissionais. A programação das reuniões segue na convocatória com a antecedência de 48 horas com conhecimento e aprovação prévia do coordenador.

O Pólo de Vidais corresponde ao ficheiro da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, Manuela Oliveira, que supervisionou o Ensino Clínico.

O horário de funcionamento do Pólo de Vidais funciona: 2ª feira das 10:30 às 18:30 horas, 3ª feira das 8:30 às 18:30 horas, 5ª feira das 11 às 20 horas e 6ª feira das 8:30 às 15:30 horas. No decorrer do funcionamento da USF RBP qualquer utente inscrito tem acesso à consulta médica ou de enfermagem.

Fora do horário da USF e em situação de doença aguda grave, a articulação com os cuidados diferenciados é possível no serviço de urgência do Centro Hospitalar do Oeste – Hospital Caldas da Rainha ou no Atendimento Complementar na Nazaré e no Bombarral.

Não existindo telefonista nem central telefónica, a gestão de chamadas telefónicas é assegurada pelos secretários clínicos.

### Carteira Básica de Serviços

Existe a obrigatoriedade de contratualizar uma carteira de serviços, de acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. A mesma é anual, baseada num Plano de ação e validada através da assinatura da Carta de Compromisso. O plano de Ação rege-se por orientações do Plano Local de Saúde e reflete os resultados, processos e recursos indispensáveis para atingir os objetivos da contratualização. O Plano de Ação é composto por uma Matriz que incide na área do desempenho, representando depois a qualidade dos

cuidados prestados aos seus utentes através da interpretação de valores por indicadores específicos (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de Desempenho - Valor de IDG da USF RBP de 02.2022

Nome Unidade	ARS	ACES	Nº Indicadores	Nº Dimensões	Valor IDG
USF Rafael Bordalo Pinheiro	Tudo	Tudo	80	21	75,70

Área	Valor IDS
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>56,30</b>
<b>Acesso</b>	<b>78,20</b>
Cobertura ou Utilização	41,60
Consulta no Próprio Dia	80,00
Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	59,70
Personalização	44,50
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100,00
<b>Gestão da Doença</b>	<b>27,60</b>
Diabetes Mellitus	49,10
Doenças Aparelho Respiratório	0,00
Hipertensão Arterial	45,90
Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	15,40
<b>Gestão da Saúde</b>	<b>68,30</b>
Saúde da Mulher	63,30
Saúde do Adulto	58,80
Saúde do Idoso	75,00
Saúde Infantil e Juvenil	76,00
<b>Qualificação da Prescrição</b>	<b>51,20</b>

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Inst	Min. Acet	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Acet	Resultado	Score
2013.001.01 FL	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	FL	S	202202	75,00	78,00	90,00	92,00	77,66832	1,728	
2013.003.01 FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	FL	S	202202	12,00	18,00	35,00	40,00	3,92951	0,000	
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL	S	202202	65,00	70,00	88,00	92,00	48,05570	0,000	
2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL	S	202202	75,00	88,00	100,00	100,00	86,84242	1,802	
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL	S	202202	38,00	60,00	100,00	100,00	53,83310	1,439	
2013.011.01 FL	11 - Proporção grav. c/ consulta med. vigil. 1º trim.	FL	S	202202	85,00	91,00	100,00	100,00	95,09804	2,000	
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL	S	202202	65,00	80,00	100,00	100,00	90,06230	2,000	
2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL	S	202202	45,00	67,00	100,00	100,00	61,54609	1,504	
2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	FL	S	202202	65,00	80,00	100,00	100,00	82,65306	2,000	
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL	S	202202	45,00	55,00	100,00	100,00	62,75919	0,000	
2013.034.01 FL	34 - Proporção obesos > =14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	FL	S	202202	60,00	72,00	100,00	100,00	53,89028	0,000	
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	FL	S	202202	60,00	75,00	100,00	100,00	72,47707	1,984	
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. ent. vigil. DM último ano	FL	S	202202	70,00	87,00	100,00	100,00	88,07340	2,000	
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c < = 8,0%	FL	S	202202	55,00	70,00	100,00	100,00	69,30135	1,901	
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rast. c. colo ut.	FL	S	202202	41,00	60,00	100,00	100,00	66,58291	2,000	

Fonte: BI CSP, 06.2022

A área de desempenho divide-se nas subáreas de acesso, gestão da doença, gestão da saúde e qualificação da prescrição.

No que concerne ao acesso, os indicadores são relativos ao atendimento telefónico, circuito do utente na unidade, tempos máximos de resposta garantidos, personalização, distribuição das consultas presenciais no dia, consulta do próprio dia e cobertura ou utilização da consulta num determinado horário do dia.

Na subárea da gestão da doença os indicadores incidem em parâmetros mínimos definidos do que se considera indispensável para avaliação de consulta com acompanhamento adequado na Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Doenças do Aparelho Respiratório.

Na gestão da saúde estão definidos indicadores de acompanhamento adequado na Saúde da Mulher, Saúde Infantil/Juvenil, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso.

Na subárea da qualificação da prescrição os indicadores referem-se à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, prescrição farmacoterapêutica e a prescrição de cuidados.

No que concerne aos indicadores de desempenho atribuídos à enfermagem, destaca-se a proporção de consultas realizadas pelo respectivo enfermeiro de família; taxa de utilização de consultas de planeamento familiar realizadas pelo enfermeiro; taxa de consultas de enfermagem nos últimos três anos; proporção de puérperas com cinco ou mais consultas de enfermagem de saúde materna durante a gravidez e com uma consulta de revisão de parto da puérpera; índice de utilização anual de consultas de enfermagem; proporção de consultas de enfermagem realizadas no dia de agendamento e taxa de consultas de enfermagem por domicílio por 1000 inscritos idosos.

Decorrente da soma de todos estes indicadores por subáreas surge um valor que representa o Índice de Desempenho Global (IDG). É através da leitura deste valor que se define o nível de desempenho da USF e, desta forma, os ganhos em saúde. Como se verifica no Quadro 1, no mês de fevereiro de 2022, o IDG da USF RBP foi de 75.70. Representa um valor gratificante tendo em conta a atual alocação de recursos humanos da USF RBP para dar resposta ao contexto Pandémico da COVID-19.

Na carta de compromisso da USF RBP os profissionais da unidade comprometem-se a realizar formação contínua de acordo com as necessidades dos próprios e do serviço, para melhor prestação de cuidados aos utentes/famílias, tendo como fundamento a evidência científica. Comprometem-se a colaborar na formação prática a estudantes das Licenciaturas, Mestrados/Especialização de Enfermagem e Medicina, Internos do Ano Comum e Médicos do Internato Específico de Medicina Geral e Familiar.

### 1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA - PÓLO DE VIDAIS

A freguesia de Vidais tem uma área geográfica de 22.64 Km<sup>2</sup> e 1040 habitantes. Segundo os dados provisórios dos Censos de 2021 apresentados na Figura 1, a população residente apresenta como nível de ensino mais predominante o 1º ciclo e verifica-se um grande número de habitantes sem qualquer nível de ensino. Comparativamente aos Censos de 2011, existe menos 10% da população a residir nesta freguesia (INE, 2021).

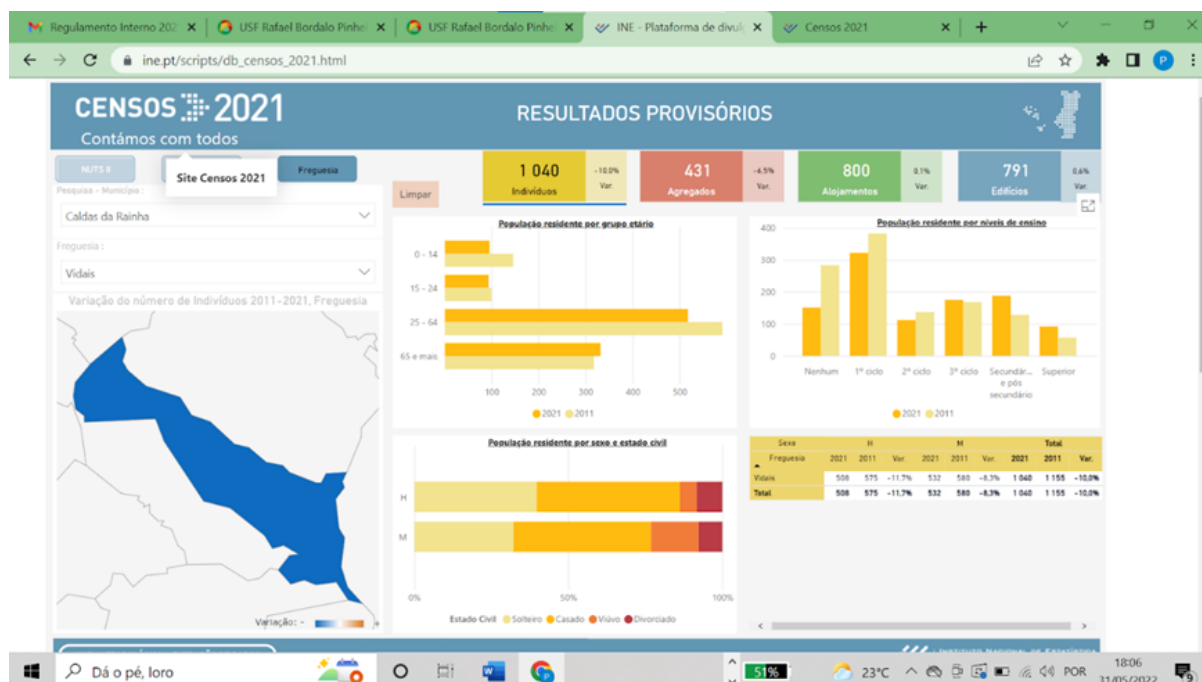


Figura 1 – Censos 2021: (INE, 2021)  
 Fonte: www.ine.pt, 06, 2021

No Pólo de Vidais, de acordo com o Quadro 2, o ficheiro de utentes inscrites é constituído por 1717 utentes.

Quadro 2 - Utentes Inscritos por Sexo e Grupo Etário

Grupo Etário 8	Métrica N° Utentes Inscritos			
	Sexo	Homem	Mulher	Total
>= 0 e < 7 Anos		41	37	78
>= 7 e < 65 Anos		602	565	1.167
>= 65 e < 75 Anos		112	122	234
>= 75 Anos		95	143	238
<b>Total</b>		<b>850</b>	<b>867</b>	<b>1.717</b>

Fonte: MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização da USF RBP) (SNS, 2022)

São 78 utentes com idade igual ou inferior a 7 anos; 1167 utentes com idade entre os 7 e os 65 anos; 234 utentes com idades entre os 65 e os 74 anos e 238 utentes com idades igual ou superior a 75 anos. As mulheres em idade fértil (idade entre os 15 e os 49 anos de idade) são 634 (MIM@UF) (SNS, 2022).

A alteração na composição etária da população portuguesa, com a consequente descida da natalidade e o aumento da esperança de vida, tem agravado o envelhecimento da

população. Verifica-se a mesma tendência na população inscrita no Pólo de Vidais, que se representa na Pirâmide etária na Figura 2.

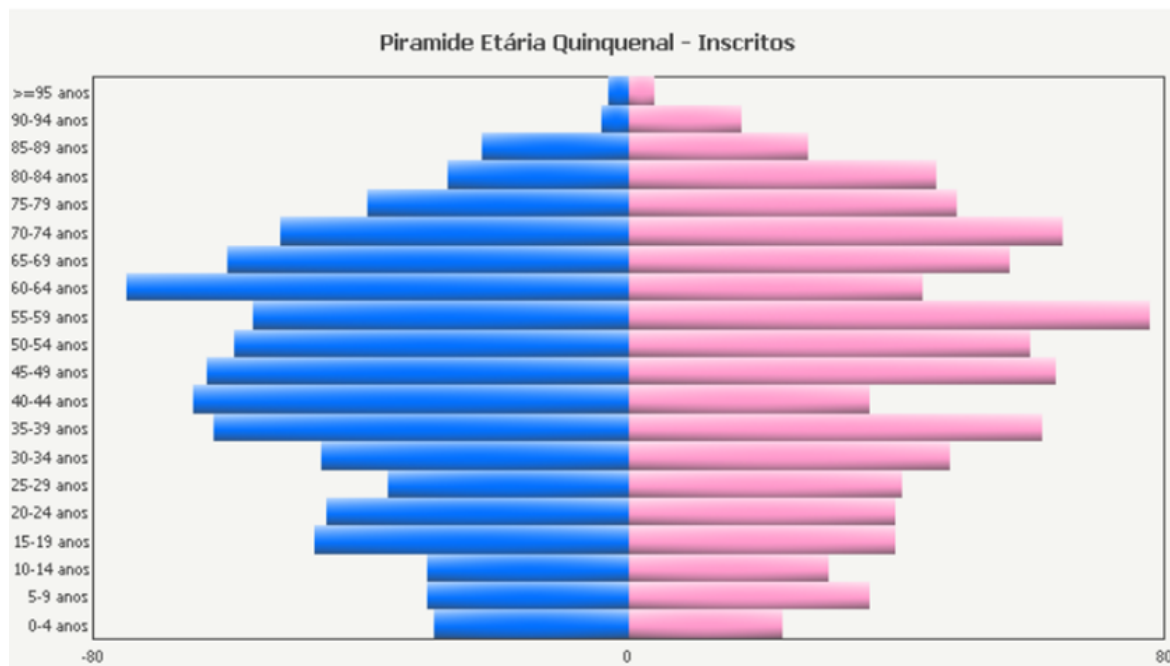


Figura 2 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no Pólo de Vidais  
 Fonte: MIM@UF (SNS, 2022)

O Índice de Dependência é a relação entre a população jovem e a idosa, isto é, a população dependente e a população em idade ativa. Este é um conceito fundamental para compreender o impacto para os utentes, famílias e comunidades das situações de doença e incapacidade funcional, causadora de dependência e que exigem redes de apoio de saúde e social na comunidade. - Índice de dependência de 56,69%, jovens 18,55% e idosos 38,13%

Como se pode verificar na Figura 2, trata-se de uma pirâmide idosa com predomínio de indivíduos no topo da pirâmide o que revela uma população envelhecida com uma menor taxa de natalidade, pequena proporção de jovens e uma elevada esperança média de vida. As doenças de maior prevalência são a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. A codificação de diagnósticos médicos de maior incidência são 513 utentes com alterações do metabolismo dos lípidos; 494 utentes com excesso de peso; 453 utentes com obesidade; 300 utentes com abuso do tabaco; 214 utentes com ansiedade e 175 com perturbações depressivas (MIM@UF) (SNS, 2022).

O ficheiro que se encontra atribuído à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, supervisora do Ensino Clínico, corresponde a todos os utentes inscritos no

Pólo De Vidais. Sob a sua orientação desenvolveu-se a observação, compreensão e colaboração de cuidados prestados aos utentes/famílias.

Foi sentida maior dificuldade na abordagem à família, porque as famílias foram confrontadas com um novo elemento com quem não estavam familiarizados (o estagiário), o que difere da perspetiva habitual do nosso próprio local de trabalho onde configuramos um elemento com o qual os utentes já estão familiarizados. No entanto esta perspetiva foi enriquecedora a nível pessoal pois permitiu tomar conhecimento com novas realidades, outras formas de intervir, outras vivências que proporcionaram a aquisição de experiências, reflexões e melhorias, construtoras de conhecimento pessoal e profissional.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Florence Nightingale em 1859 foi a primeira teórica de enfermagem a fazer referência à influência positiva ou negativa da família no indivíduo e conceptualizou a teoria ambientalista. Na teoria ambientalista, o meio ambiente proporciona defesas naturais dos indivíduos de forma saudável ou não, consoante este se encontrava. A intervenção da enfermagem incidia na modificação de fatores não saudáveis presentes no ambiente, de modo a promover melhor condição de saúde nos indivíduos (Machado, 2004).

Para entender como a enfermagem construiu o conceito de família como unidade de cuidados é necessário analisar o caminho da própria, como ciência.

Ao longo dos tempos foram-se construindo modelos e teorias de enfermagem cujo o contributo foi enriquecendo a prática de enfermagem na família, adequando-se como orientador de formação, investigação e gestão de cuidados. A correlação das várias teorias e modelos de enfermagem permitem o desenvolvimento do processo de enfermagem e dão fundamento às tomadas de decisão, permitindo organização para o planeamento, intervenção e avaliação de toda a consulta de enfermagem de saúde familiar.

De acordo com Ribeiro et al (2018) as diferentes concepções de enfermagem procederam à construção de três paradigmas: Categorização; Integração e Transformação.

O paradigma da categorização desenvolveu-se no séc XVIII/XIX e concebia os acontecimentos de forma simples sem ter em conta o seu contexto. Como exemplo deste paradigma, o modelo biomédico, em que grande parte do desempenho dos cuidados de enfermagem se limitava a tarefas prescritas ou delegadas pelo médico, situação que decorreu durante todo o século XX.

De acordo com Ribeiro et al (2018), em Portugal desenvolve-se investigação, mas as práticas e a configuração mental mantêm-se predominantemente no modelo biomédico, em que importa gerir um conjunto de sinais e sintomas da doença, dando prioridade à coparticipação com a medicina, deixando para segundo plano, descrito como área de dificuldade, a organização dos cuidados de enfermagem assentes nos modelos no quotidiano da prática de enfermagem.

O paradigma da integração teve início na década de 1950, centrando-se na pessoa sendo este o ponto de distinção entre a disciplina de enfermagem com a da medicina. A finalidade dos cuidados de enfermagem focam-se nas diferentes dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais da pessoa, decorrendo deste o conceito do holismo (Ribeiro et al, 2018).

Neste sentido surgem quatro escolas de pensamento: a escola das necessidades incorporando como referência as teóricas Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdallah; a escola interação atribuída a Hildegard Peplau, Ilda Orlando, Joyce Travelbeen, Ernestine Wiedenbach e Imogene King; a escola dos efeitos desejados ou dos resultados onde se salientam Dorothy Jonson, Lidya Hall, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman e, por fim, a escola da promoção da saúde onde se insere Moyra Allen.

Por último, o paradigma da transformação que decorreu na década 1970 e que se destaca por incluir a pessoa cuidada na tomada de decisão acerca da sua saúde/doença, situação que até então era restrita ao profissional de saúde. Deste paradigma evidenciam-se duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário da teórica Martha Rogers, Margareth Neuman e Rosemarie Rizzo Parse, e a escola da cuidar onde se destacam a Madeleine Leininger, Jean Watson e Roach.

Na década de 1980 muitos investigadores de enfermagem incidiam nos modelos conceptuais, os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Fawcett, em 1984, valida os conceitos como metaparadigma da enfermagem concebendo-os como referências à disciplina e à prática da enfermagem (Ribeiro et al, 2018).

De acordo com Ribeiro et al (2018), mais recentemente surge a teórica Afaf Meleis que introduz o conceito de “transições” na concepção de enfermagem. Para esta teórica, o desempenho de enfermagem deve incidir nas experiências humanas de transição que as pessoas vivenciam no seu ciclo de vida. As intervenções terapêuticas do enfermeiro, pretendem que as pessoas atinjam o bem-estar e saúde durante os processos de transição.

Para Ribeiro et al (2018) todo o constante processo evolutivo das teorias e modelos de enfermagem ao longo dos anos não foi suficiente para incutir na mentalidade dos enfermeiros, a valorização do conhecimento de enfermagem baseado nas teorias de forma intencionalmente expressada, assim como na utilização dos modelos de enfermagem para a estruturação da prática clínica com reconhecido mérito. Sendo até referido que as teorias são irrelevantes, ainda que impensadamente o façam no seu desempenho, assim como a referência à dificuldade na implementação dos modelos, mesmo a apresentarem registos baseados nestes.

Não obstante, será sempre impreterível reger-se por orientações teóricas para a prática clínica, permitindo uma actuação sistemática e intencional, conferindo identidade à profissão. As teorias de enfermagem dão estrutura para a compreensão da vivência e contexto da família na dinâmica saúde/doença.

Assim, a informação colhida pelo enfermeiro foca-se nos acontecimentos importantes em detrimento de dados irrelevantes para o processo de enfermagem, concedendo maior clareza e direção nas intervenções baseadas na evidência científica.

O desafio centra-se na adequação dos conceitos das diferentes teorias ao contexto de trabalho do enfermeiro. De seguida apresenta-se a teoria de Meleis como uma das teorias de referência para a enfermagem de saúde familiar.

Na perspectiva das famílias, a experiência de saúde/doença é única, entendida por cada pessoa e sua família de modo irrepetível e incompiável. Inserem-se num tempo e num contexto singular cujas experiências geralmente se associam a processos de crise.

As crises devem-se a um acontecimento em que está desequilibrado a adaptação ao meio interno e externo de um sistema ou de um elemento do sistema. As situações de crise decorrem de processos de transição, resultantes do desenvolvimento do ciclo vital, de processos de saúde/doença, de âmbito situacional ou organizacional (Meleis, 2010 citando Alarcão, 2000).

Os enfermeiros representam o compromisso e a obrigatoriedade de apoiar a família no seu processo de saúde/doença, de forma inter-relacional, facilitando os processos de transição de modo a coevoluir com o desempenho dos cuidados com qualidade.

A Teoria das Transições de Meleis evidencia a importância das interações entre o enfermeiro e os utentes submetidos a transições, com a finalidade de alcançar a saúde e o bem-estar. A definição de transição proposta por Meleis (2010, p. 25) traduz-se na "...passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta".

O enfermeiro torna-se o elemento colaborativo da família para gerir as transições.

A autora refere que esta dinâmica é entendida como um processo mental que envolve a adaptação à mudança, numa multiplicidade e complexidade em diferentes contextos em simultâneo. Dois tipos de transição podem ocorrer no mesmo momento (Meleis et al 2000).

Deverá existir uma ruptura quando se pretende a transição, um descompromisso de ligações que possam sustentar e fortalecer os sentimentos de segurança do meio envolvente que é

percepcionado. Esta desconexão encerra expectativas anteriormente construídas, e que interferiam nos conceitos de bem-estar e satisfação (Meleis, 2010).

A teoria de médio alcance é composta por três componentes que são: Natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); facilitadores e inibidores das condições para a transição (pessoais, comunidade e sociedade); e padrões de reação (indicadores de processos e indicadores de resultados). Procedendo-se à intervenção, através da terapêutica de enfermagem (Meleis, 2010).

No tipo de natureza poderá encontrar-se uma transição do desenvolvimento (mudanças no ciclo vital), situacional (alteração de papéis anteriormente desempenhados: educadores e como profissionais, mudanças nas situações familiares - como por exemplo o divórcio ou viuvez), saúde-doença (passagem do estado de bem-estar para o estado de doença, como o diagnóstico de uma doença crónica) e organizacional (condições ambientais, mudanças sociais, políticas e económicas) (Meleis, 2010).

De acordo com a autora, a transição pode apresentar padrões diferentes: simples (pessoa vive apenas uma transição) ou múltipla, em sequência (intervalo de tempo distinto), simultâneas, relacionadas ou não relacionadas.

Neste processo existem propriedades que influenciam de forma direta ou indiretamente que são: A consciencialização, o empenho, a mudança e a diferença, o espaço temporal da transição e os eventos e pontos críticos. Meleis (2010).

A consciencialização refere-se ao conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. A ausência desta propriedade pode significar que a pessoa não iniciou o processo de transição. A consciencialização demonstra o nível de envolvimento em que a pessoa se encontra, após ter consciência das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010). Todas as transições têm condicionantes que podem ser facilitadoras ou inibidoras e surgem da: Natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais.

Perante eventos críticos ou desequilíbrios podem ocorrer alterações nas percepções, identidades, relações e rotinas. O que difere é o modo como a pessoa evidencia as expectativas não atendidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (Meleis, 2010).

As transições também são caracterizadas pelo tempo de transição. Inicia-se pela cedência de sinais que antecipam, sentem ou demonstram mudança, que se desenrolam por períodos de instabilidade, confusão e stress até alcançar estabilidade (Meleis, 2010).

Entendem-se como pontos e eventos críticos a consciência de mudança ou situação que é diferente, com mais empenho no presenciar a transição (ex. nascimento, morte, diagnóstico de doença crónica). São momentos de maior vulnerabilidade para as famílias tanto no autocuidado como na situação do cuidar do outro (Meleis, 2010).

Segundo a autora, o enfermeiro tem um papel fulcral na identificação de fatores facilitadores ou inibidores das condições de transição. Nas condições pessoais inserem-se os significados que são percebidos aos eventos que desencadeiam a transição, associado a crenças, comportamentos culturais, situação socioeconómica, como se preparam e que conhecimento anterior tem que promova o processo de transição. O contrário será inibidor da mesma. As condições da comunidade e da sociedade como o apoio familiar e recursos no contexto onde vivem, podem facilitar ou inibir a transição (Meleis, 2010).

Relativamente aos padrões de reação, estes são indicadores de processos e de resultados.

Nos indicadores de processo, estes demonstram como a pessoa se sente conectada a redes sociais de apoio, nomeadamente a família/amigos/profissionais de saúde, na interação com pessoas a vivenciarem a mesma experiência, com profissionais de saúde e/ou com cuidadores familiares. Localizar e situar-se no tempo, espaço e relações, é um método que permite à pessoa desconectar-se do passado e abraçar novos desafios. Por fim, desenvolver a confiança e enfrentar o processo de mudança, pela forma como se compreendeu esse processo, usufruindo recursos e mobilizando estratégias para conferir confiança para gerir a situação. Estes indicadores de processo são a bússola para a orientação da pessoa uma vez que indica o caminho para o bem-estar ou, pelo contrário, o caminho do risco e da vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Nos indicadores de resultados o caminho faz-se pelo domínio de novas competências ou mestria e à definição de identidades integradoras e fluidas. Considera-se uma transição saudável quando a resposta à transição insere-se nos indicadores de processo e indicadores de resultados, uma vez que se desenvolveu a capacidade para desempenhar novas competências (Meleis, 2010).

A terapêutica de enfermagem refere-se às intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros no decorrer do processo de transição. São os profissionais que se encontram na posição estratégica para fomentar a transição. As intervenções de enfermagem fundamentam-se na

evidência científica para capacitar as famílias a desenvolverem competências positivas para a transição (Meleis, 2010).

A figura 3 apresenta a interação dos elementos da teoria mencionados anteriormente.

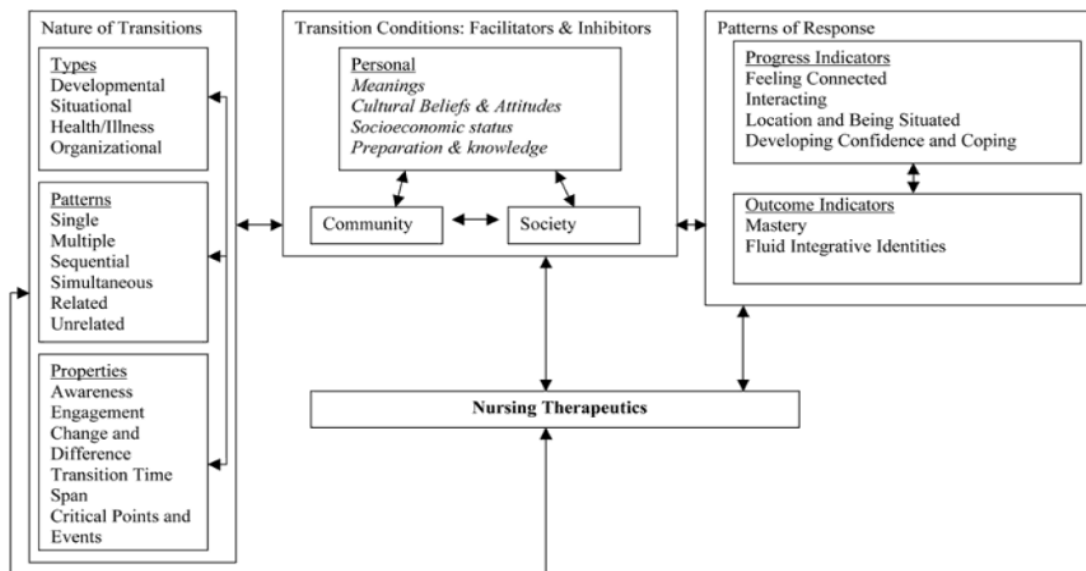


Figura 3 –Teoria das Transições de Afaf Meleis (Adaptado de Meleis, 2010, p. 56)

De forma resumida, verificam-se no quotidiano das famílias, em determinado tempo, vivências que interferem na sua condição de bem-estar, obrigando a alteração de papéis de cada elemento e do todo em simultâneo, com consequências pessoais, profissionais e sociais que, até inclusive, podem afetar economicamente o agregado. Como tal surge a necessidade da adaptação e reestruturação de papéis, aquisição de novas competências, percepção acerca da evolução da condição anterior para que surja a mudança.

O enfermeiro posiciona-se na intervenção de modo a colaborar com a família para que esta tome consciência de todos os passos anteriormente mencionados, com os recursos que a própria definiu para poder alcançar a mestria e a reformulação de nova identidade. O enfermeiro conhece os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade onde a família se insere para permitir uma transição saudável. Se a transição não é saudável ou é ineficaz, poderá estar presente um défice de compreensão e/ou dificuldade no desempenho de papéis com conseqüente desajuste nos sentimentos e finalidades a alcançar.

O facto de as pessoas e famílias apresentarem características próprias que as definem como únicas, não é impeditivo de apresentarem padrões de resposta a serem monitorizados

por indicadores. Desta forma é permitido avaliar o tipo de conhecimento e de desempenho no processo de transição transformando esta leitura nos indicadores de resultados.

O alvo dos cuidados de enfermagem é a família, e o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desenvolve a sua área de atuação implementando medidas que previnam complicações associadas ao binómio saúde/doença da família e dos seus membros individualmente. Deste modo capacita-os para lidar com as transições normativas ou acidentais, empoderando-os para a tomada de decisões de forma colaborativa. Por sua vez, a família é responsável pela saúde dos seus membros e deve ser escutada, compreendida e incentivada a participar em todo o seu processo de saúde.

A eficácia dos cuidados de enfermagem é ilustrada através dos resultados em saúde familiar e encontram-se presentes sempre que são alcançados os objetivos delineados em colaboração com a família. A planificação dos cuidados, baseada na evidência científica e com satisfação familiar, só é possível se houver a correta aplicação de modelos de avaliação e de intervenção na família.

Existem vários modelos de avaliação e intervenção familiar destacando-se alguns exemplos como: Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), construído por Wright e Leahey; O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar, desenvolvido por Berkey e Hanson em 1991 e Hanson e Mische em 1996 (Hanson, 2005) e baseado no modelo de Betty Newman; O Modelo de Resiliência Stresse, Ajuste e Adaptação da Família, construído por McCubbin e McCubbin em 1993; O Modelo de Avaliação de Friedman, desenvolvido por Friedman (1998) (Wright e Leahey, 2012).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é português, desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo (2009) (Figueiredo, 2012).

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar foi adotado por muitas faculdades e escolas de enfermagem, nomeadamente na Austrália, Grã-Bretanha, América do Norte, Brasil, Hong Kong, Japão, Finlândia, Suécia, Coreia, Taiwan, Portugal, Singapura, Espanha, Islândia e Tailândia. O International Council of Nurses reconhece-o como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar a nível internacional (Wright & Leaey, 2012).

O modelo de avaliação e intervenção de enfermagem à família e todo o contexto da prática do trabalho do enfermeiro é desenvolvido com a aplicação do processo de enfermagem, no momento da consulta de enfermagem.

### 3. CONCEITO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

Durante décadas, a profissão de enfermagem encontrava-se valorizada para os cuidados na vertente biomédica. Os enfermeiros que prestavam cuidados a nível hospitalar sentiam-se reconhecidos e valorizados em detrimento dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Apesar do enfermeiro cuidar não apenas da pessoa, mas também da sua família como uma unidade, a sociedade apenas valorizava o seu desempenho na prestação de cuidados físicos, no cumprimento de prescrições médicas e na rotinização de tarefas de cada turno, desvalorizando a vertente holística da abordagem da enfermagem de saúde familiar. Além disso, presentemente, a presença de familiares em contexto de consulta ainda não é totalmente aceite pela comunidade médica o que constitui mais um desafio para o desenvolvimento de práticas focadas na família.

Como já referido anteriormente, os modelos teóricos de enfermagem forneciam orientação para a prática e o processo de enfermagem entendia-se como a metodologia utilizada para a obtenção de resultados. Mas, apesar da evolução da profissão, continua a persistir nos enfermeiros a referência “à dificuldade em definir ganhos em saúde, através da identificação de diagnósticos de enfermagem, na prescrição de intervenções de enfermagem, assim como da tomada de decisões de forma autónoma”.

Segundo Machado (2004), as dificuldades apontadas parecem estar associadas ao território cinzento quanto à dificuldade na definição das suas funções independentes e interdependentes, relativamente aos outros profissionais de saúde, ao desempenho de intervenções sem pensar no que se faz, no porquê e no como se realiza os cuidados de enfermagem, e a dificuldade em compreender o processo de enfermagem, tardiamente informatizado, pouco intuitivo e de difícil compreensão para a continuidade e avaliação do plano de cuidados.

A sociedade tem dificuldade em caracterizar a consulta de enfermagem como sendo uma abordagem única e imprescindível para a promoção de saúde e prevenção da doença. Os enfermeiros necessitam de desenvolver estratégias que promovam a valorização da consulta de enfermagem.

De acordo com o Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros, no ponto 2.3.1, a consulta de enfermagem é da inteira responsabilidade do enfermeiro e é esperado que toda a equipa se sinta motivada e disponível para a sua concretização. A instituição deve dotar-se de recursos humanos, materiais e espaço físico para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem. As unidades funcionais

devem garantir a dotação e tempos para a realização da consulta de enfermagem, que se rege pela recomendação no Regulamento nº 743/2019 “Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros.

A profissão de enfermagem sempre procurou demonstrar o seu mérito dando visibilidade ao seu trabalho, documentando os cuidados de enfermagem com registos, responsabilizando os profissionais nas suas práticas, mas continua manter a organização da consulta com enormes desafios.

É o enfermeiro o responsável pela realização da consulta de enfermagem, baseando-se na metodologia científica, utilizando o processo de enfermagem (...) “ do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique. A consulta de enfermagem, como tal, tem por base a avaliação efectuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou actualização de um plano de intervenção de enfermagem.” (OE, p. 5, 2021).

Foram apresentados os conceitos metaparadigmáticos de Fawcett que serviram de referência aos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2001) que são - “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidados de enfermagem”. Através destes conceitos a enfermagem como ciência, apresenta uma identidade própria, garantindo valor único e insubstituível para a sociedade (Melo, 2021).

O autor apresenta o conceito “pessoa” (entendendo que pessoa também é família e comunidade) como o cliente e deve atender a três tipos de processos: Intencionais, Não intencionais e de Interação como ambiente.

Por processos intencionais, Melo (2021) descreve que são as decisões da pessoa em relação aos seus percursos de saúde-doença, de acordo com os seus conhecimentos, crenças e valores. São a educação e a orientação que a pessoa detém e mobiliza para manter o seu bem-estar e saúde.

Nos processos não intencionais surgem os eventos que a pessoa não controla, geralmente identificados como fisiológicos, que motivam a pessoa a procurar cuidados de enfermagem, nem sempre associando o processo como consulta.

Por último, os processos de interação com o ambiente. São elementos físicos, sociais, humanos, políticos ou económicos, que provêm do contexto onde a pessoa vive e tem

influência como esta desenvolve o seu papel familiar, os recursos que dispõe, os seus rendimentos ou apoio social.

Para o desempenho de uma consulta com qualidade, o enfermeiro necessita de dominar conhecimentos de variados domínios como as dinâmicas familiares, rendimentos e apoios sociais. Por sua vez, deve mobilizar o raciocínio para contextualizar toda essa informação com questões políticas, culturais e religiosas da pessoa/família, pois estas condicionam-nos nos processos intencionais e exercem repercussão nos processos não intencionais. Segundo Melo (2021), o foco da consulta não é na doença, mas na abordagem dos “enfermos” e suas “enfermidades” (*que significa sem firmeza*).

No conceito de “saúde” entende-se como a capacidade da pessoa em manter o equilíbrio relativo aos três processos (Intencional; Não intencional; Interação com o ambiente), como o de alcançar o bem-estar, diminuindo o sofrimento e potenciando o autocontrole da sua vida, esperança e o sentido de si e da sua existência.

O conceito de “cuidado de enfermagem” é um processo intencional, desenvolvido numa relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente (pessoa, família, comunidade) onde, num determinado espaço, a consulta desenvolve-se aplicando o processo de enfermagem, de forma colaborativa, identificando-se diagnósticos decorrentes dos três processos anteriores, que permitem a qualidade na saúde da “pessoa” (Melo, 2021).

Para manter a qualidade dos cuidados é necessário saber como desenvolver a consulta de enfermagem. Melo (2021) refere que é um processo mental, organizado e fundamentado. Para existir decisão clínica, a consulta de enfermagem assenta numa interação terapêutica e não numa conversa trivial, sem acréscimo de valor, sentida como podendo ser efetuada por outro profissional. Assim como também não deve ser percebida como uma colheita de dados antropométricos, sociodemográficos, sem que haja intenção de avaliar tais informações para a intervenção direta do enfermeiro, com o objectivo de melhorar a condição de saúde do cliente.

### 3.1 DECISÃO CLÍNICA E ETAPAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Melo (2021) sugere o processo de decisão clínica de Figueiredo (2012) para descrever as etapas da consulta de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem são desenvolvidos com a intenção de tomar uma decisão clínica. O processo de enfermagem é documentado utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International of Council of Nurses, 2019).

Na consulta são avaliados “focos centrais” do processo de enfermagem ao cliente, pessoa, família ou comunidade. Estes podem ter inúmeras opções consoante a temática a que a consulta se insere. Estes “focos centrais” apresentam também várias dimensões de diagnóstico, ou seja, áreas secundárias que agrupadas, vão caracterizando o respectivo foco. Através da seleção e análise dos focos e da determinação de cada dimensão de diagnóstico, o enfermeiro mobiliza os conhecimentos baseados na evidência científica para a tomada de decisão (Melo, 2021).

O próximo passo é a identificação dos diagnósticos de enfermagem (juízos atribuídos aos focos, como por exemplo: comprometido/sem comprometimento) e seus subdiagnósticos (juízos atribuídos às dimensões de diagnóstico, como por exemplo o peso corporal diminuído). Em seguida, o enfermeiro decide que intervenções deve implementar e fica estabelecido o processo de decisão clínica. Nesta fase o enfermeiro intencionalmente já desenhou uma relação terapêutica que vai determinar o sucesso da consulta, dando continuidade à implementação do processo de enfermagem.

De acordo com Melo (2021), cada etapa da consulta de enfermagem determina a forma como serão alcançados os “ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem” e o “valor social” da consulta. Desta forma, é permitido construir o conceito de sucesso na abordagem ao cliente, contrariamente ao comentário redutor de que “foi ao enfermeiro para pensar e medir a tensão”.

Os atributos pessoais e profissionais do enfermeiro, assim como o tipo de abordagem ao cliente e como aplica o processo de enfermagem, têm repercussão na forma como o mesmo descreve o que entende por consulta de enfermagem.

Melo (2021), após adaptação às propostas de Riera e Casado (2014), Silveira e Portela (2001) e Vanzi e Nery (1996), apresenta cinco etapas da consulta de enfermagem: Plano prévio; Introdução; Atividade de diagnóstico; Diagnóstico; Intervenção e Avaliação de resultados/Negociação, que se descrevem de seguida.

#### Primeira etapa: Plano prévio

Pretende-se preparar com antecedência o contacto com o cliente (pessoa, família, comunidade). O ambiente físico deve ser confortável (temperatura e sonoridade), com privacidade, seguro e com materiais necessários à consulta.

Beneficiando do agendamento prévio das consultas, pode-se melhorar as condições da mesma, de forma a garantir confiança, dignidade e eficácia no desempenho. A organização

do gabinete e a sua limpeza refletem a imagem do profissional. O material deve estar prontamente acessível, sem necessidade de interromper a consulta para o adquirir.

Melo (2021) faz referência à necessária atenção para com a comunicação desenvolvida no espaço da consulta. Fazer referência de que se está a agendar ou a efetuar uma consulta de enfermagem, apoiam a concepção do termo consulta, transmitindo expectativas de que o cliente vai ter acesso a uma consulta com intervenções positivas para a sua condição de saúde. O contrário verifica-se quando o cliente perceciona a consulta apenas como um encontro para conversar ou avaliar dados antropométricos, sem fundamentação nem rigor científico para a construção da relação terapêutica.

A posição física do enfermeiro em relação ao cliente tem significados e as distâncias entre os mesmos, traduzem posições de respeito. De acordo com Melo (2021) existe uma distância íntima (15 a 50 centímetros) reservada para o contacto directo, corpo a corpo. O enfermeiro utiliza esta distância quando necessita avaliar algum dado na pessoa (exemplo: odor, tratamento de feridas, dados antropométricos e outros), antecedendo o pedido de consentimento ao cliente, garantindo a intimidade e privacidade. A distância pessoal (40 centímetros a 1,2 metros) refere-se à distância utilizada no processo da consulta, respeitando a proximidade para alcançar uma relação terapêutica e profissional sem se tornar intimidatório, com base na confiança. A secretária não deve constituir uma barreira, o cliente deve sentar-se ao lado da mesma. Melo (2021) refere que existem teóricos que apontam como fragilidade a possibilidade da pessoa ter acesso à informação escrita no computador, quando se posiciona ao lado da secretária. O autor defende esta posição como uma vantagem na construção da confiança, uma vez que permite a possibilidade de discutir com a pessoa o processo de enfermagem, demonstrando-lhe verdadeiramente a preocupação em registar as suas dificuldades ao mesmo tempo que se dá visibilidade aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A distância social e pública (2 a 9 metros) é utilizada na abordagem a grupos, na educação para a saúde e não na consulta.

O enfermeiro deve transmitir uma imagem cuidada e profissional. Melo (2021) faz referência ao cuidado a ter na utilização de objetos decorativos desadequados, descontextualizados na profissão ou com informação exagerada, que nada acrescentam à relação de confiança e que surgem nos gabinetes ou na própria imagem do enfermeiro. Outro ponto a ter em conta refere-se à consciência de si na relação com os outros. A promoção da interação e emoções são atributos necessários no desempenho da relação com o cliente. Quando existem dificuldades, tais características devem ser treinadas. O tom de voz deve ser equacionado quanto à sua adequação. Estar atento em não utilizar expressões diminutivas (perninha,

avaliar a tensãozinha) ou com erros técnicos, que posicionam o enfermeiro ao nível da pessoa com conhecimentos básicos e não ao nível de um profissional de saúde com conhecimento e rigor científico ( exemplo: medir o açúcar no sangue ou invés de glicemia).

Para a preparação da consulta de enfermagem pode ser efetuado um protocolo, que deve ter em conta quais os membros da família presentes, o tempo de duração calculado, assuntos a abordar, os dados que devem ser adquiridos, os instrumentos de avaliação a aplicar e a agregação de dados colhidos antecipadamente (*Sclinico* ou no motivo do pedido de consulta por parte dos elementos da família) (Figueiredo, 2022).

A organização da consulta ilustra um enfermeiro com profissionalismo, competente e confiante no seu trabalho.

### Segunda etapa: Introdução

Início da consulta de enfermagem entre o enfermeiro e o cliente. O cliente após ouvir o seu nome (ou os membros de uma família), de forma perceptível e com serenidade, é convidado a entrar no gabinete. O momento deve acontecer sem transparecer aos que se encontram no mesmo espaço físico, o motivo da consulta. Esperar o cliente à porta do gabinete e acompanhá-lo até à cadeira demonstra respeito e valorização pela pessoa, evitando a preocupação do cliente em saber onde se dirigir.

A primeira impressão que o cliente detém sobre a sua receção determina todo o percurso da consulta. Melo (2021) designa esta interação por *rapport*. Trata-se de um conjunto de procedimentos específicos que auxiliam a relação entre o enfermeiro e o cliente, dando-lhe identificação e uma base de confiança. Como exemplos de procedimentos o enfermeiro deve:

- Utilizar uma linguagem corporal descontraída (ligeiramente inclinado para a frente, mãos abertas, pernas descruzadas);
- Olha de frente para a pessoa, sem a intimidar, com esse momento a acontecer com pelo menos 60% do tempo da consulta;
- Transmite sinais sonoros ou de incentivo e compreensão, da mensagem que é transmitida; Demonstração de amabilidade e simpatia;
- Deve repetir o nome da pessoa, demonstrando respeito, garantindo que não se engana;
- Resumir a mensagem para assegurar que deu atenção e para validar a mensagem transmitida;

- Expor as ideias do cliente demonstrando respeito;
- Não efetuando de juízos de valor;
- Evitar expressões como o “não concordo” substituindo por “permita que lhe apresente uma perspectiva diferente”;
- Utilizar a técnica do espelhamento (imitar determinados gestos do cliente de forma ténue, sem embaraçá-lo, de modo a “sintonizar” a relação terapêutica).

De seguida, surge o momento em que o cliente desenvolve expectativas positivas em relação à consulta. O enfermeiro apresenta-se profissionalmente e explica que vai ter início a “consulta de enfermagem”, informando-o da necessidade da colheita de dados, explicando o conteúdo da consulta e assegurando-se que o cliente entende o que está a ser desenvolvido. As perguntas de resumo permitem esclarecer dúvidas e reforçam conceitos importantes para a valorização da consulta de enfermagem (por exemplo diagnósticos de enfermagem e consulta). O término desta etapa surge após concordância entre ambos acerca da avaliação da informação que o cliente transmitiu ao enfermeiro, da sua validação, transmitindo que, de seguida, são identificados os diagnósticos de enfermagem para a melhoria do seu estado de saúde.

Importa que o profissional de saúde se sinta confiante para desenvolver determinadas técnicas na consulta, como por exemplo o genograma, o ecomapa e as técnicas da entrevista sistémica (Neves, 2021).

### Terceira etapa: Atividade de diagnóstico e diagnóstico

Os dois conceitos encontram-se relacionados pelo que são apresentados em conjunto nesta etapa. Importa conhecer o que o cliente sabe acerca do seu estado de saúde e como vivencia, e não o que o enfermeiro ensine ou explique de acordo com o seu próprio conhecimento científico. As perguntas são abertas, devem incidir na descrição dos comportamentos do cliente e não na descrição de comportamentos mais corretos segundo as orientações científicas. Os diagnósticos devem incidir no conhecimento e na adesão de comportamentos e só depois se estabelecem intervenções. Estas informações permitem estruturar toda a consulta. Não devem ser implementadas intervenções de enfermagem sem que primeiro se conheça a necessidade de conhecimento acerca da temática, ou se demonstre adesão a determinados comportamentos do cliente. Desta forma não existe perda de tempo com intervenções que podem ser desadequadas ou inúteis para o mesmo.

Os recursos humanos são escassos atendendo ao número de famílias para cada enfermeiro e os tempos definidos para consultas de enfermagem são insuficientes. No entanto, esta etapa nunca se encontra encerrada, podendo-se agendar novas consultas. Por outro lado, com a experiência profissional e a constante aquisição de dados acerca do cliente, o enfermeiro irá efetuar consultas cada vez mais eficazes, com satisfação pessoal e profissional e com obtenção de ganhos em saúde.

O enfermeiro não deve partir do princípio que o cliente não entende o diagnóstico de enfermagem que foi formulado, tendo o dever de o partilhar. A enfermagem de saúde familiar assenta na abordagem colaborativa, tornando-se necessário e imprescindível que o cliente perceba a sua situação de saúde. Por outro lado, se o cliente não conhecer o diagnóstico de enfermagem tem dificuldade em perceber que está perante uma consulta.

#### Quarta etapa: Intervenções

Os diagnósticos de enfermagem foram identificados e são selecionadas as intervenções prescritas e implementadas pelo enfermeiro. Estas podem ser: Ensinar ou informar (estratégias pedagógicas para aumentar conhecimento se este não estiver demonstrado); Instruir (demonstrar e treinar como se faz, pedindo à pessoa que execute determinada tarefa); Advogar ou negociar (comportamentos de adesão não demonstrados); Optimizar crenças (intervenção complexa que pode exigir a confrontação de situações com perguntas reflexivas) e Requerer ou orientar (para outro serviço ou para outras valências/rede de apoio).

As intervenções implementadas são clarificadas com o cliente de acordo com os seus recursos, suas crenças, suas expectativas e o seu contexto. Intervenções tipo *clichê* não respeitam a dignidade do cliente, não o motivam, são uma perda de tempo de consulta e não acrescentam valor à profissão de enfermagem.

Ao longo do diálogo colaborativo, assente num processo terapêutico, com permanente recursividade, o enfermeiro de família estrutura um protocolo de consulta de enfermagem. Nesta interação, surge um novo sistema (enfermeiro e família), que é dinâmico, que também sofre mudanças, circular (resultados podem influenciar fatores antecedentes) e que, por este motivo, obriga a um protocolo de consulta, flexível e sob constante verificação (Figueiredo, 2022).

Nesta etapa procura-se que a família se comprometa a mudar, trazendo para o diálogo o significado que a própria atribui à sua dinâmica familiar, suas crenças, suas forças e recursos. Identifica-se se existem coligações e alianças (Figueiredo, 2022).

### Quinta etapa: Avaliação de resultados/negociação

No decorrer da consulta, os resultados das intervenções prescritas são negociadas e ajustadas. São discutidas novas intervenções e novas tomadas de decisão. São novamente repetidos os diagnósticos de enfermagem, fazendo referência aos resultados que se esperam para a próxima consulta de enfermagem. Encerra-se a consulta permitindo que o cliente manifeste a sua aceitação com o que foi acordado, para desenvolver até ao novo agendamento de consulta. Cumprimentam-se com profissionalismo e tranquilidade, evidenciando confiança para a evolução positiva do cliente até novo encontro. Termina com o relembrar do dia e hora do próximo agendamento.

O cliente deve sentir que adquiriu estratégias para a melhoria da sua situação de saúde e que leva consigo o compromisso de nova consulta de enfermagem. O enfermeiro deve ter organização metodológica para o desenvolvimento da consulta, competências para desenvolver a relação terapêutica e treino para que o seu desempenho seja reconhecido e valorizado.

Os registos informáticos devem ser completados após a saída do cliente do gabinete, mantendo o processo de enfermagem atualizado, incorporando as necessidades de cuidados do utente e família, permitindo que se possam avaliar os ganhos em saúde através de indicadores de resultado.

Esta informação promove a continuidade de cuidados, assegura o valor legal dos cuidados realizados, permite a delineação de planeamento nas áreas da gestão, na continuidade da formação e na investigação.

## 3.2 CONSTRANGIMENTOS NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Identificam-se alguns constrangimentos na realização da consulta de enfermagem, nomeadamente: a dificuldade em receber na consulta a família, optando por receber preferencialmente o utente; a dificuldade nos registos informáticos; os escassos recursos humanos (rácio enfermeiro para utente/família/comunidade); falta de recursos materiais e financeiros.

São reconhecidas pelos profissionais de saúde as vantagens em intervir na família de forma sistémica e holística, mas no entanto optam frequentemente por receber o utente isoladamente. As autoras apresentam como potenciais hipóteses justificativas para esta opção, os insuficientes estudos na área, pouca divulgação para formação na área ou de pouca evidência resultados demonstrativos de ganhos em saúde (Neves, 2021).

A problemática associada à dificuldade nos corretos e completos registos de enfermagem, provêm de décadas passadas e continuam a fazer-se sentir na atualidade. Os instrumentos de colheita de dados e o próprio processo de enfermagem num todo, não se encontram uniformizados em todas as unidades e em todas as regiões do país. Os registos não são de fácil acesso para a sua leitura e interpretação, são demorados e perdem-se informações em vários campos, pela dificuldade em gerir informaticamente todo o processo.

Uma das formas de facilitar os registos de enfermagem foi a elaboração de um Manual de Enfermagem, por parte do ACES ON e com a participação da ARSLVT, que apoia e motiva os enfermeiros a efetuar registos com qualidade. O Manual de registo em *SClínico* Enfermagem – USF / UCSP encontra-se em formato digital divulgado internamente pelo ACES ON.

O referido Manual de Enfermagem tem uma parametrização normalizada que utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, e tem tido um ritmo evolutivo com atualizações frequentes traduzidas em novas versões, que procuram integrar as sugestões dos utilizadores.

Contudo mantém-se a dificuldade na utilização do *SClínico*, com frequentes dúvidas em traduzir a prática de enfermagem no registo clínico. A parametrização para consulta de enfermagem de saúde familiar é insuficiente para a realização do processo de enfermagem. Apenas apresenta um quadro com o foco e alguns diagnósticos, não contemplando as intervenções aos membros da família, não permitindo a continuidade do processo de enfermagem para a sua avaliação, nem a demonstração de ganhos em saúde. Situação que não se verifica em todas as unidades funcionais de outros agrupamentos de saúde a nível nacional.

Os processos de mudança exigem tempo, readaptações e reestruturações com tempos de análise, de discussão e de aferição, das metodologia de implementação de novas formas de documentar as atividades do enfermeiro.

As abordagens flexíveis como forma de obter mudanças, fazem com que cada instituição desenvolva métodos com base em determinado modelo teórico ou em vários. Os próprios planos de cuidados expressam duplicação de registos, fazendo com que se confundam dados, comprometa avaliação de resultados e se perca tempo. Importa melhorar a qualidade dos registos tornando-os uniformes e do conhecimento de todos os enfermeiros especialistas em saúde familiar.

A intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar é uma mais-valia para as famílias e para o sistema de saúde, o próprio profissional se sentirá mais motivado para fazer mais e melhor, acrescentando valor à profissão de enfermagem se as condições forem melhoradas.

Outro constrangimento é relativo ao rácio enfermeiro utente/família, que já se encontrava identificado ainda antes da situação pandémica, como insuficiente em Portugal. A Organização para Cooperação Económica e Desenvolvimento (OCDE, 2019) refere que os enfermeiros encontram-se com rácio inferior quando comparados com os restantes países da União Europeia, ainda que se tenha verificado um aumento na última década. O mesmo relatório apresenta como uma das principais causas, os baixos salários dos profissionais de saúde, associados à crise económica, que desencadeiam o abandono do Sistema Nacional de Saúde em troca de empregos com melhores salários, noutros setores ou noutros países da União Europeia.

Ciente da escassez de recursos humanos que não se verifica apenas no nosso país, a Organização Mundial de Saúde (2022), apresenta o documento sobre: “Estratégia global de recursos humanos para a saúde: Força de trabalho 2030”, com a finalidade de melhorar a produtividade e o desempenho. Com isto, pretende mobilizar os recursos disponíveis com o melhor desempenho, alcançando os melhores resultados, garantindo a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, que se pretende universal e tendencialmente gratuito.

No entanto, apesar do enfermeiro especialista ter como competência a desenvolver a gestão eficiente e equitativa dos recursos disponíveis na comunidade nos diferentes níveis de cuidados, recursos humanos, materiais e/ou financeiros, é evidente a dificuldade na sua prática profissional. A mobilização de recursos pelos enfermeiros é dificultada por serem entendidos como meros executores, apenas numa perspetiva da sua unidade de cuidados e não numa perspetiva global. É evidente a necessidade de potenciar o papel do enfermeiro para a mobilização dos recursos, disponibilizando-se redes de articulação fáceis de utilizar, com resposta adequada para a melhoria do desempenho e produtividade profissional, com procedimentos claros e bem definidos, organizados pelas entidades institucionais ao nível da gestão.

Figueiredo (2012), refere que a intervenção na enfermagem de saúde familiar não acarreta só dificuldades, devendo-se pautar pelo caminho das oportunidades. O profissional motivado, mesmo que não sendo “visível” para as decisões dos órgãos de gestão para a promoção do seu desempenho, é o elemento imprescindível para a potencialização do seu

valor e, deste modo, de conquistas com as famílias que necessitam dos cuidados de enfermagem.

Perante a temática surge a máxima de que ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de realizar a consulta de enfermagem de saúde familiar de modo a efetuar a avaliação da família, identificar e implementar as intervenções de enfermagem adequadas, numa visão sistémica. Às unidades funcionais dos cuidados de saúde primários cabe a responsabilidade de assegurar recursos humanos, condições físicas e disponibilidade de tempo que permitam o desenvolvimento da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Este paradigma orienta-nos para a reflexão: - Poderão as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários reunir condições para a realização da consulta de enfermagem de saúde familiar? - Qual a percepção dos enfermeiros sobre a temática? - Que dificuldades os enfermeiros de saúde familiar se depararam nas unidades de saúde e nos diferentes países? - Para responder a estas questões, importa conhecer potenciais fatores limitadores ou desencadeadores para o sucesso da realização da consulta de enfermagem.

Será esta a problemática do estudo a desenvolver no capítulo da prática baseada na evidência.

### 3.3 ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E A ABORDAGEM SISTÉMICA

O conceito de família remete-nos para uma entidade única, com uma história de vida irreplicável, constituída por pessoas, entendido de diferentes formas pelas diferentes pessoas, dependendo da sua história individual e familiar, afinidades, estatuto legal ou religião. A família partilha o mesmo ambiente físico, social e biológico que modela o impacto nos seus processos de saúde/doença, assim como a forma como a família responde enquanto fonte de recursos para a sua superação.

A unicidade familiar determina a formação de cada um dos indivíduos no que concerne ao carácter moral e ético e personaliza-o para as escolhas mais ou menos influenciadoras de ganhos em saúde. Destas dinâmicas resultam uma família com capacidades, atitudes e valores que a colocam num nível de necessidade que a levam a procurar cuidados com qualidade em todos os contextos da sociedade. Esta torna-se também responsável por canalizar os seus recursos para famílias que não consigam essa mesma capacitação própria.

O enfermeiro é o elemento privilegiado na equipa de saúde para colaborar com a família para a sua capacitação. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), reside no

enfermeiro o entendimento do conceito de família, imprescindível para assegurar cuidados de enfermagem com qualidade.

Figueiredo (2012) refere que a base teórica que sustenta a mudança de paradigma, tendo como foco a família surge em três domínios de conhecimento: Nas Teorias de Enfermagem (como por exemplo a teoria das Transições de Meleis; Nas Teorias das ciências sociais (procuram entender determinados fenómenos familiares como a função da família, a relação desta com o ambiente e as suas dinâmicas familiares e; Na Terapia familiar (Teoria Geral dos Sistemas, Cibernética e Teoria da comunicação).

Na teoria da Terapia Familiar desenvolvem-se diferentes abordagens terapêuticas com pontos em comum, mas é com Minuchin, citado por Figueiredo (2012), que a abordagem da família se centra na organização familiar, ou seja, na estrutura da família. Surge a Terapia Familiar estrutural em que se considera a família como um sistema aberto, com necessidade de mudança, e a finalidade é facilitar a reestruturação familiar. Esta terapia permite avaliar o sistema familiar, seus subsistemas, limites, alianças, transições, papéis para a capacitação da mesma perante as transições do ciclo vital familiar na saúde e na doença, com muita relevância para os cuidados de enfermagem. Algumas estratégias utilizadas nesta terapia são o reenquadramento, a dramatização, a focalização e paradoxos para a demonstração de reorganização familiar.

A Teoria da Comunicação ou Teoria Familiar Interactiva tem a sua origem na escola de Palo Alto. A abordagem é baseada na comunicação entre os elementos da família “todo o comportamento é comunicação”. O estudo foca-se na forma como os elementos se comunicam no presente e nesse contexto, e não como aconteceu no passado (Figueiredo (2012).

A conjugação dos três domínios do conhecimento permite trabalhar com as famílias. As competências especializadas na enfermagem de saúde familiar, baseadas numa intervenção sistémica das transições que os elementos da família vão experienciando durante o seu ciclo vital, na saúde e na doença e de forma dinâmica, são imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida das famílias. A intervenção do enfermeiro nas famílias permitirá dar estrutura de apoio que permita mudanças com ganhos a nível de saúde, social e económico. Para isso o enfermeiro desenvolve a consulta de enfermagem, com necessidade de efetuar uma abordagem sistémica à família, tendo como base para a sua intervenção as teorias de enfermagem.

### 3.3.1 Intervenção Sistémica à Família

A família é um sistema auto-regulado, com regras readaptadas ao longo da sua existência, através de um percurso de experiência com sucessos e erros. A teoria da comunicação de Watzlawick apresenta a família como sistema que segue regras, sustentadas por mecanismos de *feedback* negativo para manter a estabilidade e de *feedback* positivo para alcançar mudanças, segundo as fases do ciclo de vida onde se inserem, dependente do seu contexto e das suas vivências (Ferreira, 2021).

A família é um sistema cuja identidade vem da forma como se organiza com os diferentes componentes, denominados subsistemas, e como estes se relacionam com sistemas exteriores de apoio, em contínua relação recíproca e numa determinada organização hierárquica. Desta constante troca de relações e interações em simultâneo com os diferentes papéis e tarefas a cumprir, diferenciam a forma como a família funciona.

O foco do enfermeiro de família irá incidir na demonstração, nos elementos da família, das interações originadas pela presença do problema e a finalidade é desafiá-los a concretizar uma mudança na auto-organização do sistema. A relação que se estabelece é com a família no seu conjunto e não apenas com a pessoa.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) referem que não se trata de trabalhar um elemento da família, nem a família como problema, mas o “jogo familiar”, ou seja as interações e coligações que se desenvolvem em torno do problema para o manter. Para tal, não se evidencia o sintoma nem o problema em si, mas todas as comunicações e seus significados para que o sistema familiar se auto-organize.

Minuchin citado por Gouveia-Pereira & Miranda (2021) refere que um elemento da família é a unidade menor no sistema familiar, traz valor e faz parte de um todo. Ele influencia os módulos da família e é influenciado por esta quer seja na sua autoestima, autoimagem e comportamento.

A família não é a soma dos seus elementos nem dos seus atributos, sendo que cada um influencia e é influenciado pelos outros. O comportamento de cada um condiciona o comportamento dos outros e vice-versa. Ao enfermeiro compete estabelecer uma relação com a família para analisar o comportamento de cada elemento no seu contexto, como tal, exige-se conhecer toda a dinâmica da família.

Para efetuar uma colheita de dados correta e sem enviesamentos é necessário treinar competências para a realização das entrevistas, assim como a interiorização de conceitos como a interpretação circular e a equifinalidade.

Na concepção sistémica trabalha-se segundo a interpretação circular, não se explicando um comportamento sem se explicar os comportamentos dos outros elementos, não sendo aplicada a definição de causalidade sequencial.

A visão circular das variadas interações entre os membros da família e forma como se relacionam com o contexto onde estão inseridos definem a construção do resultado final. É com a informação dos seus membros, e do meio ambiente onde se inserem, que o sistema familiar define o seu comportamento para permitir a sua continuidade.

Condições iniciais com características semelhantes podem apresentar resultados diferentes, assim como o inverso. É o sistema familiar em evolução e as suas influências e interações que definem a sua organização e de como responde às suas mudanças.

O conceito de família como sistema também evolui ao longo dos tempos. As hierarquias e as interações entre cada um dos seus subsistemas e contexto onde se inserem modificam-se, conduzindo cada elemento a adquirir em simultâneo diferentes papéis, tarefas e interações. Todas estas relações dos próprios com os outros sistemas e suprasistemas influenciam a sua organização e hierarquia. Importa perceber a estrutura da família que reflete o modo como cada membro da família interage.

Na estrutura da família, Minchin citado por Gouveia-Pereira & Miranda (2021) apresenta quatro subsistemas: O individual (composto pelo indivíduo com papéis e funções noutros sistemas); O conjugal (composto pelo casal, que se complementam e se adaptam de forma a manter a sua individualidade, satisfação das necessidades psicológicas e modelo relacional para o crescimento dos filhos); O parental (funções executivas de educação e protecção da geração mais nova, lidar com conflito e autoridade em contexto de relação vertical, desenvolve na família o sentimento de pertença e faz saber quem desempenha as funções e as tarefas atribuídas) e o Fraternal (constituído pelos irmãos, lugar de socialização, crianças desenvolvem capacidades relacionais com os pares).

Os subsistemas podem ser estruturados por geração, género, interesse ou função. Existindo diferentes funções interrelacionadas e os mesmos elementos da família pertencerem a diferentes subsistemas em simultâneo, conduzem a dinâmicas familiares em constante mudança, adaptando-se ao longo do ciclo vital da família.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) refere que esta dinâmica requer a definição clara de limites ou fronteiras. Por limites entende-se mediar a passagem de informação entre a família e o exterior e entre a família e os subsistemas, conferindo protecção na diferenciação do sistema e dos seus membros. As autoras, citando Minuchin, apresentam três tipos de

limites: Claros, difusos e rígidos. Os limites claros delimitam o espaço e funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influências entre os mesmos. Os limites difusos verificam-se quando existe uma enorme permeabilidade entre os subsistemas, pondo em causa a diferenciação dos papéis que devem ser desempenhados por cada um, individualmente, sem interferir nos papéis de outros. Os limites rígidos dificultam a comunicação entre cada elemento reciprocamente.

A identificação dos elementos e subsistemas do sistema familiar, do tipo de funções, limites que existem entre cada um deles, hierarquia de poder, alianças e coligações, permitem ao enfermeiro construir hipóteses estruturais para planear a sua intervenção. O enfermeiro como participante que é, aquando da identificação destes dados, entra na dinâmica e recolhe o que a família evidencia no exacto momento, podendo pensar-se que se parte de uma base subjectiva. No entanto a mesma descreve tais situações com base nas redundâncias encontradas, sendo que as intervenções familiares resultam sempre de construções em conjunto entre o profissional e a família.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) referem que o sistema familiar ao longo do seu ciclo vital promove abertura ao exterior ou fecha-se, regulando o seu funcionamento de acordo com os ajustes face à mudança. Estes parâmetros caracterizam famílias como emaranhadas ou desmembradas.

As famílias emaranhadas encontram-se fechadas ao exterior, misturando fronteiras entre gerações, subsistemas e elementos. Os papéis são rígidos e as solicitações de autonomia de um dos elementos é percebida como falta de lealdade para com a família, isto é, intensificam de forma exagerada o sentimento de pertença em prejuízo da promoção da autonomia dos seus elementos. Desviam-se dos conflitos não tentando encontrar solução e os conflitos parentais tendem a transferir-se para um elemento através da triangulação. Comportamentos e tensões de um elemento afetam de modo direto os outros.

As famílias desmembradas apresentam fronteiras rígidas no seu interior e difusas com o exterior. A comunicação entre os subsistemas é difícil e as funções de protecção da família são diminutas, apesar de transmitirem um suposto sentimento de independência. Os elementos funcionam de forma individualista, os papéis parentais são instáveis e surge a entrada precoce dos jovens na vida social. A maioria não solicita ajuda do profissional sendo apenas em casos de maior sintomatologia que surgem os pedidos de ajuda.

Importa referir que nas famílias encontram-se padrões transversais, apresentando diferentes tipos de limites nos diversos subsistemas, não sendo estes que definem famílias

problemáticas ou disfuncionais. As famílias mantêm-se numa contínua procura de estabilidade, podendo-se identificar fases de maior emaranhamento ou desmembramento, de acordo com a etapa do ciclo de vida em que se encontram. Assim como na mesma família podem existir diferentes tipos de limites nos diferentes subsistemas. Estabelecem-se alianças para a promoção do apoio mútuo e/ou coligações em que a existência de uma união pode significar a resistência a outro.

Outro padrão transversal diz respeito à organização da família em relação à hierarquia e ao poder, estabelecendo quem toma as decisões e quem controla comportamentos, aliados a outros padrões com influência, decorrentes da cultura e história de origem (Gouveia-Pereira & Miranda, 2021).

No imediato, as famílias não demonstram a sua problemática na forma como se encontram estruturadas, mas sim no seu sofrimento. Para intervir na família é necessário efetuar uma correta avaliação do seu funcionamento, interação relacional, sua estrutura, adequação dos papéis, a relação com o meio e outros dados relevantes para a intervenção.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) refere a importância dos instrumentos de avaliação familiar e apresenta o exemplo do Modelo Circumplexo da Funcionamento Familiar de Olson com duas dimensões estruturais: Coesão e Flexibilidade. Na coesão encontra-se a vinculação entre os membros, no que se refere ao modo como a família lida com a separação e a união, definindo fases de desmembramento ou emaranhamento. Relativo à flexibilidade representa a forma como a família define a vontade para alterar e aceitar diferentes lideranças, regras e relacionamentos. São a percepção dos seus elementos quanto à negociação, tomadas de decisão, atribuições, partilhas e mudanças de papéis a existência de regras ao longo do seu ciclo vital.

Perante a presença de factores de stress o sistema familiar sujeita-se à crise, que pode comprometer a sua evolução e a sua identidade. Outra competência é conhecer as respostas da família perante a crise.

Existem acontecimentos que são fontes de stress, perturbadores do funcionamento da família, e podem conduzir a mesma à situação de crise. A crise é identificada como acidental ou normativa. A crise acidental não é expectável e, por vezes, implica dinâmicas familiares bastante complexas para a sua resolução. São crises decorrentes de acontecimentos acidentais, cujo objetivo é a redução de sintomas. As mudanças surgem no interior do sistema e tendem a ser precursoras de equilíbrio do mesmo, de forma rápida.

A crise normativa é expectável e são acontecimentos que dizem respeito à transição das diferentes etapas do ciclo vital da família. Exigem alteração do funcionamento do sistema para um mais funcional e ajustado, demonstrando evolução qualitativa do sistema familiar, ou seja, mudanças de segunda ordem, necessárias para que a estrutura da família continue a evoluir (Gouveia-Pereira & Miranda, 2021 citando Watzlawick).

Os profissionais de saúde falham quando procuram aplicar soluções na família com a finalidade de encontrar o equilíbrio na sua dinâmica, sem permitir a oportunidade da própria em fazer esse percurso de forma colaborativa. São necessárias técnicas bem sedimentadas mentalmente, quando se realiza a consulta de enfermagem.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) cita Minuchin para fazer referência à técnica de *joining*. Esta técnica consiste no estabelecimento de uma relação empática com a família. A metodologia baseia-se na importância da família se sentir mais ouvida que compreendida. Processo terapêutico bidirecional em que o profissional de saúde desenvolve a escuta activa e a família aceita-o como fazendo parte do percurso para a resolução do problema. O resultado esperado passa pela mudança do conhecimento da própria família e pode acontecer através de três desafios: Desafio do sintoma; Desafio à estrutura e Desafio à realidade.

No Desafio ao Sintoma pretende-se efetuar o reenquadramento, não centrando a atenção da família no sintoma, mas contextualizando-o nas interações familiares e nos significados a ele atribuídos. Como estratégia utiliza-se a focalização, escolhendo os elementos na sessão e sua posição na consulta de enfermagem. Outra estratégia utilizada é quando o enfermeiro faz variar a intensidade como decorre a sessão (fazer passar uma mensagem). Por último, a estratégia da atuação, momento em que o enfermeiro proporciona interação dos elementos, uns com os outros, de modo a observar a dinâmica familiar ou fomentar um novo panorama terapêutico.

No Desafio à Estrutura procuram-se os padrões de aliança e coligações, assim como as fronteiras entre os subsistemas. O enfermeiro promove fronteiras que possam estar fragilizadas e dá visibilidade a limites funcionais, reestruturando as que se encontrem com excessiva rigidez ou permeabilidade, ensaiando um novo contexto e fixando novas fronteiras. Proporciona desequilíbrios e tarefas para a complementaridade (membros passam a entender que fazem parte de uma organização, não existindo um paciente identificado isoladamente mas todos a poderem contribuir para a mudança).

No Desafio à Realidade, o enfermeiro de família proporciona uma realidade diferente construída pela família através da desocultação das suas forças e dos seus recursos.

Reside no enfermeiro a responsabilidade da condução de todo este processo com eficácia. Gouveia-Pereira & Miranda (2021) citando Minuchin apresenta o terapeuta com um papel de relevo na mudança da estrutura da família, pelo contributo da sua observação e participação ao longo da sua intervenção.

Para as autoras, o profissional de saúde encontra-se a favor da família e em desacordo com os padrões transacionais que a perturbam. Existem críticos ao modelo pelo risco de colocar o profissional no centro da decisão, retirando poder à funcionalidade da família. As autoras defendem a estratégia da atuação, para diminuir o risco da centralidade, sendo o enfermeiro posicionado para a periferia, de forma a ser anulado na decisão, apenas assistindo ao comportamento dos elementos da família.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) apontam vários autores com críticas na abordagem sistémica no modelo de intervenção familiar. Na omissão da análise de género e na falha de adaptação para com famílias com culturas diferentes. A intervenção em famílias não nucleares tradicionais ocidentais e com dois pais heterossexuais. A hierarquia estabelecida num único elemento tendo em conta a sua idade ou geração. O género não é reconhecido para o estabelecimento de hierarquia e deve ser considerado como variável central socioestrutural e não como atributo individual.

Em diferentes culturas, a interpretação de limites claros pode não estar em consonância com o que o enfermeiro de família interpreta para avaliação da estrutura da família. O mesmo se aplica no entendimento das várias alianças e coligações. Citando Minuchin, as autoras defendem que não são as famílias que se devem adaptar ao modelo teórico mas o inverso.

Os instrumentos de avaliação quer sejam observáveis ou de autorresposta devem interpretar, atendendo às limitações apresentadas, as relações existentes e não aos elementos, *per se*, mesmo que sejam estes os responsáveis pela informação verbal, comportamental na consulta de enfermagem. Estabelecendo-se um paralelo da informação com o contexto histórico e cultural. Por outro lado, o enfermeiro de família obriga-se a deter informação da mais variada cultura acerca do contexto atual, de forma a poder acompanhar as novas tendências, novas formas de pensar, novas influências culturais e religiosas para melhor dar o seu contributo no processo terapêutico.

A família é entendida como perita para a resolução do seu problema, demonstrando competência pois descreve-o e caracteriza-o da forma como o percebe, o profissional de saúde estabelece a relação terapêutica e apenas desenvolve o diálogo para a construção de novos diálogos (Gouveia-Pereira & Miranda, 2021 citando Anderson, 1997).

Para exercer a prática de enfermagem com abordagem sistémica é necessário adquirir competências específicas, formação, treino e conhecimento em várias áreas do saber.

A família sob constante influência social, política económica e cultural, desenvolve dinâmicas na sua estrutura, influenciando cada membro, família e a própria sociedade onde se insere. A teia de relações que se centram na família, inserida numa cultura própria e num contexto específico, numa sociedade em constante evolução determinam a dificuldade para a compreender de forma global, o que exige cada vez mais uma análise cuidada, assente na evidência científica e no conhecimento de áreas cada vez mais diversificadas como a área de enfermagem de saúde familiar.

## 4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Neste ponto será descrita a análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico. Primeiro fazendo referência às competências comuns do enfermeiro especialista e em seguida apresentando as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

### 4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a publicação em Diário da República de 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, as competências comuns são “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019, p. 4745). Os domínios são quatro: Responsabilidade profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram prestados cuidados de enfermagem assentes no código deontológico profissional, valores, crenças e legislação com que a profissão de enfermagem se rege, e que se encontra em exercício desde o início do desempenho profissional.

As tomadas de decisão em equipa foram baseadas num juízo crítico e imparcial, orientado pela experiência e conhecimentos que foram adquiridos durante o exercício profissional e lecionados no Mestrado.

A informação recolhida teve em conta o respeito e a autodeterminação do utente/família, tendo-se assegurado a confidencialidade e privacidade dos mesmos. Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos na Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro (USF RBP) dando cumprimento ao Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (ANEXO I).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, procurou-se uma atitude dinâmica de forma a promover estratégias de promoção de qualidade dos cuidados, fomentando um ambiente seguro e terapêutico. Cooperou-se na organização do trabalho de equipa de forma a minimizar a probabilidade de ocorrência de erro humano. Atuou-se suportado pela evidência científica e com instrumentos adequados ao objetivo do estudo. Desenvolveram-se

competências e conhecimentos na procura da satisfação das necessidades identificadas na família como alvo de cuidados, tendo como princípio o respeito pela identidade (cultura e crenças) da pessoa e família. A governação clínica e a implementação de novas estratégias nos programas de melhoria contínua da qualidade não foram desenvolvidas, uma vez que seria necessário mais tempo de Ensino Clínico, e sendo competências do domínio do conselho técnico da USF RBP, seria necessário a articulação com o enfermeiro do conselho técnico.

No domínio da gestão de cuidados procurou-se a prestação de cuidados no aprofundar de competências, integrado numa equipa interdisciplinar/multidisciplinar, respeitando os recursos materiais e o tempo necessário à intervenção, garantindo-se a qualidade dos cuidados. Foram melhoradas as competências no domínio da comunicação e tomada de decisões assim como na articulação entre as equipas interdisciplinares e multidisciplinares, com os utentes e com as famílias. Por outro lado, esta partilha de informações necessária ao processo de tomada de decisões conduziu a momentos de reflexão e dúvidas, uma vez que a mesma terá de garantir o respeito pela confidencialidade, privacidade e segurança de quem é cuidado. Efetuaram-se procedimentos de referenciação para outros profissionais na rede de Cuidados Continuados na Comunidade com a supervisão da enfermeira Manuela Oliveira. Não foram desenvolvidas intervenções no domínio da liderança uma vez que esta não se integrava no planeamento deste Estágio.

No que concerne ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, o Estágio proporcionou uma melhoraria do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Durante todo o percurso de aprendizagem buscou-se uma adaptação contínua baseada numa relação positiva, procurando sempre reconhecer as limitações de cada um dos intervenientes (estagiário e equipa multidisciplinar) na esfera pessoal e profissional. Para dar resposta a potenciais episódios de imprevisibilidade e tensão, foi promovido o desenvolvimento de competências na área da resiliência e da gestão de conflitos/emoções. Proporcionou-se o desenvolvimento de cuidados com maior grau de complexidade, baseados no conteúdo teórico lecionado no mestrado, sendo uma mais-valia para o crescimento pessoal e profissional e o sentimento de ter sido um recurso para a equipa da USF RBP e para a comunidade que a ela recorre. Situação muito gratificante, pois proporciona o processo de aprendizagem em contexto real de trabalho.

## 4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar surgem no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Tais competências regulam o desempenho do enfermeiro especialista e permitem informar a sociedade, de quais os domínios de atuação que, ao profissional especializado pertence.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assentam em duas dimensões; Na primeira, a família como unidade de cuidados. Na segunda, como enfermeiro gestor, articulando e mobilizando recursos.

### 4.2.1. A Família como Unidade de Cuidados

Na primeira dimensão, considera-se a família como unidade de cuidados.

Abordar uma família segundo o pensamento sistémico implica conhecer a dinâmica entre os subsistemas que a compõem, avaliar a interação entre estes e o meio que a rodeia. A complexidade do sistema familiar que se rege pela globalidade, equifinalidade e auto-organização, em que todos os seus elementos influenciam e são influenciados, é uma entidade em constante transformação (Figueiredo, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem deve capacitar a família como um todo, e dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Para esta dimensão são apresentadas oito competências:

1. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controle de situações complexas.

No Estágio foram observadas famílias de diferentes estratos sociais, com estruturas muito diversificadas, organizadas ou com dificuldades em encontrar equilíbrio, e com diferentes desempenhos, o que as caracterizava como mais ou menos funcionais, conseguindo-se deste modo compreender a complexidade do sistema familiar. Durante o mesmo, procurou-se sempre disponibilidade para estabelecer uma relação que facilitasse a resposta às necessidades da família.

Com o empenho na comunicação procurou-se um diálogo estratégico com a família indo ao encontro dos seus objetivos. O Início desta etapa apresentou um grau de dificuldade superior, o que foi sendo gradualmente ultrapassado no decorrer da mesma, uma vez que cada família, única na sua identidade, obriga a estratégias de comunicação com criatividade

e fundamentação científica específicas, procurando pontos fortes no âmbito da saúde de modo a estabelecer planos de intervenção na promoção, manutenção e no reforço da mesma.

Ao longo do diálogo com a família é perceptível como a intervenção do enfermeiro especialista é imprescindível, em todas as áreas de prevenção da saúde/doença, para a definição de um plano de intervenção de forma colaborativa.

## 2. Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.

Para colaborar com a família na definição das estratégias, após o estabelecimento da relação, foi elaborada a colheita de dados, tendo em conta todo o histórico familiar e hereditário. Deste modo foi possível conhecer-se a estrutura familiar, sintomatologia atual sentida como causadora de problemas e a influência ambiental exercida que pudesse comprometer a saúde da família. Conhecer a história da família é entrar na área mais íntima e nos segredos mais resguardados de cada família, independentemente da sua funcionalidade.

Ao longo do Estágio foi perceptível que na recolha de informação, todas as famílias apresentam angústias, perdas difíceis de ultrapassar e situações causadoras de stress, que preenchem a sua própria história ao longo do ciclo vital e nas suas transições. É importante a sensibilidade para lidar com situações associadas aos sentimentos e emoções e à aquisição de experiência ou treino nas mesmas, estar atento à comunicação verbal, e não-verbal, e reunir competências acrescidas: “*mindfulness*”.

O exigente e complexo esforço que é necessário para o desempenho dessa competência, incentiva à necessidade de maior formação na área da entrevista, comunicação e conhecimentos da atualidade.

As intervenções que foram desenvolvidas em contexto de Estágio incidiram em todas as consultas na USF RBP, mas é a visita domiciliária um dos espaços mais privilegiados para esta intervenção de enfermagem.

Foi utilizado um instrumento de avaliação familiar em contexto de visita domiciliária denominado Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), que consiste numa estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, e influenciado pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição (Wright & Leahey, 2012). Este consiste na avaliação das dimensões estrutural, de desenvolvimento, e funcional, sustentado na abordagem colaborativa da família para um melhor entendimento das necessidades (Apêndice I).

Os contributos fornecidos pelo MCAIF possibilitam a análise e reflexão sobre os processos de tomada de decisão que orientam e sistematizam as práticas de enfermagem de saúde familiar. A diferenciação das práticas, integradas num nível de competência especializada, vão ao encontro das competências específicas preconizadas no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho aprovado pela OE.

A aplicação deste instrumento foi validada com a família, e a apreciação do mesmo permitiu a identificação de diagnósticos de enfermagem, formulação de planos de intervenção, conseguindo-se deste modo alcançar objetivos anteriormente definidos em conjunto com a família, conseguindo obter-se ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar tem sempre presente que a profissão se rege pelos princípios fundamentais do código deontológico da profissão. O respeito pela autonomia e pela tomada de decisão da pessoa de quem se cuida, e da família no seu todo são exemplos disso. Ser detentor de diferentes áreas do conhecimento, saber escutar e abster-se de juízos que possam comprometer a intervenção de enfermagem, são fundamentais para os cuidados de enfermagem de excelência.

Realizaram-se várias visitas domiciliárias às famílias, informando-as do que se pretendia com o estudo, para que as mesmas pudessem dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas fundamentadas na abordagem sistémica e foi consultada informação clínica na plataforma informática *SClinico*, de modo a completar informação necessária para o processo de enfermagem.

Nesta etapa foi sentida a necessidade de melhoramento das técnicas da abordagem sistémica, que manifestaram algumas fragilidades devido à complexidade em identificar os limites e fronteiras dos subsistemas.

A identificação de papéis de cada elemento da família para saber se são adequados ou não, exigem domínio de competências na relação terapêutica e nas técnicas de abordagem sistémica. É perceptível a necessidade de mobilizar o conhecimento adquirido na formação académica para a aplicação das técnicas estruturadas, de modo a desenvolver entrevistas com reenquadramento, identificação de padrões de aliança e coligações, com a finalidade de potenciar a funcionalidade da família, colaborando com esta para a desocultação de forças e recursos.

Foram aplicadas outras escalas de avaliação para melhor conhecer a estrutura familiar, como funciona e identificar quais os pontos fortes e os pontos fracos da mesma, uma vez que estes são indicadores importantes para a definição dos objetivos a alcançar. Na

estrutura da família é necessário questionar “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde”?

3. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.

Com a consulta foi aplicado o processo de enfermagem. Mobilizaram-se instrumentos, desenvolveram-se processos de comunicação e interação, que dão sustentação à prática e à evolução do conhecimento em enfermagem (Meleis, 2012). Através da aplicação do processo de enfermagem foi possível a monitorização de respostas que a família apresenta perante a sua condição de saúde/doença.

Os comportamentos, preocupações e ansiedades transmitidos pela família, munidos das suas crenças, desejos e necessidades, foram tidos em conta na base do respeito pela dignidade humana, liberdade e confidencialidade.

Foi perceptível uma maior vulnerabilidade nas famílias sempre que os seus elementos expressaram os seus sentimentos, receios e angústias.

As tomadas de decisão tiveram por foco a individualidade de cada membro e da família em si mesma, na sua capacitação e na procura de parcerias que colaborassem para a resolução de problemas e minimização de potenciais riscos. Os fatores ambientais e recursos familiares na resposta a diferentes situações complexas foram tidos em conta, para melhor compreensão das famílias, da sua saúde e do meio ambiente que as rodeia.

4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.

A evidência científica, a utilização da abordagem sistémica e as variadas competências necessárias ao processo de enfermagem, melhoram a compreensão do complexo sistema que é a família. A identificação dos focos de intervenção de enfermagem da saúde familiar, capacita-a para a definição de metas e de respostas às expectativas da família, e do que ela percebe como promotora de saúde. O ambiente tranquilo e seguro permite transmissão de assuntos mais sensíveis à família para a tomada de consciência dos mesmos, de modo a delinear um plano de intervenção.

5. Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.

Ao estudar as famílias no decurso de Estágio foi perceptível o princípio da globalidade a que as teorias psicossociais fazem referência. A família sendo um sistema aberto, leva a que a mudança num membro da família afete todos os outros (Wright & Leahey, 2012). Quando se

intervêm em um membro, o efeito recursivo reflete-se na família, uma vez que essa mudança leva à reorganização do sistema familiar para manter a sua estabilidade.

A promoção do diálogo torna a comunicação eficaz para facilitar a consecução dos objetivos delineados. A mobilização de conhecimentos sobre estratégias de comunicação e técnicas de entrevista motivacional, promovem a mudança nas transições mais complexas de saúde, considerando as respostas biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família.

A participação colaborativa com a família permite a resolução de conflitos, melhorar a forma de lidar com emoções mais complexas e minimizar os potenciais fatores que encorajem riscos na dinâmica familiar. É assegurada a qualidade dos cuidados e é promovido o ambiente seguro e saudável para a família, atuando na redução de fatores de risco ambientais prejudiciais à saúde da família.

#### 6. Facilita a resposta da família em situações de transição complexa.

A família funciona de acordo com as interações entre os seus membros, e nesta dinâmica tomam decisões à medida que se deparam com mudanças da constituição da própria família e da sua singularidade, de forma a manter a família saudável e funcional. Para melhor compreensão deste fenómeno é fundamental conhecer o Ciclo Vital da Família (CVF) e que se representa por etapas. De acordo com Relvas & Major (2017) e Relvas (1996) o desenvolvimento familiar é constituído por cinco etapas: 1 – Formação do casal; 2 – Família com filhos pequenos; 3 – Família com filhos em idade escolar; 4 – Família com filhos adolescentes; 5 – Família com filhos adultos.

Em cada etapa é expectável que se desenvolvam acontecimentos que a caracterizam e que possibilitam o saudável desempenho da família. Este desempenho dá resposta a três níveis: (i) possibilita atividades preventivas e antecipatórias na minimização de tensão perante acontecimentos relacionados com a transição de fases do CVF, e trabalhar as adversidades que vão surgindo em cada etapa e que influenciam individualmente os membros da família; (ii) possibilita a mobilização de recursos, com finalidade terapêutica para cada membro, ou na própria família, de acordo com a especificidade emocional e social de cada etapa; (iii) permite estabelecer uma relação acerca das necessidades de cada etapa do CVF, tendo em conta os recursos da comunidade.

O conhecimento das forças e possibilidades de mudanças na família, possibilita a promoção de relações de apoio ao nível do indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde. As novas estratégias de colaboração com a família para alcançar os objetivos propostos e a

mobilização de recursos, permite mudanças positivas. O *feedback* com a família, salientando os seus pontos fortes, e valorizando o seu progresso, permite dar à família visibilidade ao seu esforço, documentando os seus ganhos e incentivando-a a prosseguir.

7. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.

Sendo a família o foco dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, as intervenções foram direcionadas ao sistema familiar como cliente (utente, família, comunidade) e, conseqüentemente, ao indivíduo e subsistemas (Wright & Leahey, 2012). Ao conhecer as dinâmicas familiares internas, suas relações, a sua estrutura e como funciona entre os seus subsistemas, avalia de forma contínua a prática de enfermagem de saúde familiar, inserido num contexto próprio.

Após validação do enfermeiro com a família acerca das sua forças, recursos e problemas identificados, apresentaram-se propostas cuja finalidade consistia na redução dos fatores de stress relacionados com as transições normativas do CVF, e a promoção de comportamentos e atitudes que culminassem na promoção de saúde do sistema familiar, contribuindo em simultâneo para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro de família interveniente.

Os modelos conceptuais de enfermagem apresentam diferentes entendimentos que sustentam a prática de enfermagem e indicam as linhas de orientação para a formação, investigação e gestão da profissão (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro especialista baseia a sua intervenção nos modelos teóricos da enfermagem e colabora com os seus pares na resolução de problemas mais complexos no âmbito da enfermagem.

Após todo o processo de avaliação familiar, o enfermeiro especialista procura envolver-se de forma ativa, reunindo determinadas competências básicas que lhe permitem trabalhar com as forças da família, de acordo o Walsh (2006) citado por Gottlieb (2016).

As intervenções dos cuidados de enfermagem favoreceram a adaptação da família a novos desafios e adversidades, identificando tão rápido quanto possível os problemas reais e potenciais da família, atuando em todos os níveis de prevenção saúde/doença e fortalecendo-a para melhor lidar com processos complexos do seu CVF.

8. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

Durante este período, trabalhou-se com as famílias de forma a dar início à consecução dos seus objetivos de saúde, através das intervenções delineadas.

Devido a limitações do tempo disponível, não foi possível proceder à avaliação de todos os objetivos propostos. No entanto, atendendo à identificação das forças e oportunidades de evolução e mudança, após identificação dos recursos, conseguiu-se transformar défices em forças e descobrir potenciais de forças para uma melhor capacitação das famílias.

A intervenção colaborativa estabelecida com os elementos das famílias permitiu despertar momentos de reflexão para novos desafios, conduzindo-as ao pensamento reflexivo para a melhoria da qualidade de vida, traduzindo-se em ganhos em saúde, ao mesmo tempo que as famílias se sensibilizam para o seu sentido de vida.

#### **4.2.2. Enfermeiro Gestor: Articulando e Mobilizando Recursos**

Nesta segunda dimensão deve o enfermeiro ter capacidade de gerir, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família. Nesta são apresentadas duas competências;

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.

No decorrer do levantamento de necessidades da família, foram identificados recursos que devem ser mobilizados para a prestação de cuidados. A imprescindível colaboração interdisciplinar nas equipas de saúde, permite que outros profissionais de saúde colaborem na melhoria da qualidade de saúde/doença. Situação também ela benéfica para as equipas de saúde que se envolvem no processo da família, melhoram o conhecimento da dinâmica da mesma e de como reagem em termos de saúde, incentivando o próprio profissional a procurar mais ganhos em saúde e melhorando os canais de comunicação entre equipas.

A identificação de recursos disponíveis é obrigatória para que a sociedade se sinta envolvida na melhoria da qualidade da saúde. O conhecimento sobre a necessidade de serviços disponibilizados na comunidade, e os respetivos custos, são uma forma de orientação para a família, pois permitem que esta opte por diferentes caminhos de acordo com as suas expectativas, crenças e valores. A família sente as suas necessidades satisfeitas e a sociedade procura cada vez mais oferecer melhores recursos para tal.

- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

O envolvimento do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar incute-lhe a necessidade de implementar a melhoria dos programas de saúde nos diversos níveis de prevenção.

Através da gestão de sistemas da prática de cuidados de enfermagem especializada é vivenciada e experienciada a forma como se pode contribuir para a melhoria da cultura organizacional, formação, prática e investigação. O enfermeiro especialista utiliza os sistemas de informação e as tecnologias para apresentação de resultados na enfermagem de família, traduzindo ganhos em saúde e dando a conhecer na sociedade como melhorar o apoio à saúde e aos direitos das famílias.

Esta contribuição permite o desenvolvimento de legislação e políticas de saúde, tanto ao nível local como do país, e na consciencialização da implementação de metas futuras.

## 5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: RECURSO À REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

As decisões para a melhor prática de cuidados de saúde são definidas por políticas de saúde com base na evidência. A mesma constrói-se através do conhecimento, orientando os cuidados com eficácia, de forma funcional e ajustada às populações, culturas e ambiente onde se inserem (Apóstolo, 2017).

Desta forma fundamenta-se a tomada de decisões, baseado nas escolhas do utente e família, em colaboração com o profissional de saúde, que é o detentor do conhecimento da melhor evidência científica, dando origem ao conceito da prática baseada na evidência. Para Apóstolo (2017) um dos maiores contributos nos cuidados de saúde baseados na evidência são a mudança da prática clínica, a mudança dos sistemas/organizações e a avaliação do impacto dessas mudanças no sistema de saúde.

Neste sentido importa realizar uma síntese da evidência recorrendo à Revisão Integrativa da Literatura (RIL), para melhor compreensão do fenómeno que se pretende investigar.

### 5.1- INTRODUÇÃO

A pertinência do tema, acerca da consulta de enfermagem de saúde familiar nos cuidados de saúde primários, decorre de uma associação de interesses e motivações pessoais, profissionais, técnico-científicas e académicas. Ao longo do percurso académico como mestranda, e no decorrer dos ensinamentos clínicos com a Enfermeira Especialista orientadora do Estágio, surgiu a discussão da problemática de aplicar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, nomeadamente na intervenção em consulta de saúde familiar, com a dinâmica e a necessidade que se exige, inserido no contexto atual, em que as unidades de saúde se encontram. O presente estudo tem a finalidade de responder às inquietações *supra* causadas, podendo contribuir com novos conhecimentos para a prática clínica.

As famílias em Portugal foram confrontadas com desafios pessoais, sociais e de saúde, para os quais não estavam preparadas. Um conjunto de acontecimentos como a pandemia COVID-19, a guerra na Ucrânia e outros acontecimentos resultantes da sociedade em transformação, colocam, no momento retratado neste estudo, enormes desafios às famílias e à profissão de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros apresentou a missão “A cada família o seu enfermeiro”, surgindo mais tarde o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, que define o enfermeiro de família

como o profissional de enfermagem responsável pelos cuidados de enfermagem a famílias, em todas as suas fases da vida, nos seus contextos e inseridas nas suas comunidades.

A OE (2022), na definição do acto do enfermeiro, reforça o ponto referente à Lei de Base da Saúde n.º 95/2019, de 4 de setembro, em que apresenta o enfermeiro como o profissional “legalmente habilitado para a realização de intervenções de enfermagem, nos seus diferentes domínios, incluindo a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos populacionais e comunidade, nos três níveis de prevenção”.

De acordo com a mesma Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, o enfermeiro desenvolve o processo de enfermagem apresentando a recolha e apreciação de dados, formulação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração, prescrição e execução de planos de intervenção, tratamentos e identificação de recursos. Efetua uma constante avaliação do planeamento dos cuidados, ajustando novas intervenções, baseado na relação terapêutica entre o indivíduo e família. Definindo-se, deste modo, um plano de cuidados de acordo com os recursos adequados, contextos, cultura e história envolvente de toda a família e o seu meio.

No entanto, o enfermeiro de família necessita de conhecimento científico e de práticas assentes em modelos teóricos, orientadores da sua intervenção. A Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA) emitiu em 2015, uma declaração sobre as competências gerais para a prática de enfermagem familiar. Mais tarde, devido à complexidade da intervenção em saúde familiar, definiu orientações para as competências próprias da prática avançada para a enfermagem de família, dando origem à formação de nível pós-graduação com mestrado e/ou doutoramento, imprescindíveis para a prestação de cuidados de enfermagem às famílias, de forma sistémica e com evidência científica. O mesmo documento, elaborado com a participação de diversos colégios e ordens de enfermagem de todo o mundo, refere a existência de diferenças de ensino de enfermagem e destaca a necessidade de adaptação, segundo a regulamentação de cada país, respeitando as competências, domínios e orientações baseadas na teoria, investigação e evidências baseadas na prática clínica de enfermagem (IFNA, 2015).

No Diário da República, 2.ª série N.º 135, de 16 de julho de 2018, é definido o “enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar” como o profissional que cuida da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do seu ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, capacitando-a e colaborando com a mesma para a gestão, articulação e mobilização de recursos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, seguindo as orientações internacionais e nacionais, desenvolvem boas práticas e, com base no conhecimento, teorias de enfermagem e metodologia científica, identificam as necessidades em saúde e dos cuidados de enfermagem, tendo como foco a família e o seu contexto, de forma colaborativa, e não com cada elemento individualmente.

As competências especializadas na enfermagem de saúde familiar, baseadas numa intervenção sistémica das transições que os elementos da família vão experienciando durante o seu ciclo vital, na saúde e na doença e de forma dinâmica, são imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida das famílias. A intervenção do enfermeiro nas famílias permitirá dar estrutura de apoio que permita mudanças com ganhos a nível de saúde, social e económico. Para isso, o enfermeiro desenvolve a consulta de enfermagem na saúde da família.

De acordo com o Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros no ponto 2.3.1, a consulta de enfermagem é da inteira responsabilidade do enfermeiro e é esperado que toda a equipa se sinta motivada e disponível para a sua concretização. O mesmo parecer refere que a instituição se deve dotar de recursos humanos, materiais e espaço físico para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem. No mesmo sentido o documento refere que a parametrização dos sistemas de informação devem conter informação suficiente, de modo a demonstrar que os cuidados de enfermagem possibilitam alcançar ganhos em saúde. Para tal exige-se que as unidades funcionais possam garantir a dotação e tempos para a realização da consulta de enfermagem, que se rege pela recomendação no Regulamento nº 743/2019 “Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros. O mesmo regulamento apresenta como tempo médio adequado para a consulta de enfermagem, de 30 minutos e para a consulta de enfermagem no domicílio de 60 minutos, excluindo o tempo de deslocação.

Sendo que a intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar é uma mais-valia para as famílias e para o sistema de saúde, também o próprio profissional se sentirá mais motivado para fazer mais e melhor, acrescentando valor à profissão de enfermagem.

No entanto, são do conhecimento geral as dificuldades que a profissão de enfermagem atravessa em Portugal. Os enfermeiros encontram-se insatisfeitos com a progressão da carreira, pelo vencimento salarial e pela sobrecarga de trabalho devido ao rácio enfermeiro/utente/família, agravado pela necessidade de dar resposta à pandemia COVID-19.

De acordo com os valores apresentados para Portugal, a Organização para Cooperação Económica e Desenvolvimento (OCDE, p. 10, 2019) refere que: “O pessoal de enfermagem (6,7 por cada 1 000) está abaixo da média da UE (8,4), não obstante os números terem aumentado na última década”. A mesma entidade refere que: “A crise económica e os baixos salários dos profissionais de saúde associados à crise levaram os médicos e, sobretudo, os enfermeiros, a abandonar o SNS em troca de empregos com melhores salários noutros setores ou noutros países da UE.”(OCDE p.19, 2019).

No entanto, Figueiredo (2012), refere que a intervenção na enfermagem de saúde familiar não acarreta apenas dificuldades, devendo pautar-se pelo caminho das oportunidades. O profissional quando motivado, apesar de todas as adversidades descritas anteriormente e do deficiente reconhecimento por parte entidades gestoras, continua a desenvolver o seu trabalho na comunidade, intervindo e posicionando-se como uma mais valia para as famílias que necessitam dos cuidados de enfermagem, o que permite atingir os objectivos propostos, valorizar a sua profissão e em simultâneo criar nele próprio um sentimento de realização profissional.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2022) apresenta o documento “Estratégia global de recursos humanos para a saúde: Força de trabalho 2030”, referindo que as políticas de saúde lidam com a distribuição de recursos inadequados e insuficientes, pretendendo-se melhorar a produtividade e o desempenho, de modo a mobilizar os recursos disponíveis alcançando melhores resultados e garantindo a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, que se quer universal e tendencialmente gratuito.

Ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de realizar a consulta de enfermagem de saúde familiar, de modo a efetuar a avaliação da família, identificar e implementar as intervenções de enfermagem adequadas, numa visão sistémica. Às unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, cabe a responsabilidade de assegurar recursos humanos, condições físicas e disponibilidade de tempo que permitam o desenvolvimento da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Este paradigma orienta-nos para a reflexão: Poderão as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários reunir condições para a realização da consulta de enfermagem de saúde familiar? - Qual a percepção dos enfermeiros sobre esta temática? - Que dificuldades os enfermeiros de saúde familiar se depararam nas unidades de saúde e nos diferentes países? - Para a resposta a estas questões importa conhecer potenciais fatores limitadores, ou desencadeadores, para o sucesso da realização da consulta de enfermagem de saúde familiar.

De modo a conhecer qual a percepção que os enfermeiros têm da implementação da consulta de saúde familiar nos cuidados de saúde primários, foi proposto e iniciado o estudo que aqui se apresenta.

## 5.2 - METODOLOGIA

A RIL é uma investigação que permite a associação de diversos estudos metodológicos, pertinentes para a prática da enfermagem. A RIL identifica lacunas na investigação produzida; revela que áreas de futuro devem ser alvo de estudo; foca questões centrais em determinada área; serve de recurso para formar a questão de investigação e, define um quadro teórico ou conceptual, explorando que métodos de pesquisa foram utilizados com êxito (Néné & Sequeira (2022).

Para os mesmos autores, a utilização da RIL, ao englobar diferentes tipo de estudos, quanto ao método, diversificam e contemplam maior quantidade de conclusões da revisão, permitindo a compreensão dos vários fenómenos relativos à problemática, identificando possíveis problemas para a prática profissional, contribuindo para a discussão e reflexão da temática, melhorando as decisões clínicas e/ou sugerindo novos caminhos para novas investigações.

A RIL é composta por cinco etapas: Identificação/formulação do problema; Pesquisa de literatura; Avaliação de resultados da pesquisa realizada; Análise e avaliação dos resultados da pesquisa; e Apresentação dos resultados (Néné & Sequeira, 2022).

A primeira etapa consiste na formulação da questão de investigação, resultante da necessidade ou problemática a resolver. Na segunda etapa é efetuada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados fiáveis, com o objetivo de obter a evidência científica atual acerca da questão. Posteriormente, os documentos obtidos são avaliados quanto à confiabilidade metodológica e quanto à utilidade para a prática clínica. Na fase seguinte pretende-se efetuar a análise e avaliação dos resultados, utilizando a informação trabalhada na investigação, para reflexão e sugestão de mudança, como contributo para a prática clínica.

De seguida descreve-se o protocolo.

## 5.3 - PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título: “Percepção do enfermeiro de família na promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar”

Questão da Revisão Integrativa da Literatura: “Qual a percepção do enfermeiro de família na promoção da consulta de enfermagem de saúde Familiar”

No seguimento do estudo surge a mnemónica para a Revisão Integrativa da Literatura: População (P), Intervenção (I) e Contexto (Co).

- (P) População - Enfermeiros de família
- (I) Intervenção - Percepção do enfermeiro na promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar
- (Co) Contexto - Cuidados de Saúde Primários

### Objectivos:

#### Objectivo geral

- Conhecer a percepção dos enfermeiros de família na promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar.

#### Objetivos específicos

- Identificar fatores facilitadores na promoção da consulta de enfermagem familiar.
- Identificar os obstáculos na promoção da consulta de enfermagem familiar.
- Identificar as intervenções mais eficazes na promoção da consulta de enfermagem familiar.

### Critérios de inclusão e exclusão:

#### Critérios de inclusão

- Tipo de participantes: Considerados estudos com enfermeiros de família.
- Tipo de contextos: Considerados estudos em contexto de cuidados de saúde primários.
- Tipo de conceitos: Considerados estudos que abordem a percepção do enfermeiro de família na sua prática, acerca da promoção da consulta de enfermagem à família.

- Tipo de estudos: Considerados estudos que abordem “conhecimento, prática, atitude”, “enfermagem de família” e “promoção de saúde”. A RIL irá considerar todos os estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, publicados revistos por peritos na área desde que: disponíveis na sua totalidade, de acesso livre, escritos em português, inglês, francês ou espanhol, com intervalo temporal de publicação compreendido entre janeiro de 2017 e novembro de 2022.

#### Critérios de exclusão

- Estudos não relacionados com a temática em análise.
- Cuidados de enfermagem hospitalares.
- Estudos publicados anteriores a 2017.
- Duplicação de artigos.
- Todos os artigos que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

#### Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa tem a finalidade de identificar publicações e compreende cinco etapas (Néné & Sequeira, 2022):

Na primeira fase foi realizada uma pesquisa, assente no conhecimento do tema, nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCOhost), elaborando uma lógica para a identificação das palavras-chave a utilizar, que se encontram no título e *abstracts* dos estudos. Efetuou-se a conjugação das palavras-chave, e termos que foram identificados, para definição da estratégia específica e ajustada a cada base de dados.

Procedeu-se à consulta da lista de vocabulários no Medical Subject Headings (*MeSH*). O termo consulta de enfermagem (*nurse appointment*) não se encontra no *MeSH*. Os restantes descritores encontram-se na tabela 1.

Quadro 3 - Descritores do *MeSH*

Termos	Descritores do <i>MeSH</i>
Conhecimento em saúde, atitudes, prática	Health knowledge, attitudes, practice
Enfermagem familiar	Family nursing
Promoção de saúde	Health Promotion

Recorreu-se à utilização de operadores booleanos (estruturas algébricas que captam as capacidades essenciais dos conectivos lógicos e de conjuntos no processo de busca), AND, OR e NOT. Na pesquisa foi selecionado o operador booleano AND e OR.

Palavras-chave: “Health knowledge, attitudes, practice AND Family nursing OR Family nursing AND Health promotion”

Na segunda fase implementaram-se as pesquisas em cada base de dados, que se encontram incluídas no protocolo da RIL.

A pesquisa foi efetuada no dia 13 de novembro de 2022, no Distrito de Leiria pelas 6:39 horas com a expressão de pesquisa: (Health knowledge, attitudes, practice) AND (Family nursing) OR (Family nursing) AND (Health promotion) (ANEXO II).

A pesquisa foi efetuada através da EBSCOhost Research Databases, selecionando-se as bases de dados CINAHL complete, Medline complete, Nursing & Allied Health Collection e Mediclatina. Também foi efetuada pesquisa na biblioteca virtual SciELO.

Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que fundamentassem a temática da promoção para o desempenho dos enfermeiros na consulta de saúde familiar. A estratégia de pesquisa incluiu artigos publicados em português, espanhol, inglês ou francês, nos últimos cinco anos.

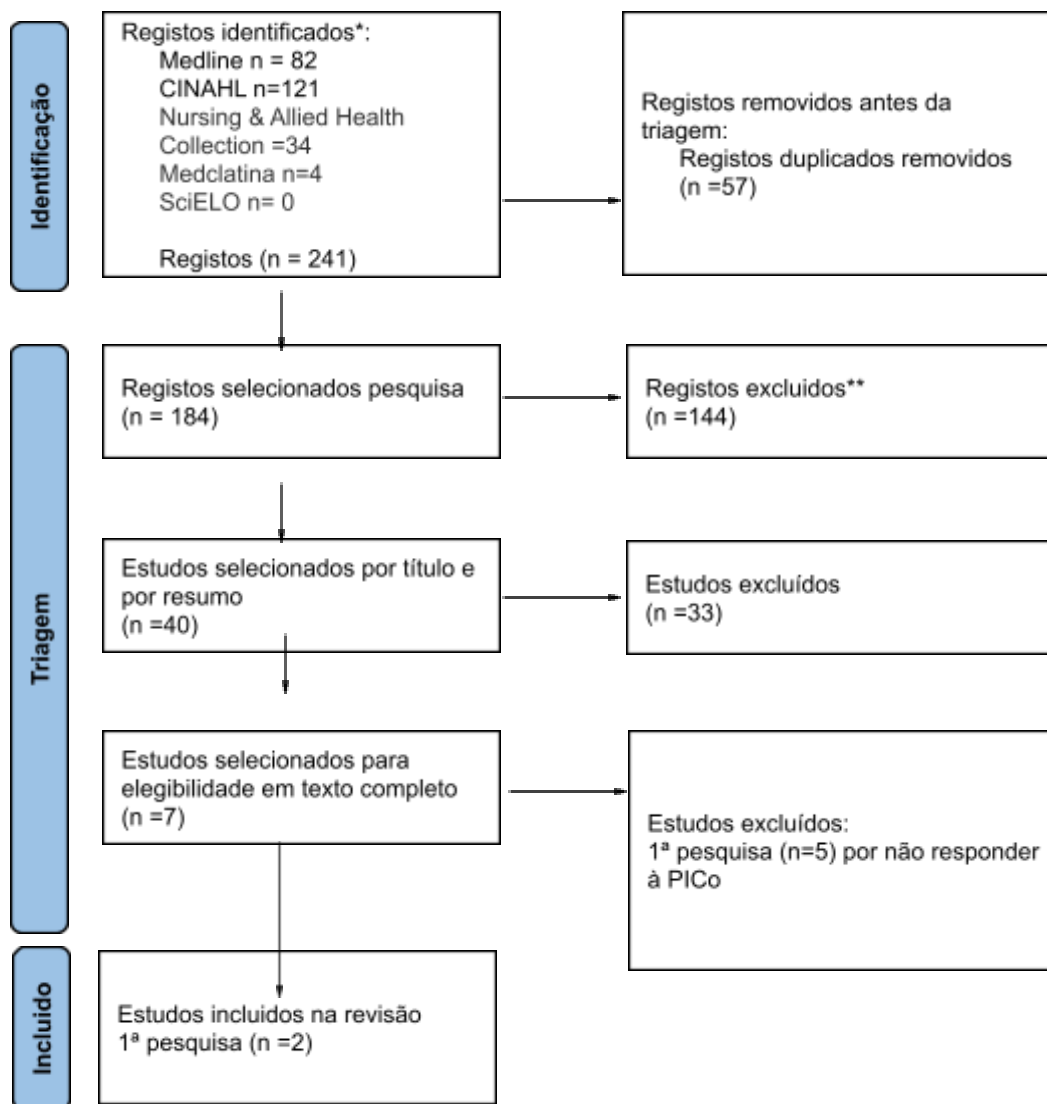
Nos modos de busca e expansores, considerou-se importante incluir alguns filtros, tendo em conta o objetivo de estudo definido. Em todas as bases de dados os expansores foram: Localizar todos os meus termos de busca; Aplicar palavras relacionadas; Buscar também o texto completo dos artigos. Quanto aos limitadores: Texto completo; Publicados entre janeiro de 2017 e novembro de 2022 e revistas acadêmicas analisadas por especialistas.

De seguida descreve-se especificamente, os expansores e limitadores para cada base de dados:

- SciELO: Booleano/Frase; Data (Janeiro 2017 a novembro de 2022)
- CINAHL Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Janeiro 2017 a novembro de 2022; Texto completo em PDF.
- Medline Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Janeiro 2017 a novembro de 2022).
- Mediclatina: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Janeiro 2017 a novembro de 2022); Texto completo em PDF.
- Nursing & Allied Health Collection: Booleano/Frase; Data (Janeiro 2017 a novembro de 2022); Texto completo em PDF.

Na pesquisa, o ponto de partida foi a utilização de cada descritor, de forma cruzada e com sequência, envolvendo todas as palavras-chave. Na figura 4 apresenta-se o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) adaptado, com a seleção dos seguintes artigos: 0 SciELO; 82 MEDLINE complete; 121 CINAHL Complet; 34 Nursing & Allied Health Collection; 4 Medclatina.

Na pesquisa identificaram-se 241 artigos, tendo sido excluídos 57 por serem duplicados. Permaneceram 184. Após a leitura dos títulos foram excluídos 144. Procedeu-se à leitura reflexiva dos títulos e resumos e foram excluídos 33 por não responderem aos critérios de inclusão. Ficaram 7 artigos para a elegibilidade, sendo que após a leitura integral dos mesmos, 5 não respondiam à questão PICO formulada. Foram elegíveis 2 artigos para poder proceder à avaliação metodológica.



A figura 4 - Fluxograma PRISMA (adaptado) do Processo de Seleção de Estudos

## 5.4- RESULTADOS

Os artigos identificados pelas estratégias de busca foram avaliados por dois investigadores independentes que procederam à análise dos artigos, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Não se verificaram desacordos na inclusão ou exclusão de artigos.

Os dois artigos selecionados foram: “The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review” e o “Nurses’ workload: lights and shadows in the Family Health Strategy”.

Os artigos foram submetidos à avaliação crítica pelos dois investigadores para, posteriormente, serem submetidos à extração de dados.

Apresenta-se o primeiro artigo (1): “The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review”.

Este artigo teve como método a Revisão Sistemática da Literatura, tendo sido submetido à avaliação da qualidade metodológica pela aplicação do instrumento de avaliação crítica, conforme apresentado de seguida (Apóstolo, 2017 citando JBI, 2014).

A extração de dados reporta a descrição dos autores dos artigos e a descrição final dos autores da RIL. Os dois investigadores reuniram a informação sobre cada um dos artigos da RIL e, de forma sistematizada e com exatidão, garantiram o rigor científico (Néné & Sequeira, 2022).

Foi utilizada um quadro de extração de dados apresentando: Título; Autores; Ano; Contributo do estudo; Objetivo do estudo; Método; Fenómeno de interesse; Contexto de cuidados; Origem geográfica; Origem cultural; Participantes; Conclusões do autor e Comentário dos revisores.

Quadro 4- Avaliação da Qualidade do Artigo 1 (continua)

<p><b>Autores:</b> Federica Dellafiore, Rosario Caruso, Michela Cossu, Sara Russo, Irene Baroni, Serena Barelo, Ida Vangone, Marta Acampora, Gianluca Conte, Arianna Magon, Alessandro Stievano e Cristina Arrigoni</p> <p><b>Ano:</b> 2022</p> <p><b>Título:</b> <b>The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review</b></p> <p><b>Publicação:</b> International Journal of Environmental Research and Public Health</p>
--

(conclusão)

		Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
1)	A questão de revisão está enunciada de forma clara e explícita?	x				
2)	Os critérios de inclusão foram apropriados para a questão de revisão?	x				
3)	A estratégia de pesquisa foi adequada?	x				
4)	As fontes e os recursos utilizados para a procurar os estudos foram adequados?	x				
5)	Os critérios da avaliação crítica dos estudos foram apropriados?	x				
6)	A avaliação crítica foi realizada por dois ou mais revisores de forma independente?	x				
7)	Foram considerados procedimentos para minimizar erros na extração de dados?	x				
8)	Os métodos utilizados para combinar os estudos foram apropriados?	x				
9)	A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?	x				
10)	As recomendações para a prática e/ou política são apoiadas pelos resultados divulgados?	X				
11)	As orientações para o desenvolvimento de investigação futura são adequadas?	x				
Valor absoluto		11				

### Decisão

Inequívoco [ x ] Credível [ ] Indefinido [ ]

Fundamentação: O artigo constitui um bom contributo para a RIL. Apresenta o enfermeiro de família como um dos elementos fundamentais na resposta à prevenção da doença e promoção da saúde da comunidade.

No estudo são identificados os elementos que podem aumentar ou diminuir a carga de trabalho desempenhada pelo enfermeiro especialista em saúde familiar, apresentando cinco categorias para a eficácia da consulta de enfermagem que são: A prática clínica; As

competências essenciais; Os resultados; Os modelos organizacionais e educacionais e os Programas de ensino avançado.

O artigo sugere a necessidade de investir mais em recursos económicos, na eficiente gestão das instituições e no apoio nas políticas de saúde, que possam garantir que, as competências desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em saúde familiar, se mantenham com os cuidados de enfermagem com qualidade e de forma autónoma.

Quadro 5 - Extração dos dados do Artigo 1 (continua)

Objetivo do estudo	Resumir criticamente a literatura sobre o estado da evidência do enfermeiro especialista da enfermagem comunitária/enfermeiro de família.
Método	Revisão Sistemática da Literatura
Fenómeno de interesse	Os autores referem que é escassa a literatura sobre a temática em estudo e elaboraram um resumo crítico do estado de evidência sobre o desempenho dos enfermeiros de família.  Identificam pontos fortes e fracos para a gestão de cuidados de enfermagem à família e comunidades, com resultados em saúde e satisfação profissional.  Destacam a necessidade de investimento na formação avançada e melhoria organizacional, implementando modelos de referência para o desempenho do enfermeiro de família.  Apresentam competências essenciais no enfermeiro como a comunicação, empatia, organização de trabalho e educação.  Referem a necessidade de parametrizar um conjunto de dados mínimos sobre o contributo do enfermeiro que reflita as mudanças no utente/família, nos seus comportamentos e na percepção que os mesmos têm na procura de saúde para análise e comparação de resultados. Estes permitem melhor gestão de recursos e melhor tomada de decisões. Esses dados devem-se apresentar em formato digital.
Contexto de cuidados	Cuidados de saúde primários e comunidade
Origem geográfica	Origem dos artigos: 40 do Reino Unido, 8 de Itália, 6 da Austrália, 6 do Norte e Sul da América e 6 da Ásia
Origem cultural	Reino Unido, Itália, Austrália, Norte e Sul da América e Ásia
Participantes	Enfermeiros com competências específicas de saúde familiar

(conclusão)

#### Conclusões do autor

Os autores apresentam a enfermagem de saúde familiar como um novo paradigma para a resposta à complexa exigência da população e para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Os autores referem que os enfermeiros de família ainda se sentem inseguros no desempenho do seu papel, centrando-se muito no cuidado focado na doença do utente, não incluindo as intervenções de enfermagem na família, necessitando para isto de formação avançada e treino de competências específicas.

Por parte dos gestores é necessário mais investimento nos recursos e melhorias organizacionais. Defendem o registo digital dos dados mínimos de enfermagem, de forma sistematizada, de fácil compreensão que evidencie o contributo dos cuidados para as mudanças de comportamento dos utentes e comunidade. Só assim será possível a comparação de dados entre diferentes populações, diferentes regiões num determinado tempo, com representação sobre indicadores de resultados que representem ganhos.

Os autores sugerem mais pesquisas na tipologia das organizações e implementação de modelos bem estruturados, para o bom desempenho dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, de forma a garantir a autonomia da profissão, a eficácia dos cuidados e a sustentabilidade do sistema de saúde.

#### Comentário dos revisores

O enfermeiro de família constitui um recurso estratégico para a saúde das famílias e comunidades. O seu desempenho profissional depende da experiência pessoal e profissional, da formação académica e da forma como as instituições onde exerce a sua profissão estão organizadas. Estas premissas traduzem o modo como se realiza a prática clínica, a sua motivação e a satisfação profissional e da comunidade que recebe os cuidados de enfermagem, para além da redução dos custos para famílias e sistemas de saúde.

A consulta de enfermagem é a ferramenta base do desempenho do enfermeiro e deve ser efetuada com eficácia. Para tal a mesma necessita de uma estrutura bem definida, de fácil implementação, com registos sistematizados, de fácil acesso e representativos dos indicadores de saúde em análise. A elaboração de um bom processo de enfermagem, que possa produzir resultados de avaliação para análise de comparação, e que representem ganhos em saúde.

Apresenta-se os quadros de categorias e resultados identificados na análise ao artigo.

**Quadro 6 - Identificação das Categorias do Artigo 1 (continua)**

Nome	<b>Prática Clínica</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Enfermeiros de família com competência na prevenção da doença e promoção da saúde das famílias e comunidade.	“The theme ‘clinical practice’ emerged from 54 articles included in our state-of-the-art systematic review, describing the main clinical settings where FCN numbers have grown. The recent literature has shown that FCNs utilize their advanced skills and competencies in health promotion, focusing on primary, secondary, and tertiary prevention. To ensure a higher level of professional intervention in healthcare promotion, FCNs must collaborate and become a strategic bridge for linking the competencies of different health care providers, guiding them to answer the healthcare needs of patients, families and communities ...” (Achado p.7)
Nome	<b>Competências essenciais</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Competências específicas para o desempenho profissional com conhecimento científico, baseado na melhor evidência e nas qualidades pessoais do profissional para, inserido numa equipa multiprofissional, prestar cuidados de enfermagem à população.	“...nurse competence is an integrated model based on individual characteristics, composed of motivation, education, and the function or tasks that nurses have in the working organization and focused on nursing sensitive outcomes (NSOs), which influence nurses’ performances and clinical patients’ outcomes. The literature review depicts FCNs’ core competencies, especially based on health education and health promotion, high communication and empathy skills, and advanced clinical knowledge...” (Achado p. 8)
Nome	<b>Resultados</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Sentimento positivo relacionado com a satisfação dos utentes e famílias e com a satisfação profissional por parte dos enfermeiros, mas sujeito à influência do contexto geográfico, formação profissional e a existência de recursos.	“...emphasised the positive influence of FCNs on patient-, nurses-, and health system-related outcomes. Regarding patient-related outcomes, we found that the intervention or care delivered by FCNs significantly increased survival, improved quality of life and clinical outcomes, and reduced the re-hospitalisation rate. (Achado p. 8)

(conclusão)

Nome	<b>Modelos organizacionais e educacionais</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Utentes e famílias são o foco de atenção dos modelos organizacionais dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.	“The social aspect is mainly investigated in the family nursing model, which aims to involve the families and caregivers of patients for optimal care delivery.” (Achado p. 9)
Nome	<b>Programa de ensino avançado</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Formação avançada /especialidade é importante para a qualidade de desempenho do enfermeiro, mas também é tida em conta a área geográfica e o contexto onde se exerce a profissão.	“An FCN is a clinical nurse specialist with a high ability to introduce depth and innovation in care and nursing through evidence-based clinical specialist knowledge, skills, and competencies, requiring specific and advanced training. The articles in our analysis showed the importance of such training programs for FCNs, which are heterogeneous and different from one country to another (Achado p. 9).

**Quadro 7- Resultados do Artigo 1 (continua)**

Resultado	Categorias	Resultado sintetizado
<b>Prática Clínica</b>		
“The recent literature has shown that FCNs utilise their advanced skills and competencies in health promotion, focusing on primary, secondary, and tertiary prevention. To ensure a higher level of professional intervention in healthcare promotion, FCNs must collaborate and become a strategic bridge for linking the competencies of different health care providers, guiding them to answer the healthcare needs of patients, families and communities. (Achado p. 5)	Enfermeiro de família como elemento estratégico	O enfermeiro de família é um elemento estratégico na prevenção da doença e promoção da saúde.
“PHC is a whole-of-society approach that addresses the majority of a person’s health needs throughout their lifetime, focusing on people rather than disease.” (Achado p. 7)	Enfermeiro de família como elemento estratégico	O enfermeiro de família é um elemento importante no sistema de saúde. Tendo como foco de cuidados a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, e não a doença da mesma.

(continuação)

<p>“FCNs are mainly engaged in promoting oral care and stopping smoking... education for correct blood pressure measurements and preventing cerebrovascular events... malnutrition and chronic diseases, such as cancer; to reduce antibiotic resistance through the FCN as prescriber; and to reduce elderly abuse. (Achado p. 7)</p>	<p>Projetos da enfermagem de saúde familiar</p>	<p>Alguns dos programas de saúde dos enfermeiros de família são: saúde oral, cessação tabágica, educação para a saúde na prevenção de acidentes vasculares cerebrais, desnutrição, acompanhamento de pessoas com doença oncológica, programa de resistência à prescrição de antibióticos e prevenção de violência nos idosos.</p>
<p>“... the PHC needs of the individuals, families, and communities are different from one country to another.” (Achado p. 7)</p>	<p>Contributo do enfermeiro de família na mudança de comportamentos</p>	<p>As necessidades de cuidados de enfermagem familiar variam do contexto de saúde do país e neste, de regiões rurais para regiões urbanas. No entanto, o estudo refere que a promoção de saúde, seja em que contexto se exerce, influenciam as mudanças de comportamento.</p>
<p>“Chronic diseases, especially diabetes mellitus and chronic heart failure, require a high level of clinical practice and competencies of FCNs, to care for complications of these illnesses in the elderly and in oncology patients.” (Achado p. 8)</p>	<p>Competências do enfermeiro de família</p>	<p>Doenças crônicas como a diabetes Mellitus e insuficiência cardíaca crônica exigem competências específicas dos enfermeiros de família para cuidar dos doentes que já se encontram debilitados por serem idosos e/ou com doença oncológica.</p>

(continuação)

<b>Competências essenciais</b>		
<p>“... nurse competence is an integrated model based on individual characteristics, composed of motivation, education, and the function or tasks that nurses have in the working organization ... used on nursing sensitive outcomes (NSOs), which influence nurses’ performances and clinical patients’ outcomes. The literature review depicts FCNs’ core competencies, especially based on health education and health promotion, high communication and empathy skills, and advanced clinical knowledge.” (Achado p. 8)</p>	<p>Competências na comunicação, empatia, conhecimento avançado</p>	<p>Os enfermeiros de saúde familiar apresentam competências individuais como a motivação, educação, organização de trabalho, comunicação, empatia e conhecimento clínico avançado.</p>
<p>“FCNs need advanced clinical knowledge to manage, monitor, and evaluate health activities [95,96]; implement strategies that promote continuity and quality of care; evaluate the impact of care by defining process indicators and results; and have sufficient human and materials resources [101]. In addition, FCNs demonstrate competencies to collaborate and work in multidisciplinary teams. FCNS take the initiative and employ systems thinking to ensure the quality of nursing care [14,92,94,99], and achieve better outcomes by providing culturally appropriate and safe care [95,96,102]. Finally, FCNs must be well prepared and trained to provide care based on evidence and best practice.” (Achado p. 8)</p>	<p>Competências na gestão</p>	<p>O Enfermeiro especialista, necessita de conhecimentos clínicos avançados, de modo a: gerir, monitorizar, avaliar as atividades de saúde, implementar estratégias, avaliar o impacto dos cuidados com base na definição de indicadores de resultados, avaliar os recursos humanos e materiais necessários, colaborar com equipas multidisciplinares e utilizar o pensamento sistémico para desenvolver cuidados de enfermagem seguros e com qualidade.</p>
<b>Resultados</b>		
<p>“...the positive influence of FCNs on patient-, nurses-, and health system-related outcomes. Regarding patient-related outcomes, we found that the intervention or care delivered by FCNs significantly increased survival [42,76,103], improved quality of life and clinical outcomes [38,104,105], and reduced the re-hospitalisation rate (Achada p. 8)</p>	<p>Sentimento positivo de satisfação no enfermeiro, nas famílias e nas unidades de cuidados</p>	<p>Os enfermeiros de família influenciam positivamente os utentes, o próprio profissional e os sistemas de saúde. Relativo ao utente, o estudo refere o aumento da esperança de vida, melhoria da qualidade de vida e taxa inferior de reinternamentos.</p>

(continuação)

<p>“...patients reported being very satisfied with the care provided by FCNs , as they felt their psychological and social needs were considered [20]. In fact, mental health is one major aspect of sustaining patients’ well-being, particularly in cancer patients, especially to reduce anxiety and stress.” (Achado p. 8)</p>	<p>Redução ansiedade e stress nas famílias</p>	<p>Utentes referem que as necessidades psicológicas e sociais foram atendidas pelos enfermeiros de família. O estudo refere que o acompanhamento pelos enfermeiros de família contribuiu para a redução da ansiedade e do stress nas famílias de utentes com doença oncológica.</p>
<p>“FCNs are related to the geographical context... the ‘teach-back’ method, consisting of educational interventions at home, allows reducing public health system interventions and costs . The geographical context could impact the delivery of health promotion, specifically for the elderly, who have more difficulty using health services.” (Achado p. 9)</p>	<p>Melhor acessibilidade aos serviços de saúde</p>	<p>Os enfermeiros de família ao realizarem consultas de enfermagem ao domicílio permitem reduzir a procura de cuidados nos sistemas de saúde, traduzindo mais oferta de recursos para quem necessita e possibilitam a prestação de cuidados aos utentes com dificuldade na mobilidade.</p>
<p><b>Modelos organizacionais e educacionais</b></p>		
<p>“The literature describes different organizational and educational FCNs models, illustrating how caring patients are placed at the centre of all implemented models. The hospital-at-home model was implemented in elderly care, allowing multidisciplinary and holistic care for patients at their homes. The HADPIPE model was developed to better assist patients, based on a holistic nursing assessment involving psychological, social, and physical aspects. The social aspect is mainly investigated in the family nursing model, which aims to involve the families and caregivers of patients for optimal care delivery.</p> <p>A new FCN model, derived from the Dutch Buurtzorg model, was created to better sustain patients in their context, aiming to develop</p>	<p>Modelos de intervenção de enfermagem familiar</p>	<p>O estudo descreve alguns modelos de intervenção de enfermagem familiar e comunitária que são: Hospital-domicilio; Modelo HADPIPE: modelo Enfermagem familiar; Modelo Enfermagem familiar derivado do modelo holandês Buurtzorg; Modelo de Gestão de cuidados para utentes pós cirurgia cardíaca; Projecto italiano CoSENSo; Modelo FN-AIM para estudantes de enfermagem na intervenção familiar.</p>

(continuação)

<p>relationships between FCNs and local care services and promote independence among patients. Morin and colleagues developed the care management model for patients' cardiac surgery post-intervention, following patients even after discharge from hospital in highly specialized areas. In Italy, the CoSENSo project developed model care, illuminating the necessary conditions for the continued provision of health services, and the crucial role of the FCNs to better support the daily activities of elders and their families. To better understand the importance of FCNs sustaining patients and their families in the educational setting, the FN-AIM model created a map to help nursing students assess patients' and their families' knowledge of best practices for maintaining patient health or managing their specific conditions.” (Achado p. 9)</p>		
<p>“...our results allowed us to draw important conclusions about where to concentrate future resources in the form of economic investments and organisational improvements. Above all, our results indicate necessary areas for future research, such as the organization or implementation of FCN models.” (Achado p. 10)</p> <p>FCNs could have a significant impact on the processes of improvement if economic, organizational, and political supports were implemented to allow FCNs to delivery care and utilise their competencies... our results show the strategic influence of FCNs' activities on secondary and tertiary health prevention, further strengthening their strategic role in attaining efficient and sustainable healthcare systems.” (Achado p. 10)</p>	<p>Gerir recursos através da utilização de modelos organizacionais</p>	<p>Com os resultados baseados nos modelos de intervenções de enfermagem de saúde familiar, os gestores têm a capacidade de delinear onde alocar recursos, onde investir e onde reorganizar os cuidados de enfermagem, para melhor servir as famílias e comunidades.</p>

(continuação)

<b>Programa de ensino avançado</b>		
<p>“An FCN is a clinical nurse specialist with a high ability to introduce depth and innovation in care and nursing through evidence-based clinical specialist knowledge, skills, and competencies, requiring specific and advanced training... importance of such training programs for FCNs, which are heterogeneous and different from one country to another (Achado p. 9)</p>	<p>Competências específicas</p>	<p>O enfermeiro especialista tem conhecimento científico, com competências específicas, obtidas na formação avançada.</p> <p>O estudo refere que o plano de formação avançada é diferente em cada país como o exemplo de: África, China, Estados Unidos da América, Espanha, Reino Unido e Itália. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar é essencial na consulta de enfermagem. No entanto, os autores referem que os programas da especialidade diferem de país para país consoante os planos específicos de saúde.</p>
<p>“However, FCNs seem to not yet feel fully at ease with this new role and perspective, demonstrating greater mastery and consolidation in the hospital setting and in disease care. In order to achieve the abovementioned objectives from the salutogenic perspective, FCNs must reach advanced competencies through advanced specialised training.” (Achado p. 10)</p>	<p>Dificuldade do enfermeiro de família em manter o foco na família como alvo de cuidados</p>	<p>O estudo aponta como fragilidade na realização da consulta de enfermagem à família a dificuldade do enfermeiro em aplicar as suas competências específicas, focando-se na família como alvo de cuidados. Tendencialmente o enfermeiro intervém mais na doença da pessoa, sentindo maior confiança. Os autores apresentam a sugestão de treinar mais as competências especializadas e formação avançada. Da parte dos gestores um acompanhamento que permita melhor as competências dos enfermeiros.</p>

(conclusão)

<p>“... possible NSOs to the family and community nursing care, and the consequent creation of the Nursing Minimum Data Set (NMDS), have not yet been described. NSOs can be defined as changes in an individual’s state, behaviour, or perception that are measured in response to nursing interventions. (Achado p. 10)</p> <p>“NMDSs have been developed in many countries to determine resource allocation, stimulate research, and guide health policy decision-making.” (Achado p. 11)</p>	<p>Falta registo de dados mínimos, sistematizados e de fácil análise, que reflitam mudança de comportamento em saúde.</p>	<p>O artigo apresenta como fragilidade a falta de definição padronizada para análise e comparação de dados que se possam registar digitalmente e que sirvam para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido.</p> <p>Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (NMDS) já se verifica em alguns países e tem como finalidade, determinar os recursos necessários, aumentar a motivação para produzir investigação e fornecer ferramentas para a tomada de decisão das equipas de gestão.</p>
--	---	---

Apresenta-se o artigo (2): **“Nurses’ workload: lights and shadows in the Family Health Strategy”**.

Trata-se de um estudo de investigação qualitativa, tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos, descrito por Apóstolo (2017) citando JBI (2014).

De acordo com o autor, existem dez itens onde é avaliada a congruência no conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Também é verificada a posição do investigador face ao tema de investigação. Nestes são solicitadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável. De seguida apresenta-se a tabela.

**Quadro 8 - Avaliação da Qualidade do Artigo 2**

<b>Autores:</b> Daiane Biff; Denise Pires; Elaine Forte; Letícia Trindade; Rosani Machado; Felipa Amadigi; Magda Scherer; Jacks Soratto <b>Ano:</b> 2019 <b>Título:</b> <b>Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy</b> <b>Publicação:</b> Ciência e Saúde coletiva nº 25 (1): 147-158 janeiro 2020
--

		Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
1)	Congruência entre a perspetiva filosófica declarada e a metodologia da investigação			x		
2)	Congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação	x				O objetivo do estudo está claramente definido
3)	Congruência entre a metodologia da investigação e os métodos usados para colher dados	x				Foi usada metodologia qualitativa com recurso a entrevistas
4)	Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	x				O autor representa os dados e faz a sua análise
5)	Congruência entre a metodologia da pesquisa e interpretação dos resultados	x				Os resultados foram interpretados
6)	Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente				x	
7)	Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa		x			
8)	Representação dos participantes e das suas vozes	x				Encontrados excertos de respostas de ambos os participantes
9)	Aprovação por comitê de ética	x				O estudo apresenta aprovação das comissões de ética
10)	Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	X				
Valor absoluto		8				

De acordo com a tabela acima, a congruência entre a perspetiva filosófica e a metodologia de investigação não é clara. Seria mais relevante se os autores do estudo explicitassem o seu paradigma, pois poderia ter implicações para a compreensão e interpretação em texto.

Não existe uma declaração que possa localizar cultura, e teoricamente os autores do estudo, e não é referenciado a possível influência dos autores na investigação e vice-versa. Contudo os revisores consideram que o estudo cumpre todos os critérios de inclusão, a congruência entre a metodologia e a questão de investigação, a metodologia de investigação e a colheita de dados, a metodologia e a análise dos dados, a interpretação dos achados, a aprovação ética, a congruência entre as conclusões e a análise e interpretação dos dados.

Decisão

Inequívoco [ x ] Credível [   ] Indefinido [   ]

Fundamentação:

O artigo constitui um bom contributo para a RIL, uma vez que apresenta os elementos que os enfermeiros identificam como facilitadores ou como obstáculos no desempenho das suas funções, nos cuidados de saúde primários, como enfermeiros de saúde familiar.

Como obstáculos identificam as deficientes condições físicas dos espaços e os recursos humanos insuficientes, o excesso de procura de cuidados de enfermagem, o frágil vínculo profissional e a excessiva carga horária.

Como elementos facilitadores do desempenho da enfermagem familiar: O espírito de trabalho de equipa, o bom relacionamento interpessoal, o reconhecimento dos gestores pelo trabalho desenvolvido e o bom relacionamento com as famílias e comunidades onde exercem a sua profissão.

**Quadro 9** - Extração de dados do Artigo 2 (continua)

Objetivo do estudo	Identificar os elementos que contribuem para a redução e aumento das cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam no Brasil (Estratégia de saúde da família).
Método	Metodologia qualitativa através da realização de entrevistas semiestruturadas, observação e estudo documental.
Fenómeno de interesse	O estudo refere que o Brasil tem um sistema de saúde subfinanciado, num país de grandes dimensões e com muitas desigualdades regionais.  No estudo identificaram-se os elementos que contribuem para o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros de saúde familiar, e os elementos que contribuem para a diminuição da carga de trabalho.

(conclusão)

	Como aumento da carga de trabalho, o aumento da procura de cuidados associado a um aumento da população vulnerável, o excesso de burocracias consideradas desnecessárias e não sentidas como fazendo parte das competências do enfermeiro e a má gestão a nível municipal e central nas tomadas de decisão. Como facilitador o bom trabalho de equipa, boa comunicação, recursos humanos suficientes, boa rede de apoio e boa gestão de equipas.
Contexto de cuidados	Cuidados de saúde primários e comunidade
Origem geográfica	Brasil (36 equipas de enfermagem de 5 regiões: Florianópolis, Rio de Janeiro, Natal, Belém e Brasília)
Origem cultural	Brasil
Participantes	40 Enfermeiros de saúde familiar
<p><b>Conclusões do autor</b></p> <p>Os elementos relativos à sobrecarga no desempenho profissional são os déficits existentes nas estruturas físicas, recursos humanos e materiais que condicionam as condições de trabalho, as deficientes relações interpessoais, a gestão das unidades, o aumento de solicitações de trabalho na visita domiciliária e a falta de formação avançada. A sobrecarga de trabalho conduz à insatisfação dos profissionais, stress, desmotivação e absentismo.</p> <p>Os autores referem que “se há sombras, também há luzes”. Apresentam a motivação e os cuidados de enfermagem com qualidade, quando existe bom relacionamento na equipa, quando recebem o apoio das equipas de gestão e da equipa interdisciplinar. O reconhecimento dos pares e o bom relacionamento com utentes/famílias/comunidade contribuem para o desempenho de cuidados com mais qualidade.</p> <p>Falhas de gestão e as burocracias sentidas como fora do âmbito das competências de enfermagem desmotivam os enfermeiros de família.</p> <p>Apresentam como limitação a pesquisa que envolveu apenas equipas de Saúde da Família consideradas como referência para gestores locais, sugerindo novas investigações em diferentes unidades de saúde familiar. Sugerem reformulação de políticas de saúde, com a finalidade de melhorar o desempenho dos enfermeiros de saúde familiar, melhorando a resposta às solicitações de cuidados de enfermagem da população.</p>	
<p><b>Comentário dos revisores</b></p> <p>Os enfermeiros de saúde familiar são a equipa de referência para o desempenho de cuidados de enfermagem à família e comunidade. Devem desempenhar as suas funções com os recursos materiais e humanos necessários. O excesso de burocracia e a tomada de decisões da gestão entendida como desnecessária e não compreendida, dificultam o trabalho das equipas. A formação especializada é fundamental para a qualidade dos cuidados às famílias. A boa relação entre equipas da rede de apoio, equipas interdisciplinares e gestores contribuem para motivação profissional e planeamento do trabalho com eficácia. Quando se reúnem estas premissas, os enfermeiros melhoram a qualidade de trabalho, obtendo-se ganhos em saúde.</p>	

**Quadro 10** - Identificação das Categorias do Artigo 2 (continua)

Nome	Elementos que contribuem para aumento carga de trabalho do ESF	
Descrição   Ilustração no txt	Menos experiência e formação profissional	“FHS teams that have nurses with more experience and higher level of schooling have more satisfactory results in relation to the requirements of the care model, such as accessibility, longitudinality, coordination capacity and comprehensive care to families and communities.” (Achado p. 154)
	Insuficientes recursos técnicos e materiais	(…deficiencies in the physical structure and lack of materials, that means deficits and deficiencies in the work instruments...when the performance is limited, it brings feelings of sadness and powerlessness, generating discouragement and dissatisfaction, as disclosed by the nurses in this study.” (Achado p. 154)
	Aumento da procura de cuidados de enfermagem	“The excess of demand associated with quantitative labor force deficits have emerged as key elements in increasing workloads. These two aspects result in: the accumulation of functions that nurses perform in addition to care, often being a reference for the operation of the HU; the overestimated territory and the workforce deficit, related to having to take on the work of coworkers; the complexity of the population’s health demands and the difficulties in meeting users’ expectations.” (Achado p. 154)
	Desmotivação	“The excessive number of activities performed by nurses can trigger a series of processes involving frustration and stress, and stressed workers are more susceptible to work-related accidents and occupational diseases related to psychological disorders, such as depression, anxiety and altered sleep patterns, which result in reduced productivity and high absenteeism rates. Excessive demands constitute a stressor factor that makes workers more demotivated.” (Achado p. 154)

(continuação)

	Dificuldade na Gestão de equipas	“Management problems also generated increased workloads. These problems interfere in the resolutivity of care, in the organization modes and work management and in aspects of working conditions, such as excessive working hours... froze public spending for 20 years, greatly affecting the historically underfunded SUS. The consequence of this normative may be cutbacks in employment contracts, and professionals will have to treat a growing population with the same resources.” (Achado p. 154)
Nome	<b>Elementos que contribuem para a diminuição da carga de trabalho do ESF</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Gestão de equipas com qualidade	“The cooperation, collaboration and division of responsibilities in teamwork contribute considerably to the improvement of the work process and stimulate professionals to face their difficulties based on the specificities of each one...This finding refers to the recognition that the organization and relationship modes have an impact on the workforce, especially on the workers’ health.” (Achado p. 155)
	Bom relacionamento na equipa	“Teamwork does not always mean working in a harmonious way; the differential lies in transforming conflicts into growth, knowing how to work with differences of ideas or behaviors and, therefore, acting professionally in the presence of conflicts. Thus, a good relationship emerged as a workload reducer and a mediator of the participants’ work difficulties.” (Achado p. 155)
	Gestão dos cuidados através de projetos	“Care and therapeutic projects are shared and contribute to improve the actions’ resolutivity. This matrix support was also mentioned as a positive aspect in another study, considering it as a support for teams to solve problems, assisting users and minimizing the demand for specialized care.” (Achado p. 155)
	Sentimento de pertença	“Work affinity and bonding contribute to reducing workloads. Affinity makes it possible to look at the work and see oneself as an integral and important

(conclusão)

		part of result achievement, which contributes to the reduction of WL.” (Achado p. 155)
	Rede de apoio	“To rely with other health care services and know that they will perform their role effectively and safely, contributes to the consolidation of trust between professionals and users and ensures the quality and continuity of care.” (Achado p. 155)

**Quadro 11-** Resultados do Artigo 2 (continua)

Resultado	Categorias	Resultado sintetizado
<b>Elementos que contribuem para aumento carga de trabalho do ESF</b>		
“The lack or precariousness of materials and instruments can negatively influence care, generate rework, as well as affect the worker-user relationship.” (Achado p. 151)	Insuficientes recursos técnicos e materiais	Deficientes recursos técnicos e materiais podem influenciar negativamente a qualidade dos cuidados e a relação entre o profissional e os utentes.
“...important element causing the increase in WL is the excessive demand in the HU, together with the complexity of health needs and the significant number of users living in socially vulnerable situations.” (Achado p. 151)	Aumento da procura de cuidados	Procura excessiva de cuidados de enfermagem com um nível elevado de complexidade de pessoas mais vulneráveis.
“The nurses report the numerical staff deficit as a generator of their WL increase. This is aggravated by the lack of commitment of some professionals who fail to perform their assigned work activities due to absence, neglect or demotivation, which leads some nurses to end up doing the work of coworkers and those tasks that are “nobody’s work”.” (Achado p. 151)	Desmotivação	Falta de recursos humanos e pouco empenho dos enfermeiros (por ausência, descanso ou desmotivação) determina que os restantes façam o trabalho que lhes compete mais o trabalho dos que se encontram ausentes.
“The excess of duties, including those that are not the nurse’s responsibility, such as, for example, bureaucratic activities in a BHU, even though the unit has a manager hired fr		Excesso de tarefas burocráticas sentidas como fora da competência da enfermagem.

(continuação)

<p>this function, combined with care and educational activities, have an impact on both the work and health of nurses.” (Achado p. 152)</p>		
<p>“...professionals consider that the working hours are very high, due to the intensity of the workday...” (Achado p. 152)</p>		<p>Elevada carga horária, dada a intensidade do trabalho.</p>
<p>“Management failures, both at municipal and higher level of health system, are among the relevant reasons for the increase in WL. The failures are related to the lack of professionals in the teams, the work demands by managers, which are often considered unnecessary, but also the absent of decision making by managers.” (Achado p. 152)</p>	<p>Dificuldade na gestão de equipas</p>	<p>Falhas de gestão a nível do município e a nível central, nomeadamente na falta de recursos humanos, no excesso de trabalho solicitado por estes e entendido como desnecessário e, ausência de tomada de decisões pelos mesmos.</p>
<p>“The nurses reported feeling anxious while trying to perform all the necessary tasks and having difficulties in performing the requested ones and those they consider important.” (Achado p. 152)</p>	<p>Ansiedade</p>	<p>Ansiedade no desempenho das suas tarefas fundamentais, por não terem capacidade de resposta às solicitadas que também consideram importantes.</p>
<p><b>Elementos que contribuem para a diminuição da carga trabalho do ESF</b></p>		
<p>“Collaborative teamwork, with the joint commitment of all participants and action planning, contributes to the adequate function of the work in the FHS, making it more effective and enjoyable.” (Achado p. 152)</p>	<p>Gestão de equipas com qualidade</p>	<p>Trabalho de equipa colaborativo, com dedicação e planeamento é mais eficaz e satisfatório.</p>
<p>“For all workers to be able to work in a health care team and perform their tasks adequately are necessary good interpersonal relationships and good communication.” (Achado p. 152)</p>	<p>Bom relacionamento na equipa</p>	<p>Boas relações interpessoais entre equipas e a boa comunicação contribuem para uma melhoria na qualidade dos cuidados.</p>
<p>“Positive bonding with the users contributes for them to feel part of the process, facilitating the therapeutic action and responding better to treatments and guidelines.” (Achado p. 153)</p>	<p>Integração da família no processo terapêutico</p>	<p>A criação de laços e o sentimento de pertença entre enfermeiros e famílias cuidadas, facilita os cuidados de saúde e promove uma melhor resposta aos tratamentos.</p>

(conclusão)

<p>“The adequate function of care networks and the resolutivity in the actions positively influence the quality of care provided and the satisfaction of users and professionals, contributing to the reduction of WL.” (Achado p. 153)</p>	<p>Boa rede de apoio</p>	<p>Funcionamento adequado das redes de apoio.</p>
<p>“When nurses feel part of the work process and “like what they do”, daily work becomes “lighter” and, apparently, simpler.” (Achado p. 153)</p>	<p>Sentimento pertença na equipa</p>	<p>Enfermeiros com sentimento de pertença na equipa sentem o trabalho mais facilitado.</p>
<p>“In order to nurses perform a good quality work, the support from colleagues, users and managers from all governmental levels is necessary, and these types of support are important to reduce the WL. The manager should be the one who facilitates the process and contributes to the planning and organization of work.” (Achado p. 153)</p>	<p>Gestão com qualidade</p>	<p>Gestores devem efetuar o seu trabalho com qualidade para que a equipa se sinta coesa, com apoio de todos e com planeamento eficaz.</p>
<p>“...the instruments. These, when present at adequate amounts and of good quality, become allies and contribute to facilitate the care and management process.” (Achado p. 153)</p>	<p>Gestão de cuidados através da elaboração de projetos</p>	<p>As existências de instrumentos de trabalho com qualidade facilitam o processo de cuidados e a gestão dos serviços.</p>

## 5.5 - DISCUSSÃO

Em seguida apresenta-se a discussão dos resultados que se obtiveram no presente estudo.

Neste estudo, sublinhamos o papel do enfermeiro de família como elemento facilitador, que se constitui como um recurso estratégico na procura da satisfação dos cuidados à família e comunidade.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2017), além da procura da satisfação da família enquanto cliente de cuidados, capacita-a para a promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional conseguida através do desempenho da prática clínica com qualidade. A mesma deve ser desenvolvida de forma colaborativa, influenciando a mudança na família para comportamentos saudáveis, promovendo a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Outro elemento facilitador, é a existência de condições físicas adequadas e recursos humanos suficientes que permitam todo o potencial no desempenho do seu trabalho, evitando a desmotivação, o stress e o absentismo.

O bom relacionamento entre os profissionais, comunicação adequada e o sentimento de pertença são o reflexo da qualidade da gestão de equipas. No mesmo sentido, a relação terapêutica do enfermeiro com a família e a comunidade, através da gestão de recursos e da articulação com uma rede de apoio bem organizada, permitem alcançar os objetivos que foram delineados pelas famílias alvo da intervenção. Deste modo, o enfermeiro deve reunir competências essenciais, tais como a comunicação, empatia, pensamento sistémico e apetências na área da gestão.

De acordo com o Regulamento 428/2018 de 16 julho de 2018, referente às competências específicas do EEESF, estabelece uma relação com a família, colhe dados e desenvolve a sua prática clínica com competências na avaliação da dinâmica familiar, suas crenças, cultura, coesão, interação com o ambiente, identificação de recursos, mobilizando técnicas motivacionais, instrumentos de avaliação, de comunicação terapêutica, utilizando o pensamento sistémico, de forma colaborativa com a família, tendo como finalidade o planeamento das intervenções de enfermagem.

Desta forma os resultados transmitem satisfação para os utentes e famílias, com ganhos traduzidos na diminuição da ansiedade e stress dos mesmos. A motivação, a satisfação profissional e o reconhecimento da comunidade que recebe os cuidados de enfermagem,

transmitem sentimentos positivos para a equipa e para a comunidade, com implicação na promoção da saúde e prevenção da doença, obtendo redução de custos para todos os intervenientes.

Segundo Neves (2021), os custos atribuídos ao impacto do sofrimento e desequilíbrios familiares, não se centrando apenas na pessoa mas em todo o sistema, são reduzidos aquando da intervenção sistémica na abordagem familiar, que deve ser implementada nos cuidados de saúde primários.

Os programas de ensino avançado com a formação especializada na área da saúde familiar, a experiência pessoal e profissional e a forma como a instituição se encontra organizada, são imprescindíveis para o desempenho da prática clínica eficiente e com eficácia. Os estudos apresentam diversos modelos organizacionais e educacionais de intervenção de enfermagem de saúde familiar com ganhos na gestão de recursos. Estes modelos, já implementados em vários países, permitem colmatar a dificuldade em gerir o aumento da procura dos cuidados de enfermagem, principalmente pelos grupos mais vulneráveis da população.

Gouveia-Pereira & Miranda (2021) referem que, qualquer profissional com habilitação académica nas áreas das ciências humanas e da saúde, que demonstre curiosidade pela abordagem sistémica, pode desenvolver competências básicas na intervenção familiar. Esta prática permite uma melhor avaliação e compreensão para intervir inicialmente e/ou orientar para um especialista, nomeadamente um psicólogo ou terapeuta familiar.

Os mesmo autores referem que, sabendo que o enfermeiro de família acompanha o processo de saúde/doença, ao longo do ciclo vital da família, posiciona-se como a pessoa que melhor conhece o utente e família, para questionar acerca da forma como lida com o problema/sintoma, em que momento do ciclo vital familiar surgiu e o que significa para ele e para a sua família.

Relativamente aos elementos que limitam a prática da enfermagem de saúde familiar, os estudos referem a dificuldade dos enfermeiros em manter o foco na família como alvo de cuidados, caindo na tendência em intervir no utente e na doença, apesar de terem adquirido competências específicas para tal. Sugerem ainda o acompanhamento, definindo indicadores de desempenho, por parte do gestor, de forma a monitorizar e avaliar a prática de enfermagem de família, para melhorar a qualidade dos cuidados.

De acordo com Neves (2021), médicos e enfermeiros de família mantêm a sua prática profissional focada num elemento da família, de forma individual, não no sistema familiar,

apesar de grande número de solicitações de cuidados de saúde atribuídos a queixas de ordem física, estarem associados a fatores biopsicossociais e aos contextos onde o sistema familiar se encontra.

Outra limitação é a inadequação dos sistemas informáticos, que não permitem a parametrização dos dados mínimos sistematizados, o que facilitaria os processos de análise, e cuja avaliação permitiria verificar a mudança de comportamentos em saúde familiar.

A eficácia destes processos contribuiria para que os gestores pudessem definir os recursos humanos suficientes para a necessidade de cuidados, apoiaria as tomadas de decisões nas políticas de saúde e forneceriam informação para a adequação dos indicadores de saúde nas diferentes comunidades, nos diferentes intervalos de tempo e nas diferentes áreas geográficas, o que promoveria a optimização das intervenções onde e quando estas pudessem ser mais necessárias.

A consulta de enfermagem é a ferramenta base do desempenho do enfermeiro, e deve ser efetuada com eficácia. Para tal a mesma necessita de uma estrutura bem definida, de fácil implementação, com tempo mínimo de execução definido, com registos sistematizados para a elaboração de um bom processo de enfermagem e que este possa produzir resultados para análise de comparação e tradução de ganhos em saúde.

Nos estudos verifica-se também como limitação o aumento da carga horária de trabalho e os vínculos às instituições serem precários. Relativamente à carga de trabalho dos enfermeiros de saúde familiar, é mais sentida quanto menos experiência profissional e menos formação os profissionais apresentarem. As falhas de gestão, com inadequado planeamento dos cuidados de enfermagem, que se traduzem num alargamento do horário de trabalho, e as burocracias que não pertencem às competências do enfermeiro, mas sim a outros elementos da equipa de saúde, promovem sentimentos de insatisfação uma vez que retiram tempo para as intervenções de enfermagem que deveriam ser efectuadas, conduzindo à desmotivação e angústia nos profissionais.

A acumulação de cargos de gestão das unidades com a atribuição do ficheiro do enfermeiro de família cumulativamente, poderá reflectir-se na qualidade dos cuidados, pondo em causa a segurança do utente. Por consequência, o enfermeiro poderá desenvolver sentimentos de depressão, ansiedade e redução da produtividade.

O subfinanciamento nos sistemas de saúde e a grelha salarial sentida como insuficiente, associado ao aumento de horas semanais de trabalho, não contribuem para a satisfação profissional do enfermeiro de família.

Nos resultados do estudo, relativo à prática da enfermagem de saúde familiar, os enfermeiros de família deparam-se com elementos facilitadores e obstáculos às suas intervenções em consulta de enfermagem de saúde familiar. O que responde aos dois primeiros objetivos específicos do trabalho de investigação. No que diz respeito ao terceiro objetivo - Quais as intervenções mais eficazes na promoção da consulta de enfermagem, salienta-se a escassa referência à forma como organizam a consulta. No entanto referem a existência de modelos de intervenção em vários países, com resultados positivos e com ganhos em saúde. Os enfermeiros mantêm dificuldade em fazer referência objetiva à sua prática profissional, nomeadamente na referência aos modelos de intervenção e avaliação que os enfermeiros de família desenvolvem, a utilização de protocolos, a abordagem sistémica, entre outros. Esta circunstância vai ao encontro de Machado (2004), que refere a dificuldade, na profissão de enfermagem, em descrever como intervém, o que faz, como faz, como demonstra os resultados, que teorias e modelos de enfermagem se apoia, de modo a dar visibilidade aos ganhos em saúde.

## 5.6 - IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Na resposta à questão de investigação “Qual a percepção dos enfermeiros na promoção da consulta de Saúde Familiar?”

Não limitando a promoção da consulta de Saúde Familiar apenas aos gestores das unidades, parece mais pertinente que a intervenção seja também iniciada por cada enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar na sua unidade de saúde. Importa refletir sobre o bom desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, investir na formação pessoal e académica, de modo a implementar a consulta de enfermagem de saúde familiar com qualidade. A formação especializada permite, na consulta de enfermagem, a condução de conversas terapêuticas bem estruturadas, com abordagem sistémica, potenciando resultados eficazes. As próprias características pessoais e empenho na formação permitem dar mais confiança no seu desempenho e alcançar resultados com eficácia.

As equipas coesas e com bons relacionamentos demonstram sentimentos positivos e motivação. Condições de trabalho, valorização da profissão e redes de apoio bem organizadas são facilitadoras para o desempenho do enfermeiro especialista.

De acordo com o Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, deve o enfermeiro promover uma cultura organizacional, formação e investigação interpessoal para a melhoria da gestão do sistema de cuidados da saúde da família. O mesmo deve utilizar sistemas de informação e tecnologias para a melhorar resultados de saúde familiar.

A consulta de enfermagem de família incide na entrevista sistémica. A utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, a elaboração de projetos da enfermagem de saúde familiar, protocolos bem elaborados, e estabelecimento de programas digitais bem estruturados e intuitivos, são as intervenções recomendadas para a realização da consulta de enfermagem de saúde familiar.

Tais ferramentas permitem utilizar estruturalmente as teorias de enfermagem e o conhecimento baseado na evidência, facilitando o processo de enfermagem para a implementação de intervenções colaborativas com as famílias.

Este processo permite o acompanhamento, monitorização e resultados de ganhos em saúde, que dão visibilidade ao trabalho, ao mesmo tempo que fomentam a investigação, apoiam a gestão na implementação de recursos e permitem a avaliação para futuras correções.

Pretende-se efetuar a divulgação deste estudo aos enfermeiros das unidades funcionais do ACES ON, constituindo desta forma um instrumento na área de investigação em enfermagem de saúde familiar que poderá servir de incentivo e sensibilização a esta temática cada vez mais atual.

A apresentação do mesmo poderá realçar o papel da família e a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar nos cuidados de saúde na população portuguesa, proporcionando uma reflexão sobre o desempenho profissional na consulta de enfermagem familiar.

A reter, fica um repto lançado para um futuro trabalho sobre formação no âmbito da intervenção sistémica na consulta de enfermagem de saúde familiar. Área que despertou à autora curiosidade e motivação para mais enriquecimento sobre esta temática.

## 5.7- LIMITAÇÕES NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Como apresentado anteriormente, foi efectuada a análise dos artigos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, a avaliação crítica e metodológica segundo JBI (2014) citado por Apóstolo (2017), para a categorização dos estudos, compreensão da qualidade e

sua fiabilidade. Estas etapas permitiram proceder à extração dos resultados, proceder à análise e discussão dos mesmos, de forma a responder à questão de investigação.

Verificou-se que a evidência científica que se obteve é escassa, obtendo-se uma resposta parcelar à questão de investigação e aos objetivos definidos.

O reduzido número de estudos selecionados e analisados, acerca da percepção do enfermeiro especialista sobre a consulta de enfermagem de saúde familiar, evidencia uma escassa abordagem científica sobre o tema. A inexistência do conceito de consulta de enfermagem de saúde familiar nos descritores do *MeSH* evidenciam também a dificuldade em trabalhar esta temática.

Os estudos encontrados são maioritariamente oriundos do Brasil e Europa e diferem relativamente ao contexto onde se inserem. Estudos realizados em diferentes países podem traduzir resultados com diferença significativa, nomeadamente nas políticas de saúde, nas condições de saúde e nos diferentes valores culturais. As diferenças de programas académicos para a obtenção da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar também diferem de país para país.

Outra limitação do método utilizado neste estudo, prende-se com as variáveis incontrolláveis como a idade, o sexo, estado civil, condições de trabalho, relação entre colegas de equipa e com as equipas de gestão. Características que podem influenciar a percepção do enfermeiro de família quanto ao seu desempenho. A existência de diferentes atitudes, consoante o local de trabalho e o contexto onde se insere a comunidade, reforça a pertinência de um estudo acerca da percepção do enfermeiro especialista na consulta de saúde familiar, no contexto Português.

A complementaridade de investigação poderá dar a conhecer, com maior robustez, outros factores positivos e negativos na promoção da consulta de enfermagem.

Nas bases de dados utilizadas, não se conseguiram identificar artigos sobre esta temática que tenham sido realizados em Portugal.

## CONCLUSÃO

O presente relatório descreve o percurso do estágio de aprendizagem, fundamentação teórica, reflexão crítica da aquisição de competências específicas sobre a prática dos cuidados de enfermagem especializados da enfermagem de saúde familiar, assim como a apresentação de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre a percepção dos enfermeiros na promoção da consulta de enfermagem.

O contributo enriquecedor do local e contexto onde foi realizado o estágio, permitiu o crescimento pessoal e profissional nas várias dimensões do saber ser e saber fazer.

O encadeamento da concepção dos modelos e teorias de enfermagem associadas ao conteúdo lecionado no Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, permitiram, à autora do presente estudo alcançar competências específicas, apoiando a prestação de cuidados à família com qualidade, numa base de evidência científica.

No que concerne ao capítulo da investigação, atingiram-se os objetivos definidos para a questão de investigação referente à percepção dos enfermeiros sobre a promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar, e para tal foi apresentada uma fundamentação teórica a sustentar este estudo.

O supracitado capítulo de investigação permitiu a análise de factores influenciadores da consulta de enfermagem como o percurso experiencial do enfermeiro, a formação avançada, os recursos e a gestão das unidades como eixos estruturantes na conceção e eficiência da prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários.

A família enquanto unidade sistémica, relacional, com valores, conhecimentos e práticas, inserida num determinado contexto, necessita de intervenção de enfermagem especializada ao longo do seu percurso de vida. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar para desempenhar a sua função necessita, além das competências específicas, de treino e processos de ação-reflexão-ação das práticas na consulta de enfermagem, mobilizando variadas áreas de conhecimento.

A consulta de enfermagem é a estratégia de aplicação do processo de enfermagem, que inclui de forma estruturada, a decisão clínica após o estabelecimento da relação terapêutica e colaborativa com o cliente (utente, família, comunidade), a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, com necessidade recursiva, com avaliação de resultados e a redefinição de novas intervenções.

No entanto, a prática clínica de enfermagem desenvolvida nas USF e UCSP, nos cuidados de saúde primários, ainda não se sustenta na concepção da família como alvo de cuidados. Para que existisse a mudança de paradigma, em todas as unidades funcionais o enfermeiro seria responsável por um ficheiro de um determinado número de famílias, ao qual seria o gestor dos cuidados de enfermagem prestados. Tal situação depende de medidas nas políticas de saúde, estratégias do Serviço Nacional de Saúde e das próprias instituições onde se exerce a profissão.

Como sugestões, nas políticas de saúde a criação de um Programa Nacional de Saúde Familiar com a definição de metas e estratégias interventivas nas famílias, integrado nos Programas Nacionais de Saúde já existentes.

Sugerem-se também indicadores de resultado da intervenção de enfermagem de saúde familiar, a serem monitorizados e avaliados para demonstração de ganhos em saúde. As unidades de saúde deveriam ter a obrigatoriedade de declarar objetivamente qual o nível de prática de enfermagem de família que exercem e apresentarem os indicadores de resultado no IDG.

Pretende-se, por parte das instituições, que se possa proporcionar formação contínua nas técnicas de intervenção familiar sistémica, como ferramenta terapêutica, durante o percurso profissional, uma vez que isso seria uma mais valia para a população, demonstrando ganhos em saúde.

A consulta de enfermagem organizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, influencia o método de intervenção à família, a consciência das problemáticas, as motivações e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, é imprescindível que tal metodologia seja um requisito para que as unidades de saúde possam dar uma resposta efetiva à sua população.

Nas unidades de saúde é necessário que as estruturas físicas reúnam condições para a concretização da consulta de enfermagem, de forma personalizada, com possibilidade de ser contínua e com privacidade. Também seria vantajoso a existência de protocolos de consulta com a implementação de um modelo conceptual, orientador e facilitador do processo de enfermagem à família.

A realização de mais estudos de investigação na área de enfermagem de saúde familiar seria outra forma de contribuir para maior conhecimento, melhor metodologia e fornecer mais instrumentos de trabalho além da promoção da reflexão crítica para a prática de cuidados com excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica. Coimbra. Quarteto Editora.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Portugal: Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- DECRETO-LEI Nº 95/2019 DE 4 SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 169 (2019). Lei de base da saúde. Acedido a 12 de dez. 2022. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- DECRETO-LEI Nº 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 73 (2017). Alteração ao Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Acedido a 12 de dez. 2022. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- DECRETO-LEI N.º 118/2014 de 5 DE AGOSTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República, I série - No 149 (2014). Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118\\_2014\\_EnfFamilia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf)
- DECRETO-LEI Nº 298/2007 DE 22 AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 201 (2007). Acedido a 6 de jun. 2022. Disponível [www.dr.pt](http://www.dr.pt)
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável de tod@s para tod@s. Acedido a 22 de maio 2022. Retrieved from: [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Ferreira, E. S. (2021). Escola de Milão. In Gouveia-Pereira & Miranda. Manual de Terapia Familiar (pp. 17-29). Lisboa. Edição PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Figueiredo, M. H. (2022). Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar - Estudos de caso. Almargem do Bispo. Lusodidacta.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gottlieb, L. (2016). O cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e cura para a pessoa e família. Loures. Lusodidacta.
- Gouveia-Pereira, M., Miranda, M. (2021). Terapia Familiar Estrutural. In Gouveia-Pereira & Miranda. Manual de Terapia Familiar (pp. 31-42). Lisboa. Edição PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- (IFNA) Internacional Family Nursing Association (2015). Declaração de posição sobre competências do enfermeiro generalista na prática de cuidados à família. Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- (INE) INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2021). Censos 2021. Acedido a 16 de jun. 2022. Retrieved from:file:///C:/Users/cscrp/Downloads/16\_Censos\_Provis%C3%B3rios\_Corrigido.pdf
- International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). 2019. Acedido a 18 de fev. 2023. Retrieved from: [https://neuronsong.com/\\_/sites/icnp-browser/#/](https://neuronsong.com/_/sites/icnp-browser/#/)
- Machado, N.J.B., (2004). A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000 - Análise numa perspectiva histórica. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em 12 de jan. de 2022. Retrieved from: file:///C:/Users/cscrp/Downloads/5362\_TM\_01\_P%20(1).pdf
- Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing: development and progress. 5.ª Edition. Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York. Spring Publishing Company.
- Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Guia de decisão clínica. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). Investigação em Enfermagem - Teoria e prática. Lisboa. Lidel: Edições Técnicas, Lda.

- Neves, A. L. (2021). Intervenção Familiar Sistémica nos CSP. In Gouveia-Pereira & Miranda. Manual de Terapia Familiar (pp. 213-223). Lisboa. Edição PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019), Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas. Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: [.oecd-ilibrary.org/docserver/75b2eac0-pt.pdf?expires=1679685602&id=id&accname=guest&checksum=4F632FC7B4DEFB87343E3F6C119F820A](https://oecd-ilibrary.org/docserver/75b2eac0-pt.pdf?expires=1679685602&id=id&accname=guest&checksum=4F632FC7B4DEFB87343E3F6C119F820A)
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021 - Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem. Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II série, nº 26 (2019). Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar. Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Acedido a 6 de jun. 2022. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e Enunciados Descritivos. Acedido a 12 de dez. 2022. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Acedido a 12 de nov. 2022. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
- Regulamento nº 613/2022 de 8 julho. Regulamento que define o acto do enfermeiro. Diário da República Série II, nº 131 (2022). Acedido a 12 de dez. 2022. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26825/regulamento\\_6132022.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26825/regulamento_6132022.pdf)
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República Série II, nº 184 (2019). Acedido a 6 de jun. 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República Série II, nº 26 (2019). Acedido a 6 de jun. 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II série nº 135 (2018). Disponível em <https://dre.pt>
- Relvas, A., Major, S. (2017). Avaliação familiar: funcionamento e intervenção. vol. 1. Imprensa da Universidade de Coimbra. Acedido a 7 de jan. 2023. Retrieved from: <https://estudoger.al.uc.pt/bitstream/10316/41517/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Familiar.pdf>
- Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses Sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 27 (Texto - enferm., 2018 27) (2). Acedido a 5 de jan. 2023. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNs9n4dmCkjRSJVDvyVCyFz/?format=pdf&lang=pt>
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2022). BI CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 8 de jun. 2022. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2022). BI CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. USF Rafael Bordalo Pinheiro. Acedido a 8 de jun. 2022. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/2100693/Pages/default.aspx>

- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2022). BI CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - IDG. Acedido a 8 de jun. 2022. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2022). BI CSP Administração Central do Sistema de Saúde, IP - Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. Acedido a 8 de jun. 2022. Retrieved from: [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao\\_CSP\\_2022\\_VF.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf)
- SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. (2022). MIM@UF. Acedido a 8 de jun. 2022. Retrieved from: <http://siarsmuf02.arslvt.min-saude.pt/microstrategy/asp/Main.aspx>.
- Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro. (2021). Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro. Caldas da Rainha.
- Wright, L. & Leahy, M. (2012). Enfermeiras e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª edição. São Paulo. Roca.

## **APÊNDICEG**

**APÊNDICE I**

**APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR  
E PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Relatório de Estágio: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**

Paula Castro

Leiria, julho 2022

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Relatório de Estágio: Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e  
Intervenção Familiar e Processo de Enfermagem**

**Ano letivo 2021/2022**

Paula Castro 5210037

Ensino clínico

Professora Orientadora: Professora Doutora Clarisse Louro

Leiria, julho 2022

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVD's - Atividades de vida diárias

CHO-CR – Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVF - Ciclo vital da família

EUA - Estados Unidos de América

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

USF RBP - Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro

## **ÍNDICE**

<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>iv</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>v</b>
<b>1. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....</b>	<b>vi</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.....	vi
1.2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	viii
1.3. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO.....	xiv
1.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	xvii
<b>2. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>xxi</b>
2.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL.....	xxi
2.2 DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO.....	xxii
2.3 DIMENSÃO FUNCIONAL.....	xxii
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>xxviii</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>xxviii</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Identificação dos membros da família.....	vi
<b>QUADRO 2</b> – Plano de Cuidados da Habitação.....	xxii
<b>QUADRO 3</b> – Plano de Cuidados do Papel do Prestador de Cuidados.....	xxii
<b>QUADRO 4</b> - Plano de Cuidados do Processo Familiar.....	xxiii
<b>QUADRO 5</b> – Plano de Cuidados - <i>Coping</i> Familiar.....	xxiv

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - Genograma da família A.....	ix
<b>FIGURA 2</b> - Genograma da família com os vários tipos de relacionamentos.....	x
<b>FIGURA 3</b> – Ecompa.....	xi
<b>FIGURA 4</b> - Escala de Graffar.....	xii
<b>FIGURA 5</b> - Avaliação da habitação.....	xiv
<b>FIGURA 6</b> - Ciclo vital de Duvall.....	xv
<b>FIGURA 7</b> - Escala de APGAR.....	xix

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, insere-se o Ensino Clínico, sob a orientação da Professora Doutora Clárisse Louro. Para este estágio foi-nos proposto elaborar um relatório explanando as experiências adquiridas na aquisição de competências específicas de enfermagem de saúde familiar, tendo como foco a intervenção numa família pertencente a uma unidade funcional dos cuidados de saúde primários. Nesta intervenção, sistémica e colaborativa, foi descrito o percurso de aprendizagem decorrente da elaboração de um Processo de Enfermagem à família, através da aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, utilizando a linguagem classificada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) no planeamento de intervenções de enfermagem.

Como objetivos gerais foi-nos proposto cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção assim como liderar e colaborar, nos processos intervenção na enfermagem de saúde familiar, através do treino das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar.

Como objetivos específicos foi-nos proposto promover a capacitação na família como um todo, e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições e gerir, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

De modo a alcançar os objetivos e competências propostas no ensino clínico foi selecionada uma família, pertencente ao ficheiro da enfermeira especialista Manuela Oliveira, supervisora do Estágio Clínico, pertencente à Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro. Para tal efetuaram-se as visitas domiciliárias de modo à elaboração do processo de enfermagem.

O relatório encontra-se organizado em dois capítulos: no primeiro é efetuado a aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e no segundo o processo de enfermagem.

## 1. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A eficácia dos cuidados de enfermagem é ilustrada através dos resultados em saúde familiar e encontram-se presentes sempre que são alcançados os objetivos delineados em colaboração com a família. A planificação dos cuidados, baseada na evidencia científica e com satisfação familiar, só é possível se houver a correta aplicação de instrumentos de avaliação familiar. O instrumento de avaliação tem de início a identificação dos membros da família.

### 1.1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

A família avaliada é uma família nuclear e alargada, constituída por JA, casado com FA e constituem o agregado familiar. Têm dois filhos, o LA e a AA. O filho LA é divorciado de AA. Dessa relação teve uma filha (IA) que faleceu aos 19 anos com leucemia. Atualmente LA vive no Estados Unidos da América (EUA). A AA é casada com VS e tem dois filhos, o TS e a MS. O TS teve um casamento com SS, divorciaram-se em 2017, e desta relação resultou um filho, o JS. A outra filha chama-se MA, solteira, licenciou-se em arquitetura. A família do estudo tem uma cuidadora (OK).

O quadro seguinte (Quadro 1) apresenta a identificação dos membros da família.

Quadro 1 – Identificação dos membros da família (continua)

Siglas	Género	Data Nascimento	Idade	Papel Familiar	Escolaridade	Profissão	Antecedentes Pessoais
JA	Masculino	06/12/1032	89	Marido, pai, avô	4º ano	Reformado (Vendedor de combustíveis em Estação Gasolineira)	Diminuição da acuidade auditiva, HTA, dislipidemia.
FA	Feminino	09/09/1933	88	Esposa, mãe, avó	Sem escolaridade	Reformada (doméstica)	Alzheimer, # colo fémur (22/12/2021), arritmia, dependente AVD's,
LA	Masculino	02/05/1958	64	Filho, irmão, tio	9ºano	Limpeza canos águas residuais nos EUA	Problemas de álcool, luto de perda da filha
AA	Feminino	08/02/1960	62	Filha, mãe, esposa, avó, irmã	9º ano	Administrativa	
VS	Masculino	22/06/1959	63	Marido, pai, genro, avô, cunhado	4º ano	Pré-reforma (Chefe de vendas)	<i>Diabetes Mellitus</i>
TS	Masculino	04/09/1982	40	Pai, filho, irmão, neto, sobrinho	Licenciatura Gestão	Empresário de restauração	Dores neuromusculares coluna

(conclusão)

Siglas	Género	Data Nascimento	Idade	Papel Familiar	Escolaridade	Profissão	Antecedentes Pessoais
MS	Feminino	09/01/1991	31	Filha, irmã, neta, sobrinha, prima	Licenciatura Arquitetura		
JS	Masculino	29/10/2014	8	Filho, n e t o , sobrinho	2ºano	Estudante	
IA	Feminina	11/03/1983	Falece u aos 19 anos	Filha, neta	12º ano		Leucemia Óbito
AA	Feminino	Desconhece	62	Nora, tia	Desconhece	Desconhece	Desconhece
OK	Feminino	26/09/1972	49	Cuidadora	12º ano	Empregada doméstica	

Neste sentido foi aplicado o MCAIF para a avaliação de uma família assim como os instrumentos de avaliação; Genograma, Ecomapa, Escala de Avaliação Social de Graffar e Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.

O MCAIF estuda a família como um sistema constituído por vários subsistemas que se influenciam reciprocamente e interagem de forma continua na procura do equilíbrio. Modelo multidimensional que mobiliza conceitos das diferentes teorias; sistema, cibernética, comunicação e mudança, que se focam na interação entre todos os membros da família. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar; estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2011).

O MCAIF subdivide-se por sua vez em subcategorias relacionadas com a dimensão estrutural. A interna, a externa e a de contexto.

A interna recolhe informações sobre: Composição familiar; Género familiar tendo em conta os fatores culturais; Orientação sexual; Ordem de nascimento; Subsistemas familiares; Limites.

A subcategoria externa apresenta a família extensa e subsistemas mais amplos. Por último, a subcategoria onde se identifica o contexto: Etnia; Raça; Classe social; Religião e espiritualidade; Ambiente envolvente.

As subcategorias associadas à dimensão do desenvolvimento informam sobre: Estádios relacionados com o CVF; Tarefas; Vínculos.

As subcategorias da dimensão funcional subdividem-se em: Instrumental, que dizem respeito às atividades de vida diária; Expressiva, que clarifica a comunicação emocional e verbal: Comunicação não-verbal; Comunicação circular; Solução de problemas; Papéis; Influências e poder; Crenças; Alianças e uniões.

## 1.2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural explica a estrutura da família, quem pertence, quais os vínculos entre os elementos, de que modo se relacionam com o contexto onde se inserem (relação com a família alargada e os sistemas mais amplos da comunidade). A avaliação estrutural inclui a dimensão interna, externa e de contexto.

- Estrutura Interna

A família A é composta por JA, reformado, casado com FA, reformada, sendo a **composição da família** a dos dois elementos. Enquadra-se na tipologia de família nuclear. Vivem em Caldas da Rainha e têm dois filhos. O filho LA (64 anos) vive nos EUA. A filha AA (62 anos) casada com VS (63 anos) vivem numa habitação ao lado dos pais. JA do **género** masculino e FA do **género** feminino. No que se refere à **orientação sexual** - são heterossexuais. Relativamente à **ordem de nascimento** inicia-se com a primeira linha geracional: JA é o membro mais velho da família com 89 anos e FA tem 88 anos.

Como **subsistemas familiares** estão presentes o subsistema individual e conjugal.

O subsistema individual corresponde a cada elemento da família com as suas especificidades. JA é autónomo e tem uma relação afetiva, protetora e cuidadora para com a sua esposa FA, portadora de doença de Alzheimer. Por sua vez FA é dependente para todas as atividades de vida diária (AVD's), apresenta alteração cognitiva associada à doença e dificuldade na mobilização devido a uma queda em 22/12/2021, que resultou fratura do colo do fémur à direita. É calma, mas confusa e desorientada no tempo e no espaço, demonstra afeto pelo marido e cumpre as indicações que lhe vão transmitindo para a sua segurança e bem-estar. O subsistema conjugal é composto pelo casal JA (marido) e FA (esposa). Subsistema horizontal com a função de desenvolvimento de limites e fronteiras, base de suporte intra e extrafamiliar, que protegem o casal da intrusão de outros elementos, permitindo espaço para gerir as suas necessidades psicológicas. (Alarcão, 2000). O subsistema conjugal tem fronteiras claras, flexíveis e permeáveis, permitindo que seja possível receber o apoio necessário, respeitando-se a individualidade de cada um.

Relativamente aos limites estes são claros. Os limites são como linhas divisórias que permitem controlar a passagem da informação entre os diferentes subsistemas e entre a família e o meio (Alarcão, 2000). Apresentam uma definição clara dos papéis a desempenhar e permitem a abertura à família e a uma cuidadora (OK), empregada doméstica, para o apoio de que ambos necessitam.

O subsistema conjugal com um elemento dependente de cuidados e o outro na procura da sua autonomia, não deixam de se assumir como subsistema parental, mas agora de filhos

adultos que, apesar de constituírem o subsistema filial, e já não viverem em casa dos pais, são eles que asseguram as necessidades relacionadas com situações de dependência/independência (Alarcão, 2000). No caso particular desta família, a filha assegura as necessidades dos pais, mas com a preocupação pelos gostos e preferências do casal, procurando sempre a simetria comunicacional.

· Estrutura Externa

A Figura 1 representa o genograma da família A. Este instrumento de avaliação familiar é representado por uma árvore genealógica familiar e permite perceber a estrutura da família e os seus problemas. Os membros da família são colocados em séries horizontais e representam a linhagens de geração.

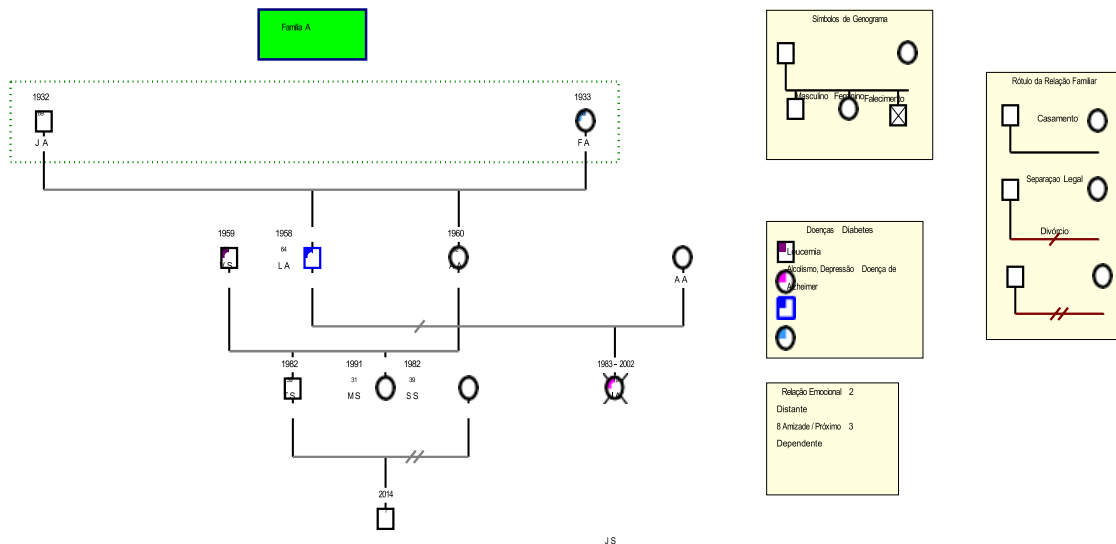


Figura 1 – Genograma da família A

Na Figura 2 o genograma representa os vários tipos de relacionamento entre os membros da família.

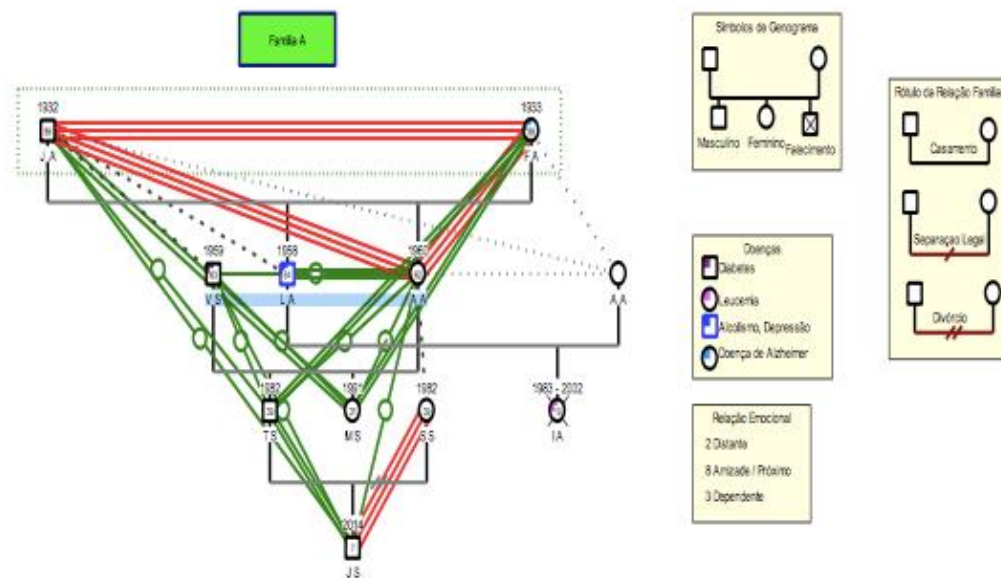


Figura 2 – Genograma da família A com os vários tipos de relacionamentos

De acordo com o genograma da família: é uma família do tipo nuclear, com o JA e a FA no agregado, representado pelo tracejado. Apresentam uma relação de amor entre si. JA apresenta uma relação muito forte com FA pela necessidade de proteção da mesma.

Segundo Wright & Leahey (2011) é importante avaliar a quantidade e o tipo de contato que a família nuclear estabelece com a **família extensa**, para obter informação sobre o tipo de apoio que pode obter. A família tem dois filhos. LA esteve casado e dessa relação nasceu IA. Foi empresário e geriu a sua própria fabrica (produtos alimentares) com sucesso, mas de acordo com a irmã (AA), teve problemas (segredo na família), começou com hábitos de alcoolismo marcado, divorciou-se e perdeu a empresa. A única filha (IA) do casal, que nasceu em 1983, faleceu em 2002, com 19 anos devido a uma leucemia. Atualmente vive nos EUA e tem um emprego precário à noite, deixou de consumir álcool e tem uma relação forte com a irmã. A sua relação de contato com os pais e com a irmã, devido à distância geográfica, faz-se através de videochamadas *online*, com alguma regularidade. LA não tem relação com a ex-mulher. A relação entre pai e filho é por vezes distante. O pai refere, com tristeza, que o filho não soube governar a vida. LA herdou bens imobiliários dos pais, que mais tarde foram retirados por problemas económicos. A filha AA é casada com VS e apresentam uma relação de amor entre si. AA tem uma relação muito forte com a mãe (FA) pois ela apresenta-se como a principal cuidadora. A família tem uma empregada doméstica (OK) que se ocupa das tarefas domésticas e no cuidar de FA, desde a manhã até depois do almoço, e de segunda a sexta-

feira. No período da tarde e da noite, e nos fins-de-semana, é a filha AA que presta os cuidados. A mesma refere que há muito tempo que não sabe o que é ter um dia livre das rotinas necessárias aos cuidados dos seus pais, mas refere fazê-lo com muito gosto. AA e VS têm dois filhos que vivem de forma independente. O filho mais velho, TS, trabalha na restauração como empresário, é divorciado, tem um filho de sete anos e vive na Ericeira. Visita os pais e avós nos fins-de-semana que tem a guarda do filho. A ex-mulher de TS tem uma boa relação com AA e com VS. A segunda filha do casal, MS, solteira, arquiteta, tem a sua própria habitação e visita regularmente os pais e os avós. Ambos os filhos do casal têm uma boa relação com os pais e com os avós.

O Ecomapa permite efetuar a avaliação dos **sistemas mais amplos** da família (instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada) que permitem uma ajuda diferenciada. Com a representação do Ecomapa é perceptível avaliar a existência de recursos, onde existe a falta destes ou onde se encontram limitados.

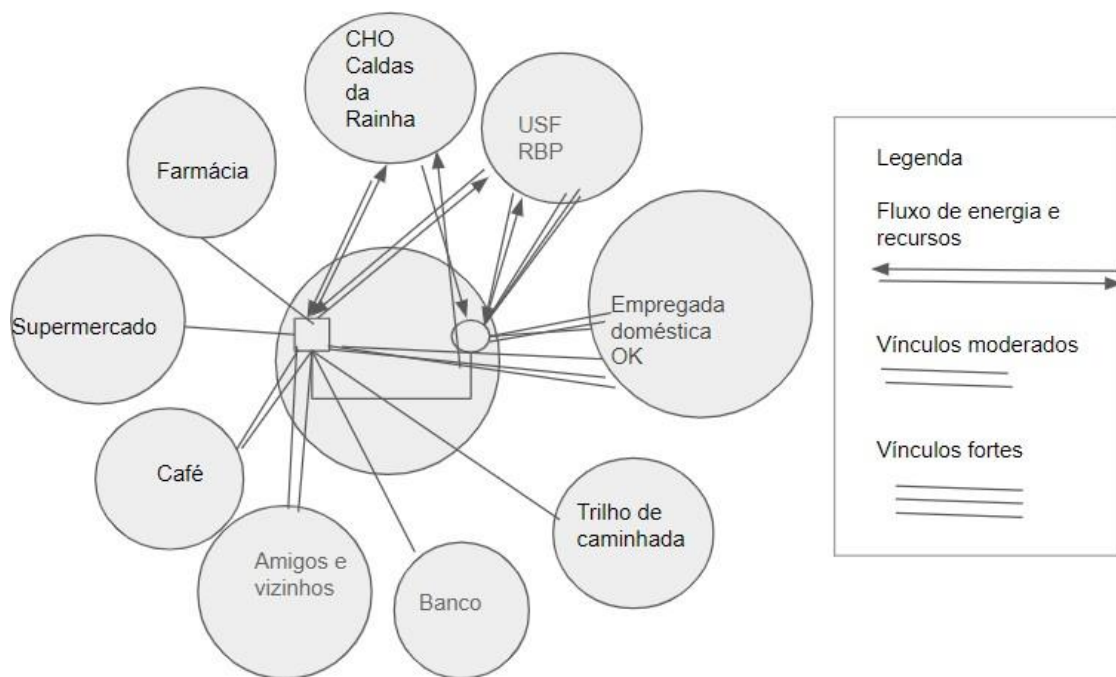


Figura 3 – Ecomapa

Na Figura 3 verifica-se que a FA, pela limitação na locomoção e devido às limitações cognitivas condicionadas pela doença do Alzheimer, tem poucos sistemas de relação. No entanto tem uma relação forte com OK, a empregada doméstica, e tem uma relação forte com a enfermeira da USF RBP, que realiza visitação domiciliária sempre que necessário, demonstrando bom relacionamento e afeto com a mesma. Frequenta a USF RBP e o Centro Hospitalar Oeste - Caldas da Rainha (CHO-CR) para consultas. JA interage com muitos

subsistemas. Apresenta uma boa relação com os amigos e vizinhos, e frequenta o café onde se encontra com os amigos para conversar e ler o jornal. Frequenta o supermercado onde efetua as compras que necessita, vai à farmácia onde adquire os medicamentos e faz caminhadas diariamente, onde tem oportunidade de se cruzar com pessoas que conhece. Vai ao Banco tratar dos seus assuntos financeiros e desloca-se à USF RBP e ao CHO-CR para a realização de consultas de enfermagem e médicas.

A **avaliação estrutural de contexto** inclui a raça, a etnia, religião/espiritualidade, classe social e ambiente. Em relação à **raça**, são de raça caucasiana (fenótipo claro de pele que corresponde ao típico aspeto físico geral da população europeia). A **etnia** representa-se por serem de origem portuguesa. Na **religião/espiritualidade** identificam-se como católicos, mas não frequentam a igreja há muito tempo.

No que se refere à **classe social** foi elaborado a Escala de Graffar (Figura 4). Esta escala é um instrumento da avaliação a nível da estratificação social e é composta por cinco itens (profissão, rendimentos, instrução, condições de alojamento e local de residência). Da soma de pontos que se atribuem nos referidos itens, a família é classificada num determinado nível socioeconómico (classe alta, média alta, média, média baixa e baixa).

De acordo com a escala de Graffar, em sistema SClinico, a família pertence à classe média (pontuação de 16).

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de tipo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Beiró elegante
Médicos industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaços e confortável	Som local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados. Escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Beiró operário/social
Não de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Interrotta	Beiró de lata

Classe Social  
MÉDIA

Figura 4 – Escala de Graffar

Fonte: *print screen* da aplicação SClinico

Quanto aos **valores** a família rege-se por valores como a educação, a honestidade, o respeito e a partilha.

Os **estilos de vida** adotados por JA centram-se na motivação em manter a sua condição de saúde, pelo que faz diariamente uma caminhada no seu local de residência com a duração de uma hora. Gosta de escolher as refeições de acordo com hábitos saudáveis e de acordo com as suas preferências, não esquecendo as preferências de FA. Diariamente combina as refeições do pequeno-almoço e almoço com OK, deslocando-se de seguida à loja para adquirir os ingredientes. OK cuida da higiene de FA, ajuda-a a tomar as refeições e apoia-a na deambulação até à cadeira na sala e no quintal (onde gosta de estar duas horas por dia). A filha AA confeciona o jantar e auxilia na refeição, cuida da higiene da mãe, organiza e gere a dinâmica da casa e gere a medicação do casal. Na ausência de OK, a filha AA assegura todas as AVD's do casal.

Os **Recursos** parecem ser suficientes para as necessidades da família.

Os **fatores de stress** da família são: - A distância de LA, que vive no EUA, é sentida com tristeza para toda a família. A morte da filha de LA, e a perda de bens que ele sofreu, nomeadamente a empresa e alguns imóveis provenientes da herança de família, condicionaram todo o seu percurso de vida. É sentido o incomodo de JA quando é questionado acerca da história de vida do filho. O pai não fala da morte da neta; - A doença de Alzheimer da FA, que obrigou a uma transição na família devido a dependência nas AVD's. Apesar de AA verbalizar que foi um momento de crescimento na reestruturação familiar; - Cansaço verbalizado por AA. Sente que é a única que toma toda a responsabilidade para com os pais. Entende que os pais não têm mais familiares que o possam fazer, mas tem dificuldade em transmitir à família como se sente cansada. Tem vontade de gozar uns dias de férias com o seu marido e filhos, mas não pode. Refere sentir muitas saudades do irmão.

No que se refere ao **ambiente envolvente** é avaliada a vizinhança, o lar e de como os fatores ambientais relativos à adequação de espaço, privacidade, acesso a escolas, recreação e transportes públicos condicionam o funcionamento da família.

A família vive numa vivenda própria, constituída por rés-do-chão e primeiro andar e com quintal. Como se pode constatar na Figura seguinte (Figura 5), a habitação é adequada às necessidades da família. Tem aquecimento elétrico e lareira, saneamento básico, água potável da rede pública e eletricidade. É constituída por três quartos, duas casas de banho, uma cozinha com eletrodomésticos essenciais, uma dispensa, uma sala com lareira e uma sala de jantar. Tem uma garagem, uma divisão de arrumos. Tem uma cozinha exterior com uma sala de grandes dimensões, onde a FA gosta de estar. A casa encontra-se em bom estado de conservação, com boa luminosidade e com boas condições higiénicas e de arrumação. Apresenta barreiras arquitetónicas (dois degraus) no acesso da cozinha exterior

à sala e uma escada de acesso ao primeiro andar. A família adaptou um quarto e a casa de banho com *poliban* no rés-do-chão, e o casal já não frequenta o primeiro andar da casa.

A gestão da limpeza e a organização é da responsabilidade da filha AA que, por sua vez, pode delegar algumas tarefas na empregada doméstica OK.

O edifício está localizado numa zona central da cidade, com acesso fácil a transportes públicos, Unidades de Saúde, supermercados, café e farmácia.

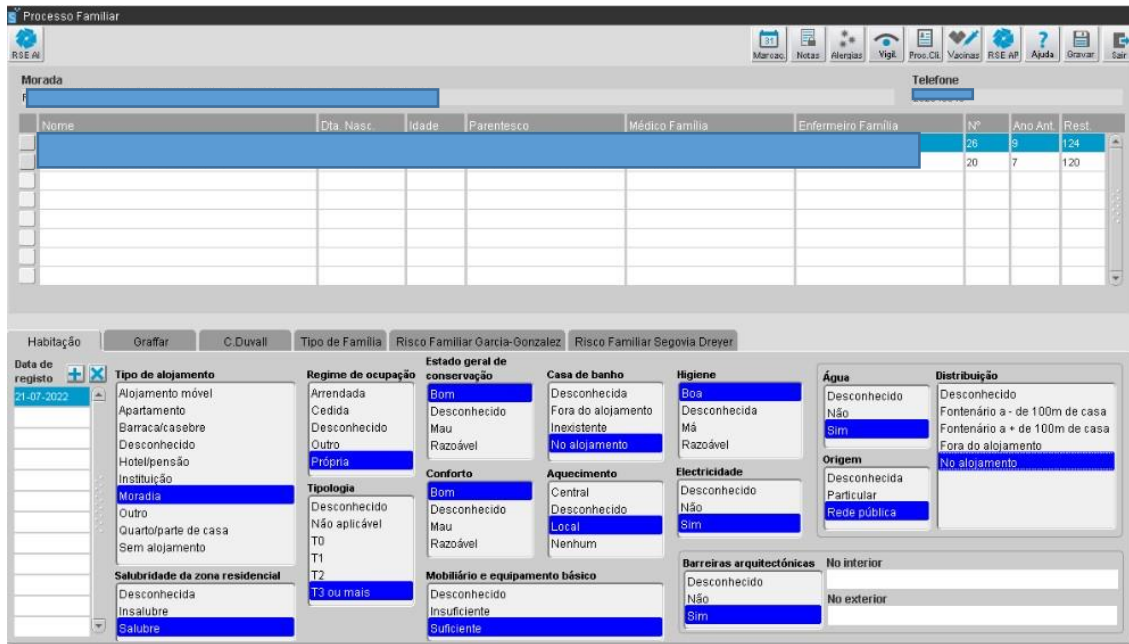


Figura 5 – Avaliação da habitação  
Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

### 1.3. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar após conhecer a estrutura familiar, deve compreender o desenvolvimento do ciclo vital da família.

Para cumprir este objetivo é necessário conhecer como se desenvolveu progressivamente a história familiar durante as diferentes etapas do ciclo de vida, como decorreu o percurso de vida, o crescimento familiar, o nascimento e a morte (Wright & Leahey, 2011). Para tal são tidas em conta as tarefas e papéis próprios e as transições que condicionaram a evolução da família.

- Etapa do ciclo vital

As etapas do ciclo vital onde a família se encontra, classifica-se de forma diferente consoante os autores, mas com características semelhantes uma vez que são os pontos em comum que dão definição aos conceitos.

Com se pode verificar na Figura seguinte (Figura 6), e de acordo com o programa SClínico, adotou-se o Ciclo Vital de Duvall, sendo este o autor escolhido para o estudo.

De acordo com Duvall (*in* Relvas, 1996) as etapas do ciclo vital são: I– família sem filhos; II– família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos); III– família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até entrada na escola, 6 anos); IV– família com filhos em idade escolar (entrada na escola até adolescência, 13 anos); V– família com filhos adolescentes (saída da escola até ao ingresso no ensino superior); VI– família com filhos adultos jovens (saída dos filhos de casa); VII- família de meia idade (entre a saída do ultimo filho e a reforma) e VIII- família idosa (da reforma à viuvez).

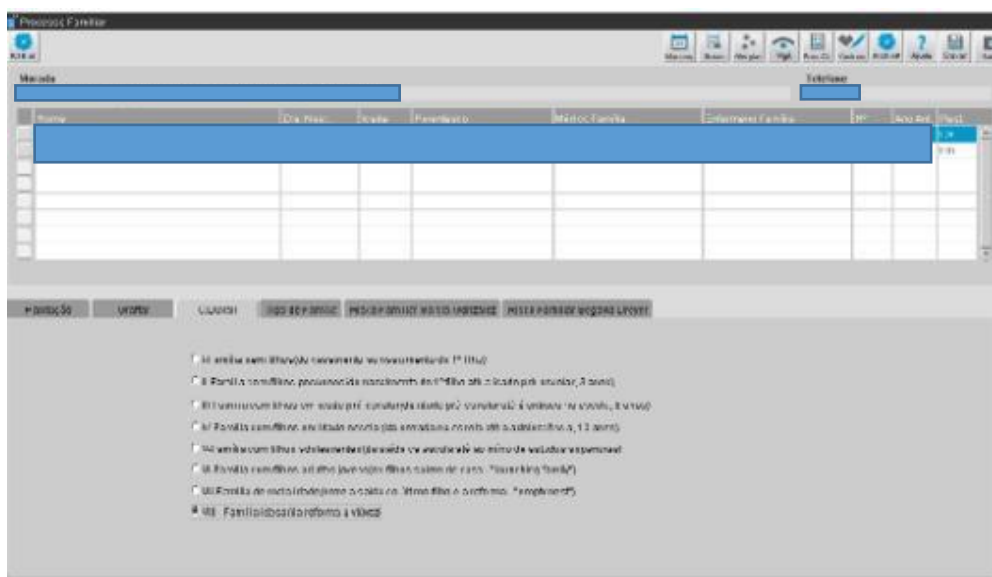


Figura 6 – Ciclo Vital Duvall  
Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

A família A encontra-se na etapa VIII do ciclo vital – Família idosa. Etapa que corresponde a casal sem filhos a viver em casa, reformados e que se estende até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges (Alarcão, 2000).

#### · Tarefas

Na etapa VIII do ciclo vital – família idosa – as tarefas que se devem desenvolver são: O ajustamento à reforma, aprender a gerir o processo de perdas (luto), viver sozinho e a adaptação ao envelhecimento.

JA refere que no passado trabalhou muitas horas numa gasolinera como chefe de vendas. A esposa era doméstica e cuidava da casa e dos filhos. Refere ter sido sempre uma família com um bom relacionamento afetivo, boa comunicação e muito feliz. O nascimento do primeiro filho foi exemplo disso, e depois veio a filha que foi outra enorme alegria. Refere que os filhos

nunca trouxeram problemas na fase da adolescência. A saída de casa dos filhos para casarem foi tranquila. A filha nunca lhes deu preocupação com o seu casamento.

Com o filho foi diferente, uma vez que o mesmo não conseguiu estabilidade na relação com a esposa nem manter a sua empresa por problemas de gestão económica.

JA iniciou a sua reforma e tinha projetos para o futuro (cuidar da horta), mas não os concretizou por sentir tristeza. Assistir à perda de bens de família, por parte do filho, devido a problemas financeiros causou-lhe muito sofrimento. Para agravamento da situação, o filho começou a apresentar abuso do álcool e emigrou para EUA, deixando em Portugal a ex-mulher e filha de ambos (IA). IA adoeceu e morreu de leucemia aos 19 anos de idade. FA não fala da perda da neta. A reorganização da relação do casal após a perda da neta foi muito difícil, constantemente reajustada com o apoio da restante família, mas não superada. A chegada da doença da FA levou JA a repetir algumas vivências depressivas e obrigaram o casal a efetuar transições com novas formas de expressão, menos expectativas para o futuro, mas sempre com comunicação simétrica e apoio da restante família. As tarefas passaram a ser desempenhadas pela filha e por uma cuidadora contratada. O grau de dependência da FA e a gestão do regime medicamentoso no casal obrigava a que a filha assumisse o papel de cuidadora principal, respeitando a vontade do pai, facilitando a sua autonomia e, por conseguinte, aumentando a sua autoestima. Existe reciprocidade relacional determinada pelo equilibrado de grau de poder, assente numa boa relação afetiva. A necessidade do JA para superar a doença da esposa passou pela maior abertura ao exterior e pelo reforço da sua rede social. Esta transição permitiu começar a saber lidar melhor com a provável perda futura do cônjuge. O processo de envelhecimento de FA não é percecionado pela mesma devido à sua doença. Por outro lado, JA começou a preocupar-se mais com a sua situação de saúde, referindo necessitar de forças para viver. Realiza algumas tarefas como a escolha das refeições a serem confecionadas, a ida ao supermercado, ao Banco e à farmácia o que lhe confere sentimentos de utilidade ao mesmo tempo que preenche o seu tempo. Quando questionado acerca do processo de morte, JA refere que não é necessário falar do assunto, até porque sente tranquilidade em relação a FA uma vez que esta, devido à sua doença, não tem perceção da morte.

#### · Vínculos

Na família nuclear os elementos apresentam uma relação de amor, baseada no respeito. FA aparenta tranquilidade o que facilita a relação no cuidar. Ambos tem uma relação muito forte com a filha (AA) e com a empregada (OK). A família nuclear tem boa relação com todos os restantes familiares à exceção da ex-mulher de LA (não tem havido contato). O genograma e o ecomapa representam os vínculos da família.

#### 1.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional refere-se “aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade” (Figueiredo, 2012, p.91).

A avaliação funcional é constituída por duas categorias: A instrumental que se refere às atividades de vida diária, e a expressiva que dá ênfase às interações entre os membros da família.

- Instrumental

A avaliação da capacidade da família no desempenho das atividades de vida diária permite-nos entender se estamos perante um sistema familiar funcional adequado.

Tratando-se de uma família idosa, é expectável que exista perda progressiva da autonomia e, associado a esta situação, a existência de um elemento dependente nas atividades de vida diária, o que dificulta mais as necessidades de adaptação ao meio envolvente.

Baseando-se na teoria do autocuidado e na teoria do défice de autocuidado de Orem (Orem, 2001) citado por Figueiredo (2009), importa identificar a dependência para o autocuidado pois esta interfere na dinâmica familiar. Segundo a autora é essencial avaliar determinados parâmetros relativos à dependência no autocuidado: higiene, vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade de lazer, atividade física, gestão do regime terapêutico, autovigilância e autoadministração de medicamentos.

Na família, a filha AA assume o papel de prestador de cuidados e, como a sua atividade profissional ocupa-a oito horas por dia, contratou uma empregada doméstica (OK).

As atividades de dependência de FA são: higiene, vestuário, alimentação, ida ao sanitário, mobilidade (transferência da cama para o cadeirão), e a muda de fraldas (incontinência de esfínteres). Por dificuldade cognitiva não participa em atividades de lazer. A higienização da casa e confeção de alimentos é assegurada por OK até a filha sair do seu local de trabalho. JA é independente para as atividades de vida diária exceto na gestão do regime terapêutico e autoadministração de medicamentos. Escolhe as refeições que pretende ingerir, adquire os ingredientes no supermercado e adquire os medicamentos na farmácia. Faz a sua caminhada diária, apresentando estilos de vida saudáveis. A filha, no final do dia, gere a medicação para os pais e fornece-a para a respetiva toma. Também é responsável pelas deslocações dos pais a consultas. O casal tem bons hábitos de sono-reposo.

- Expressiva

A dimensão funcional expressiva refere-se à comunicação e interação entre os elementos da família. Na avaliação é tida em conta: A comunicação emocional, a comunicação verbal e não verbal, a comunicação circular, solução de problemas, papéis, influencias e poder, crenças, alianças e uniões.

A **comunicação emocional** prende-se com o tipo de emoções e/ou sensações expressadas ou demonstradas. De acordo com Alarcão (2000, p.64) “A comunicação funcional define-se como a capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os parceiros comunicacionais ou cria entre eles um ecrã de incompreensão e ressentimento”.

A comunicação emocional do casal JA e FA tem por base o diálogo curto, mas funcional. FA não consegue estabelecer comunicação eficaz, mas responde com *fácies* expressivo de felicidade. JA tem acentuada diminuição da acuidade auditiva, no entanto ambos demonstram formas de respeito, mantendo uma relação saudável, conferindo um padrão de comunicação adequado. JA refere que, atualmente, aceita a doença da esposa com mais tranquilidade.

A **comunicação verbal e não verbal** confere determinadas características a um comportamento, representando o processo de comunicação. A forma como os elementos da família o percebem traduz-se numa comunicação com identidade própria, que influencia o outro na vivência e contexto, definindo o seu padrão de interação (Figueiredo, 2000). A comunicação da família é adequada: tem grande proximidade física (casal tem os cadeirões lado a lado), apresentam com frequência o toque e os gestos demonstrativos de afeto.

JA comunica com clareza e os restantes familiares entendem o que ele quer transmitir, havendo também neles a facilidade em comunicar com clareza.

A **comunicação circular** prende-se com a reciprocidade entre os dois elementos.

Para melhor perceber a satisfação sobre a forma de comunicar na família foi aplicado a escala APGAR Familiar de Smilkstein a JA, como se pode verificar na figura seguinte (Figura 7).

Não foi possível aplicar a FA devido à sua situação de saúde, tendo-se aplicado à filha AA e à empregada OK, para determinar se ambas constituem recurso, tendo-se verificado a pontuação de 10 para todos os elementos, considerando-se uma família altamente funcional.

Questão	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Estou satisfeito pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.					
Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar outros caminhos ou direções.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage as minhas emoções, tais como raiva, magoa, ou amor.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.					

Figura 7 – Escala APGAR Familiar de Smilkstein  
 Fonte: *print screen* da aplicação EVIPNet

A **resolução de problemas** é gerida pela filha (AA) com o pai, assente no respeito pela tomada de decisão do mesmo. AA encontra-se atenta aos problemas que possam surgir na família e cabe a ela a definição de regras. Gere as finanças sempre com a aprovação do pai. Existem esporadicamente momentos de alguma tensão nas decisões, mas ultrapassadas rapidamente, referindo haver satisfação na família acerca da forma como lidam com os problemas. Todo o cuidado doméstico é gerido pela filha. O filho não interfere na resolução de problemas nem nas decisões da família, sendo justificado por se encontrar longe e pouco poder contribuir. A mobilização de estratégias e recursos parece estar só atribuída à AA.

Todas as famílias sofrem processos de stress decorrentes de crises (acidentais ou normativas). A reorganização da dinâmica familiar resulta das transições que a mesma faz para ultrapassar estas dificuldades. De acordo com Meleis (2010), a transição é uma construção positiva que a família vive pois adquire novas competências de modo a encontrar estabilidade na dinâmica familiar. Destas transições surge adaptação e a aquisição de novos papéis dentro da estrutura familiar, por vezes geradoras de conflito.

Como referindo anteriormente, os fatores de stress são: A distância do filho do casal, que vive nos EUA, a doença de FA que progressivamente a torna mais dependente de cuidados, e o cansaço da filha, principal prestadora de cuidados, que se vê privada de férias e de mais momentos de lazer com o marido, filhos e neto. No entanto, o tema da morte na família, é assunto delicado e não é partilhado como forma de expressar sentimentos.

As **alianças e uniões** existem de forma equilibrada entre o casal. A empregada doméstica (OK) sente-se muito competente a cuidar da casa e das refeições. JA une-se a OK por esta

satisfazer todas as suas solicitações (escolha dos alimentos e confeção dos mesmos), sendo uma enorme influência no quotidiano de JA. A filha estabelece uma relação de cumplicidade com o pai e com OK para promover a estabilidade emocional de FA.

## 2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para a construção do processo de enfermagem foi efetuado uma análise dos dados colhidos na família, com o intuito de identificação de suas forças, de forma colaborativa, com base nas necessidades e problemas identificados. Houve o cuidado de validar com a família os problemas percebidos, priorizar os seus problemas e definir objetivos de forma a potenciar a capacitação da família.

Apresenta-se o processo de enfermagem para a oportunidade de transição:

### 2.1. Dimensão Estrutural

- Interna
  - Composição familiar: Tipo de família: nuclear (JA e FA)
  - Género (masculino e feminino), orientação sexual (heterossexual), subsistema familiar (individual e conjugal). Limites e fronteiras claros, permeáveis e flexíveis.
- Externa
  - Genograma
  - Família extensa: Filha (principal cuidadora), genro, netos, bisneto. Filho vive nos EUA. Tipo de contato presencial com filha diariamente. Genro, netos e bisneto semanalmente. Filho por videochamada esporadicamente, ex-nora sem relação. Mãe do bisneto esporadicamente. Tipo de relações de lazer (filha, genro e netos), apoio emocional (filha, genro e netos), regras, decisões e organização/manutenção do edifício (filha)
  - Sistemas mais amplos
  - Ecomapa

JA e a FA têm relação muito próxima da família extensa (filha, genro, netos e bisneto) exceto com o filho. JA tem vizinhos e amigos com quem se relaciona. O casal tem uma empregada doméstica que dá apoio todas as manhãs, exceto ao fim de semana. O casal tem relação com USF RBP, nomeadamente com a enfermeira de família e CHO-CR sempre que necessitam. JA frequenta o café, supermercado, farmácia, e Banco com frequência.
- Contexto
  - Raça (caucasiana), etnia (português), Religião (católica)
  - Classe social: Classe média (16 pontos), estrato social III segundo a escala de Graffar
  - Valores: educação, honestidade, respeito e partilha
  - Estilos de vida: hábitos saudáveis
  - Recursos: família considera suficientes
  - Fatores de stress: distancia do filho, falecimento precoce da neta, filha sobrecarregada no papel de prestador de cuidados e a doença da FA.
  - Edifício residencial: Habitação com cozinha, Quarto (3), casa de banho (1), sala de estar (1), com escada para 1º andar que não é utilizada. No exterior onde permanecem mais tempo tem:

casa de banho com *poliban* (1), quarto (1) cozinha, sala com lareira (barreira arquitetónica de 2 degraus no acesso da cozinha à sala). Habitação bem conservada e limpa, com boa ventilação e luminosidade.

- Sistema de abastecimento de água: água e tratamento de resíduos da rede pública

Quadro 2 – Plano de cuidados da Habitação

Foco de atenção		Habitação
Intervenção diagnóstico		Avaliar a Habitação
Diagnóstico		Edifício residencial não seguro
Resultados esperados	Que a família tenha uma habitação segura	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/07/2022 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o tipo de habitação</li> <li>- Avaliar o conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas</li> <li>- Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro</li> <li>- Avaliar risco de queda (escala em Sclínico)</li> <li>- Negociar com a família a adoção de medidas de segurança na habitação</li> </ul>	- Habitação é adequada às necessidades da família, mas o edifício apresenta dois degraus no acesso da cozinha à sala que JA e FA frequentam diariamente.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
21/11/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas</li> <li>- Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro</li> <li>- Avaliar risco de queda (escala em Sclínico)</li> <li>Negociar com a família a adoção de medidas de segurança na habitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Família adquiriu uma rampa para os degraus após ensino sobre risco de queda.</li> <li>- Família adota medidas de segurança.</li> </ul>

## 2.2. Dimensão desenvolvimento

- Etapa: Família Idosa
- Tarefas: Gerir o processo de envelhecimento (autocuidado comprometido) e as perdas na família
- Vínculos: relação de amor e respeito entre o casal. Relação muito forte com filha e empregada doméstica.

## 2.3. Dimensão funcional

- Instrumental: JA dependente para a gestão da toma da medicação e das lides da residência. FA dependente nas AVD's. A filha é a cuidadora principal (refere cansaço)

Quadro 3 – Plano de cuidados do Papel do Prestador de Cuidados (continua)

Foco de atenção		Papel do Prestador de Cuidados
Intervenção diagnóstico		Avaliar Conhecimento sobre o Papel de Prestador de Cuidados
Diagnóstico		Conhecimento sobre o Papel de Prestador de Cuidados Comprometido
Resultados esperados	Que a Família tenha o Prestador de Cuidados não Comprometido	

Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/07/2022 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento do Prestador de Cuidados sobre tomar conta</li> <li>- Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Serviços de Saúde (Unidade de Cuidados na Comunidade para descanso do cuidador)</li> <li>- Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Recursos da Comunidade (instituições de apoio, serviço social, psicologia, etc.)</li> <li>- Avaliar a o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre estratégias de Coping</li> <li>- Promover o apoio/suporte da família</li> <li>- Aplicar a Escala da Sobrecarga do Cuidador (escala em Sclínico)</li> </ul>	<p>- AA demonstra o Papel de Prestador de Cuidados de forma adequada. Demonstra conhecimento sobre os Serviços de Saúde. Não demonstra conhecimento sobre os recursos da Comunidade. Apresenta estratégias de Coping (define as estratégias de resolução de problemas). No entanto, sente-se sobrecarregada e sem períodos de lazer com o marido. AA tem dificuldade em expressar os seus sentimentos em relação ao cansaço.</p>
Data	- Intervenções de Enfermagem	Avaliação
21/11/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento do Prestador de Cuidados sobre tomar conta</li> <li>- Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Serviços de Saúde (Unidade de Cuidados na Comunidade para descanso do cuidador)</li> <li>- Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Recursos da Comunidade (instituições de apoio, serviço social, psicologia, etc.)</li> <li>- Avaliar a o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre estratégias de Coping</li> <li>- Promover o apoio/suporte da família</li> <li>- Aplicar a Escala da Sobrecarga do Cuidador (escala em Sclínico)</li> </ul>	<p>- AA tomou conhecimento sobre os recursos da comunidade. Efetuou-se pedido para a Unidade de Cuidados da Comunidade para descanso do cuidador.</p> <p>- AA foi integrada parcialmente na equipa de Cuidadores Informais para sessões de acompanhamento com a enfermeira especialista de saúde mental, uma vez que não reúne critérios para o estatuto de cuidador informal (profissionalmente ativa).</p>

- Comunicação Expressiva:
  - Comunicação emocional: JA tem dificuldade em expressar emoções. FA com períodos desorientação e confusão, interage por períodos com tranquilidade. Filha não expressa o cansaço que sente.
  - Comunicação verbal e não verbal: JA com acentuada diminuição auditiva, mas consegue comunicar com clareza. FA com discurso pobre, sem construção de frases. Utilizam com frequência o toque e gestos de carinho.
  - Comunicação circular: Família altamente funcional (APGAR 10)
  - Resolução de problemas: A filha tem a responsabilidade da resolução de problemas, tem o cuidado de escutar a tomada de posição do pai e este aceita, com satisfação, a ajuda da filha.
  - Alianças e uniões: JA tem aliança com OK (esta satisfaz os seus pedidos relativos à confeção de alimentos, por exe.). Pai e filha estabelecem uma união saudável o que permite manter a estabilidade emocional de FA.

Quadro 4 – Plano de cuidados do Processo Familiar (continua)

Foco de atenção	Processo Familiar
Intervenção diagnóstico	Avaliar Processo Familiar
Diagnóstico	Processo Familiar Comprometido
Resultados esperados	Que a família tenha um processo familiar funcional

Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/07/2022 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a comunicação familiar</li> <li>- Avaliar <i> coping </i> familiar</li> <li>- Avaliar interação de papéis</li> <li>- Avaliar a relação dinâmica</li> <li>- Aplicar a escala de APGAR</li> </ul> <p><b>Estratégias abordagem sistémica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuou-se o desafio do sintoma para reenquadramento, desviando o foco do sintoma para as relações entre os elementos da família.</li> <li>- O desafio à estrutura na procura de padrões de aliança e coligações, além da promoção de novas fronteiras que se encontravam fragilizadas (ensaando um novo contexto e fixando novas fronteiras)</li> <li>- O desafio à realidade, proporcionando uma realidade diferente construída pela família através da desocultação das suas forças e dos seus recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A família apresenta comunicação não adequada em relação à expressão de emoções e sentimentos. AA tem o papel de prestador de cuidados que o desempenha de forma adequada. É com ela que se definem as estratégias de resolução de problemas. No entanto, sente-se sobrecarregada e sem períodos de lazer com o marido. AA tem dificuldade em expressar os seus sentimentos em relação ao cansaço.</li> <li>- VS não participa nas tarefas domésticas do casal.</li> <li>- JA tem dificuldade em expressar emoções em relação à morte da neta e à distância do filho.</li> <li>- Família altamente funcional (APGAR).</li> </ul>
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
21/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a comunicação familiar</li> <li>- Avaliar <i> coping </i> familiar</li> <li>- Avaliar interação de papéis</li> <li>- Avaliar a relação dinâmica</li> <li>- Promover a comunicação expressiva das emoções.</li> <li>- Motivar para a redefinição dos papéis pelos elementos da família.</li> <li>- Promover o envolvimento da família.</li> <li>- Otimizar a comunicação na família.</li> </ul> <p><b>Estratégias abordagem sistémica: (...)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceitação da família em relação à expressão dos sentimentos.</li> <li>- AA e VS redefiniram tarefas. VS começou a colaborar nas lides domésticas.</li> <li>- JA mantém dificuldade em expressar emoções em relação à morte da neta e à distância do filho.</li> </ul>

Quadro 5 – Plano de Cuidados – *Coping* Familiar (continua)

Foco de atenção	Processo Familiar	
Intervenção diagnóstico	Avaliar <i>Coping</i> Familiar	
Diagnóstico	Processo Familiar com estratégias de <i>Coping</i> Comprometida	
Resultados esperados	Que a Família tenha estratégias de <i>Coping</i> adequada	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/07/2022 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Processo Familiar nas estratégias de <i> coping </i></li> <li>- Negociar as estratégias de <i> coping </i></li> <li>- Promover a comunicação expressiva das emoções</li> <li>- Identificar obstáculos à expressão de sentimentos</li> <li>- Promover o envolvimento da família</li> <li>- Aplicar Processo em Espiral (desocultar forças)</li> <li>- Otimizar a comunicação na família</li> <li>- Otimizar padrão de assertividade</li> <li>- <b>Estratégias abordagem sistémica: (...)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AA tem dificuldade em expressar os seus sentimentos à família em relação à sobrecarga.</li> <li>- JA refere ter dificuldade em expressar os seus sentimentos.</li> </ul>

Data	- Intervenções de Enfermagem	Avaliação
21/11/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Processo Familiar nas estratégias de <i>coping</i></li> <li>- Negociar as estratégias de <i>coping</i></li> <li>- Promover a comunicação expressiva das emoções</li> <li>- Identificar obstáculos à expressão de sentimentos</li> <li>- Promover o envolvimento da família</li> <li>- Aplicar Processo em Espiral (desocultar forças)</li> <li>- Aplicar questionário Forças Familiares (Melo &amp; Alarcão, 2011)</li> <li>- Otimizar a comunicação na família</li> <li>- Otimizar padrão de assertividade</li> </ul> <p><b>Estratégias abordagem sistémica (...)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AA planeou com o marido um período de férias após o ingresso de FA numa unidade para descanso do cuidador.</li> <li>- Família encontra-se a comunicar de forma mais envolvente.</li> <li>- AA consegue reenquadrar o problema do cansaço, fornecendo uma nova visão sobre esse sentimento para uma ação positiva, demonstrando a realização de tarefas com menos sensação de sobrecarga.</li> <li>- VS referiu sentir-se mais envolvido com a AA na dinâmica familiar.</li> <li>- FA mantém a dificuldade em expressar sentimentos. Foi-lhe proposto acompanhamento psicológico.</li> </ul>

## CONCLUSÃO

A realização do presente trabalho permitiu refletir sobre a prática dos cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem de saúde familiar.

No decurso do Ensino Clínico, foi perceptível o crescimento pessoal e profissional que se proporcionou, na procura de aquisição de competências específicas. Foi sentida a necessidade de adquirir cada vez mais áreas de conhecimento, de forma a melhorar as intervenções na família para as suas problemáticas de saúde.

Os objetivos do trabalho foram atingidos uma vez que foram descritas as competências específicas desenvolvidas no ensino clínico, aplicado o processo de enfermagem fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, ao longo do seu ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, permitiu perspetivar a sua estrutura interna e externa, o contexto, as etapas, tarefas e vínculos e a sua funcionalidade instrumental e expressiva, de modo a identificar, de forma colaborativa, a intervenção de enfermagem.

O processo de enfermagem é dinâmico e as intervenções para promover a capacitação da família demonstram a necessidade de acompanhamento futuro. O mesmo é refletido na gestão e mobilização dos recursos necessários para permitir a concretização de mudança, melhorando o potencial de saúde familiar.

A principal dificuldade foi sentida na condução das entrevistas, na aplicação de escalas e mobilização dos modelos teóricos de enfermagem, na realização de reuniões familiares que permitissem futuras mudanças de comportamento. Tal situação remete-nos para a necessidade de mais treino, de modo a adquirir competências e desenvolver qualidades específicas para um melhor desempenho futuro.

As limitações deste trabalho prenderam-se com o tempo limitado do ensino clínico, o que dificultou uma reavaliação mais aprofundada para a elaboração do processo de enfermagem.

Por outro lado, a família referiu que através da sua colaboração no estudo, foi possível percecionarem um problema que se encontrava desvalorizado, mas que constituía desgaste na dinâmica familiar. Tomaram ainda consciência da dificuldade em expressarem as suas emoções e sentimentos.

Este reconhecimento por parte da família intervencionada permite reconhecer a importância da intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde familiar e do seu papel como promotor da excelência dos cuidados de saúde.

Perspetiva-se para o futuro do enfermeiro especialista, muito empenho e também o reconhecimento traduzido em ganhos em saúde para a população que cuida, assim como para a sua satisfação pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica. Coimbra. Quarteto Editora.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Ver Esc Enferm USP,3.

Figueiredo, M, Martins, M, Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. Revista Temática Kairós Gerontologia. N.º 14(3). Páginas 11-22. Retrieved from:  
[@j • K^çã ce ã &\] È!Dãã\[ • Deã^ãã, Ò | Ì HÁ](#)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Meleis, A. (2010). Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Spring Publishing Company: New York

Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Wright, L. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. (5ªed). Roca: S. Paulo.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PUBLICAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A USF  
RAFAEL BORDALO PINHEIRO**

RE: Pedido de autorização para a publicação de informações sobre a USF Rafael Bordalo Pinheiro



Caixa de entrada x



USF Bordalo Pinheiro - Coordenação | ACES Oeste Norte <C2100693@arslvt.min-saude.pt>  
para Paula, Palmira

08:32 (há 14 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia Paula

Tem a minha autorização para consultar os dados que pretende para a sua formação.

Cumprimentos

---

De: Paula Alexandra Bento Santos Monteiro de Azevedo Castro | USF Tornada <paula.b.monteiro@arslvt.min-saude.pt>

Enviado: 1 de março de 2023 09:26

Para: USF Bordalo Pinheiro - Coordenação | ACES Oeste Norte <C2100693@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Palmira Conceicao Soares Santos | USF Bordalo Pinheiro <palmira.santos@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para a publicação de informações sobre a USF Rafael Bordalo Pinheiro

Exmo. Sr. Coordenador da USF Rafael Bordalo Pinheiro

Paula Alexandra Bento Santos Monteiro de Azevedo e Castro, estudante do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde de Leiria e que realizou estágio clínico nesta USF entre maio de 2022 e janeiro de 2023, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a utilização e publicação de informações relativas à USF Rafael Bordalo Pinheiro, obtidas a partir de diferentes fontes (BI-CSP, MIM@UF e Sclínico) na dissertação para obtenção do grau de mestre.

Mais informo que a privacidade dos utentes e a confidencialidade de informação clínica destes se encontra assegurada.

Com os melhores cumprimentos









Paula Castro

**ANEXO II**

**PESQUISA EM BASE DE DADOS COM AS PALAVRAS-CHAVE**

- Todas as bases de dados
- CINAHL Complete (121)
- MEDLINE Complete (82)
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (34)
- MedicLatina (4)

[Mostrar mais](#)

<input type="checkbox"/>	S3	 health knowledge, attitudes, practice	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p> <p><b>Expansores</b> - Aplicar palavras relacionadas; Buscar também no texto completo dos artigos</p> <p><b>Modos de busca</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (13,341)
<input type="checkbox"/>	S4	 family nursing	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p> <p><b>Expansores</b> - Aplicar palavras relacionadas; Buscar também no texto completo dos artigos</p> <p><b>Modos de busca</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (1,394)
<input type="checkbox"/>	S5	 health knowledge, attitudes, practice AND family nursing	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p> <p><b>Expansores</b> - Aplicar palavras relacionadas; Buscar também no texto completo dos artigos</p> <p><b>Modos de busca</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (14) 
<input type="checkbox"/>	S6	 health knowledge, attitudes, practice AND family nursing AND Health Promotion	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (4) 
<input type="checkbox"/>	S6	 health knowledge, attitudes, practice AND family nursing AND Health Promotion	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p> <p><b>Expansores</b> - Aplicar palavras relacionadas; Buscar também no texto completo dos artigos</p> <p><b>Modos de busca</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (4)
<input type="checkbox"/>	S7	 health knowledge, attitudes, practice AND family nursing OR family nursing AND Health Promotion	<p><b>Limitadores</b> - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221131; Analisado por especialistas; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF; Texto completo em PDF</p> <p><b>Expansores</b> - Aplicar palavras relacionadas; Buscar também no texto completo dos artigos</p> <p><b>Modos de busca</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Exibir resultados</a> (241)

