



Perceção do enfermeiro de família acerca da dinâmica familiar no contexto da visita domiciliária ao recém-nascido

Ana Filipa Costa

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária: Área Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório para obtenção do título de mestre

Professor Orientador: Professor Doutor Paulino Rosa

Leiria, abril de 2026



Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Saúde Comunitária: Área Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Paulino Rosa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Agradecimentos

A concretização deste trabalho representa o fim de uma etapa, marcada por desafios e aprendizagens. Nenhum caminho se faz sozinho, e por isso deixo aqui o meu agradecimento a todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso académico.

Ao Diogo, agradeço pelo amor, pela serenidade com que me apoiou nos momentos de cansaço e pela força que me transmitiu quando o equilíbrio parecia difícil de manter. Obrigada por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava, por me dares ânimo nas horas difíceis. Este trabalho é também o reflexo do teu apoio incondicional.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por me terem ensinado o valor do esforço e da dedicação. Por estarem sempre ao meu lado, oferecendo palavras de conforto nos momentos em que mais precisei.

Às minhas colegas de mestrado, Cátia e Cláudia, um agradecimento muito especial pela amizade, companheirismo e partilha ao longo desta etapa académica.

À enfermeira especialista P.C. agradeço a disponibilidade e a orientação ao longo do ensino clínico. A partilha de saberes e experiência foi essencial para o desenvolvimento do estágio que contribuíram para concluir este percurso como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar.

Ao Professor Doutor Paulino Rosa, agradeço pelo rigor científico, pela orientação académica e pelas reflexões que contribuíram para o desenvolvimento deste relatório final.

Resumo

Contexto: A visita domiciliária (VD) ao recém-nascido e à sua família representa um momento privilegiado de intervenção do enfermeiro de saúde familiar, numa fase de transição marcada pela chegada de um novo membro e pela reorganização das dinâmicas familiares. Esta prática permite um acompanhamento próximo e individualizado, favorecendo a avaliação do estado de saúde do recém-nascido, bem como a compreensão do contexto e das necessidades da família, essenciais para a promoção do bem-estar e do desenvolvimento saudável da criança.

Objetivo: Esta revisão tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros de família na dinâmica familiar aquando primeira visita do recém-nascido ao domicílio.

Métodos: Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com pesquisas em bases de dados científicas como PubMed e no agregador de bases de dados EBSCOhost, utilizando termos como “enfermeiros”, “parentalidade”, “visita domicílio” e “recém-nascido”, no período entre 2016 e 2026. A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, destacando as principais intervenções e conclusões.

Resultados: As visitas domiciliares são uma intervenção privilegiada para apoiar precocemente a parentalidade e promover o desenvolvimento infantil, permitindo simultaneamente uma compreensão mais abrangente das vulnerabilidades e potencialidades das famílias. A referir que o domicílio constitui um espaço privilegiado, no qual os pais se manifestam mais confortáveis para expressar dúvidas, inseguranças e necessidades, favorecendo a construção de vínculo, confiança e uma comunicação aberta com os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros. No mesmo sentido que a VD, em vez de se centrar apenas na doença ou no evento clínico, permite uma abordagem holística focada na família e no seu ambiente real de vida. Assim, o enfermeiro observa e compreende as rotinas diárias da família, os recursos disponíveis (rede de apoio), as dinâmicas relacionais (interações, conflitos e forças familiares) e as condições habitacionais (espaço físico, higiene, acessibilidade) que dificilmente seriam visíveis no ambiente institucional como por exemplo na consulta de enfermagem de saúde infantil.

Conclusão: A revisão integrativa demonstra que a visita domiciliária ao recém-nascido se configura como uma intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar, permitindo uma avaliação sistémica e contextualizada da família, com enfoque nas dinâmicas familiares, nos determinantes sociais da saúde e nos processos de transição para a parentalidade. Evidencia-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e empatia, facilitadora da comunicação e promotora do envolvimento da família no processo de cuidados, em consonância com os princípios dos cuidados centrados na família.

Destaca-se ainda a relevância da visita domiciliária na identificação precoce de vulnerabilidades e fatores de risco, possibilitando a implementação de intervenções preventivas. Paralelamente, o EEESF assume um papel determinante na promoção da parentalidade, na capacitação e *empowerment* familiar, contribuindo para a adaptação saudável ao período pós-natal.

Contudo, a evidência científica permanece limitada, reforçando a necessidade de investigação adicional, particularmente em contexto de cuidados de saúde primários, com enfoque na avaliação e intervenção nas dinâmicas familiares no período pós-natal.

Palavras-chave: Enfermeiros, Parentalidade, Visita domicílio e Recém-nascido

Abstract

Background: Home visits to the newborn and their family represent a privileged moment for intervention by the Family Health Nurse during a transition phase marked by the arrival of a new member and the reorganization of family dynamics. This practice allows for close and individualized monitoring, fostering the assessment of the newborn's health status, as well as an understanding of the family context and needs, which are essential for promoting the child's well-being and healthy development.

Aim: This review aims to explore the perceptions of family nurses regarding family dynamics during the first newborn home visit.

Methods: An integrative literature review was conducted through searches in scientific databases such as PubMed and the EBSCOhost aggregator. The search terms included "nurses," "parenting," "home visit," and "newborn," covering the period between 2016 and 2026. Data analysis was performed qualitatively, highlighting key interventions and conclusions.

Results: Home visits are a primary intervention for early parenting support and the promotion of child development, while simultaneously allowing for a more comprehensive understanding of family vulnerabilities and strengths. It is noteworthy that the home constitutes a privileged environment where parents feel more comfortable expressing doubts, insecurities, and needs, fostering the development of bonding, trust, and open communication with health professionals, specifically nurses. Furthermore, the home visits rather than focusing solely on illness or clinical events enables a holistic approach centered on the family and their actual living environment. Thus, the nurse observes and understands daily family routines, available resources (support networks), relational dynamics (interactions, conflicts, and family strengths), and housing conditions (physical space, hygiene, accessibility) that would hardly be visible in an institutional setting, such as a pediatric nursing consultation.

Conclusion: The integrative review demonstrates that the home visit to the newborn constitutes a Family Health Nursing intervention, allowing a contextualized systemic assessment of the family, with a focus on family dynamics, social determinants of health, and the transition processes to parenthood. The role of the Family Health Nurse Specialist (FHNS) is evidenced in building a therapeutic relationship based on trust and empathy, which facilitates communication and promotes family involvement in the care process, in line with the principles of family centered care.

Furthermore, the relevance of the home visit in the early identification of vulnerabilities and risk factors is highlighted, enabling the implementation of preventive interventions. Simultaneously, the FHNS plays a decisive role in promoting parenting, family capacity building and empowerment, contributing to a healthy adaptation to the postnatal period.

However, scientific evidence remains limited, reinforcing the need for further research, particularly in the context of primary health care, with a focus on the assessment and intervention in family dynamics during the postnatal period.

Keywords: nurses, parenting, home visit and newborn

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

BI CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EC – Ensino Clínico

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

IFNA - International Family Nursing Associaton

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - Instituto Joanna Briggs

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-nascido

SARA - Sistema de Atendimento e Resposta Ágil

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD - Visita domiciliária

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	3
1.1. ENQUADRAMENTO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	4
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	4
1.3. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	7
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	9
2.1. CONTRIBUTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	10
2.1.1. Teorias das ciências sociais.....	10
2.1.2. Teoria da terapia familiar	11
2.1.3. Teorias de Enfermagem.....	12
2.2 A FAMÍLIA	13
2.2.1. A transição para a parentalidade	13
2.2.2. Visita domiciliária de enfermagem à família com recém-nascido	15
2.3. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA E O MODELO CALGARY DE INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FAMÍLIA.....	16
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO	18
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	18
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	19
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	24
4.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO	24
4.2. METODOLOGIA.....	25
4.3. PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	25
4.4. RESULTADOS	28
4.5. DISCUSSÃO	35
4.6. CONCLUSÕES DA RIL	38
4.7. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	39
4.8. LIMITAÇÕES NA RIL.....	39
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

APÊNDICE

APÊNDICE I - Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

ANEXO

ANEXO I - Pedido de autorização ao coordenador da USF para utilização de dados contidos neste trabalho

Índice de Figuras

Figura 1: Caracterização demográfica do ficheiro da USF T.....	5
Figura 2: Nº utentes e de famílias do ficheiro médico de família	8
Figura 3: Pirâmide etária dos utentes do ficheiro médico de família	8
Figura 4: Fluxograma PRISMA (adaptado) do Processo de Selecção de Estudos.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descritores DeCS/MeSH	27
Tabela 2: Extração de dados do artigo 1	33
Tabela 3: Extração de dados do artigo 2	34
Tabela 4: Extração de dados do artigo 3	34
Tabela 5: Extração de dados do artigo 4	35

Índice de Quadros

Quadro 1: Avaliação da Qualidade do artigo 1	29
Quadro 2: Avaliação da Qualidade do artigo 2	30
Quadro 3: Avaliação da Qualidade do artigo 3	31
Quadro 4: Avaliação da Qualidade do artigo 4	32

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 em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano, 3º semestre.

O estágio decorreu na USF T com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O Ensino Clínico III teve uma duração total de 297,5 horas, ocorrendo entre 8 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, e teve como objetivos os seguintes:

Objetivos Gerais (G)

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

G2. Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

Objetivos Específicos (E)

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

Objetivos Transversais (T)

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos.

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Para responder a estes objetivos foram desenvolvidos mais dois estágios: Estágio I com 216 horas e Estágio II com 189 horas.

Ao longo do estágio, os conhecimentos teóricos adquiridos permitiram estabelecer a ligação entre a componente teórica lecionada e a prática em contexto clínico, resultando na aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde familiar.

A enfermagem configura-se como uma disciplina científica de elevada complexidade, alicerçada em pressupostos de rigor epistemológico e metodológico. Desde a sua génese, com particular destaque para o contributo de Florence Nightingale, emergiu a valorização da família e do ambiente enquanto unidades fundamentais de intervenção. Esta abordagem impulsionou o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, através da consolidação do conhecimento científico, do incremento da investigação e da elaboração de modelos e teorias orientadores da prática no domínio da saúde familiar (Figueiredo, 2012).

A problemática em estudo surgiu, no âmbito dos cuidados de saúde primários, concretamente numa unidade de saúde familiar, contexto em que se integram a prestação de cuidados de saúde

domiciliários ao recém-nascido e à sua família como uma intervenção de reconhecida relevância, fortemente recomendada e sustentada pela evidência científica. Não obstante, concede-se que, em Portugal, de acordo com a pesquisa efetuada, é pouco realizado inclusive na unidade onde foi realizado o ensino clínico. Optou-se assim pela temática, visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família, como área de interesse para o desenvolvimento do projeto de estágio, a qual se insere na linha de investigação “Perceção do enfermeiro de família na dinâmica familiar aquando visita do recém-nascido ao domicílio” e visa contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre como o enfermeiro de família percebe e influencia a dinâmica familiar no período de transição para a parentalidade, quando realiza a visita domiciliária ao recém-nascido.

O trabalho de investigação selecionado foi o Protocolo de Revisão Integrativo da Literatura (RIL) e para a sua consecução foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros de família na dinâmica familiar aquando visita do recém-nascido ao domicílio.

Objetivos específicos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de família para envolver a família nos cuidados ao recém-nascido durante a visita domiciliária.
- Identificar as dificuldades e desafios enfrentados pelos enfermeiros de família na interação com a dinâmica familiar durante a visita ao domicílio.
- Identificar as perceções dos enfermeiros sobre o impacto da visita domiciliária na relação de confiança e colaboração com a família.
- Identificar as necessidades de formação e apoio identificadas pelos enfermeiros para melhorar a prestação de cuidados centrados na família.

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

O primeiro capítulo apresenta a descrição do contexto da prática clínica. Inicia-se com o enquadramento da Unidade Local de Saúde, entidade que integra várias unidades funcionais e assegura cuidados de saúde à população, apresenta-se, de seguida, a caracterização da Unidade de Saúde Familiar (USF) T, onde se realizou o ensino clínico. Descreve-se o espaço físico e os equipamentos disponíveis, bem como os recursos humanos que compõem a equipa multidisciplinar. É igualmente abordada a acessibilidade da população à unidade e o circuito dos utilizadores. Por fim, apresenta-se a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

O segundo capítulo apresenta o enquadramento conceptual, integrando os referenciais teóricos que fundamentam a prática especializada em enfermagem da saúde familiar, bem como os conceitos que dão suporte às intervenções em estágio e ao processo de investigação.

O terceiro capítulo apresenta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desenvolvidas no âmbito do ensino clínico, integrando uma reflexão crítica sobre as mesmas.

O quarto 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, implicações práticas para o estudo desenvolvido e as limitações da RIL.

Por último apresenta-se as conclusões finais, as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho, os apêndices e anexos identificados ao longo do trabalho.

1. Contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar

A prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar ocorrida em contexto de ensino clínico é um dos passos necessários à consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico e teórico-prático.

Com a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em 2007, dá-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF). O seu regime jurídico é instituído no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 agosto, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho.

As Unidades de Saúde Familiar apresentam as seguintes características:

- Adesão voluntária de profissionais e utilizadores;
- Trabalho em equipa multiprofissional;
- Obrigatoriedade de sistema de informação;
- Regime remuneratório sensível ao desempenho;
- Regime de incentivos;

Contratualização e avaliação.

De acordo com o mesmo decreto, as USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, por enfermeiros (preferencialmente especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar) e por secretários clínicos, podendo ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.

A atividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.

Fundamentados na mesma base legal, o plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, contendo o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

O compromisso assistencial deve indicar entre outras:

- A definição da oferta e a carteira básica de serviços;
- Os horários de funcionamento da USF;
- A definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes;
- A articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde;
- A aceitação expressa das condições, dimensão e modos de colheita de informação que permita às entidades autorizadas por despacho do Ministro da Saúde avaliar os resultados da equipa e dos seus membros, em termos de efetividade, eficiência, qualidade e equidade.

Considerando que a finalidade dos ensinos clínicos é garantir, através da prática de enfermagem especializada, a aquisição de competências comuns definidas para o enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018) definidas pela Ordem dos Enfermeiros e em consonância com as orientações da OMS e da comissão europeia, a escolha dos contextos da prática clínica reveste-se de particular importância.

Neste pressuposto, a escolha da USF teve por base a garantia do desenvolvimento académico e profissional, suportada no pressuposto das boas práticas na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade ao longo do ciclo vital.

1.1. Enquadramento da unidade local de saúde

A Unidade Local de Saúde (ULS) agrega três unidades hospitalares e os cuidados de saúde primários da região tendo iniciado o seu funcionamento no dia 1 de janeiro de 2024.

Consultando os dados de recenseamento da população de 2021, verifica-se que a população residente na área geográfica de influência direta da ULS do O é de 235.231 residentes, distribuídos por aproximadamente 1.348 km² (ULS do O, 2025).

A área dos cuidados de saúde primários (CSP) pertence à Unidade Local de Saúde do O e, encontram-se inscritos 250.572 utentes distribuídos por oito concelhos (BI-CSP, 2025), apresentando uma estrutura assistencial organizada em unidades funcionais com missões complementares.

De acordo com o BI-CSP (2025), essa estrutura é representada da seguinte forma:

- 11 Unidades de Saúde Familiar;
- 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;
- 6 Unidades de Cuidados na Comunidade;
- 1 unidade de serviços assistenciais partilhados (serviço social, psicologia e higiene oral).

A estrutura da ULS do O é composta por um presidente do conselho de administração; um diretor clínico na área hospitalar; um diretor clínico na área dos CSP; um enfermeiro diretor e um vogal executivo na área financeira, sendo o seu propósito a resposta integrada às necessidades de saúde da população da sua área de abrangência, e bem assim a prestação de cuidados de saúde de forma multidisciplinar, com excelência técnica, científica e organizativa.

No âmbito da sua intervenção privilegia valores e princípios destacando-se o respeito e ética, a humanização, o trabalho em equipa, centrado no cidadão, a transparência e o desenvolvimento sustentável (ULS do O, 2025).

1.2. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar T

Como anteriormente assinalado, a USF T pertence à área dos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde do O.

A unidade iniciou a sua atividade a 01 de setembro de 2006, encontra-se sedeadada na localidade de T, integrando o pólo de SM, prestando assistência a utentes do concelho de CR e limítrofe.

Segundo os dados do Registo Nacional de Utentes de abril de 2025 (BI-CSP, 2025), a USF tem 12.382 utentes inscritos (o que se traduz em 16.584 unidades ponderadas), sendo que 5.950 são homens e 6.432 são mulheres. O grupo etário com maior percentagem é o dos 7-64 anos com um total de 8.676 utentes. Pela análise da pirâmide etária conclui-se que as faixas etárias com maior número de utentes inscritos são: dos 45-49 anos, dos 50-54 anos e dos 55-59 anos.

O índice de dependência total é calculado através da relação entre a população jovem e idosa (população dependente) e a população em idade ativa (adulta). Assim, o índice de dependência total do ficheiro da USF T é de 58.85%, a percentagem de jovens é de 19.14% e a percentagem de idosos de 39.7%.

Desta população, 2.568 mulheres encontram-se em período fértil (15-54 anos), sendo que este grupo constitui 39.9% do total das mulheres inscritas na USF T.

Figura 1

Caracterização demográfica do ficheiro da USF



Fonte: BI-CSP, acedido em 30 de abril de 2025

1.2.1. Espaço físico e Equipamentos

A Unidade Saúde Familiar T dispõe da presença de um vigilante na entrada, bem como de secretariado de fácil acesso, composto por dois pontos de atendimento.

Dispõe ainda de:

- Uma sala de espera;
- Sete gabinetes médicos;
- Três gabinetes de enfermagem;
- Uma sala de tratamentos (gabinete 3);
- WC para profissionais e sala para troca de vestuário anexa;
- WC para utentes;
- Armazém;
- Uma sala de arrumos;
- Uma sala de arquivo;
- Um refeitório;
- Uma sala *back office*;
- Uma sala de reuniões.

O acesso a pessoas com mobilidade reduzida é assegurado por um amplo corredor que garante a ligação entre todos os espaços acima elencados.

Todos os gabinetes se encontram devidamente equipados com mobiliário, meios informáticos, de comunicação, material clínico e meios de higienização de mãos adequados à prestação de cuidados ali efetuada.

De acordo com a especificidade de consultas, os gabinetes de enfermagem (1 e 2) apresentam diferentes materiais, como Marquesas para adulto ou para crianças, balanças para adulto e/ou pediátricas, material para avaliação (diapasão e monofilamento) do pé do utente com Diabetes *Mellitus*, aparelhos para avaliação de tensão arterial (braçadeira de adulto e pediátrica), oxímetro portátil e garrafa de oxigénio portátil.

No gabinete de enfermagem (2) encontra-se o frigorífico para acondicionamento de vacinas com registo gráfico e no gabinete (3) o equipamento para o Suporte Imediato de Vida, designadamente desfibrilhador

automático externo bem como uma mala de emergência e uma mala de visitação domiciliária.

1.2.2. Recursos humanos

A equipa adstrita à Unidade de Saúde Familiar é constituída por:

- Sete médicos de medicina geral e familiar;
- Três médicos internos de medicina geral e familiar;
- Dois enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Familiar;
- Dois enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Pública;
- Três enfermeiros generalistas;
- Cinco secretários clínicos.

Dos elementos anteriormente elencados, são destacados membros que prestam serviço em regime rotativo no pólo de SM, sendo a equipa que ali desempenha funções composta por dois médicos, dois enfermeiros e dois secretários clínicos.

A estrutura orgânica da USF T é composta pelo Coordenador da USF, o Conselho Geral e o Conselho Técnico.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 103/2023, o coordenador é um elemento médico escolhido pelos elementos da equipa e é eleito em Conselho Geral com a maioria de dois terços dos votos. O Conselho Geral integra todos os profissionais da equipa da unidade.

Por outro lado, o Conselho Técnico é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, sendo dada preferência aos elementos detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, sendo estes selecionados pelos respetivos elementos de cada grupo profissional.

A metodologia de trabalho tem por base a atribuição 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 intersubstituição dos elementos de modo a garantir a prestação de cuidados.

1.2.3. Acessibilidade e circuito de utentes

O edifício da USF T é composto por um único piso, térreo, estando localizado em zona central, junto à Igreja Matriz, dispondo de parque de estacionamento.

No âmbito do funcionamento da USF T, qualquer utente inscrito tem acesso à consulta médica ou de enfermagem, sendo apenas necessário proceder ao agendamento presencial, telefónico ou por correio eletrónico, possibilitando uma mais eficiente troca de informação, designadamente no que respeita à data e hora de realização do respetivo ato clínico. O primeiro contato do utente com a USF T é realizado através do sistema de senhas retiradas no quiosque (equipamento de apoio à gestão de fluxos), sendo que para tal o utente, com recurso ao cartão do cidadão, tem ao seu dispor a opção de cuidados de enfermagem, consulta agendada (médica e/ou enfermagem) ou informações gerais/receituário crónico.

Após fazer o seu *check-in* o utente aguarda na sala de espera a sua chamada com referência ao número que conste da senha que lhe foi atribuída, sendo que quando o número de senha for chamado no ecrã, será também ali indicado qual o gabinete a que se deve dirigir.

No caso de consulta médica e/ou enfermagem, o utente aguarda a chamada pelo administrativo sendo este quem faz o seu encaminhamento de acordo com a tipologia de consulta, isto é consulta aberta,

consulta de vigilância ou consulta programada.

Em ambas as consultas, aberta e programada, o utente aguarda na sala de espera pela chamada médica. Na consulta de vigilância (onde se inserem as vigilâncias nos programas de Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão, Diabetes) o utente aguarda na sala de espera pela chamada do profissional de enfermagem.

São asseguradas consultas abertas para dar resposta a situações de doença aguda e consultas de intersubstituição aquando da ausência dos elementos da equipa de saúde familiar do utente.

Fora do horário de funcionamento da USF, em caso de situação de doença aguda grave os utentes recorrem ao contato do serviço nacional de saúde através da linha SNS 24 serviço que permite ao utente o aconselhamento e encaminhamento para os serviços de saúde mais adequados (Regulamento interno da USF T, 2025).

A USF T dispõe de duas linhas telefónicas independentes para serviço administrativo e para enfermagem. O atendimento telefónico geral é feito por o sistema SARA (Sistema de Atendimento e Resposta Ágil). As chamadas são devolvidas, sempre que possível no próprio dia ou dia útil seguinte. O horário de atendimento telefónico pela equipa de enfermagem fica definido das 12H00 às 14H00 e das 18H00 às 20H00 nos dias úteis.

1.3. Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família

A inscrição dos utentes na USF T passa pela atribuição de um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico. Os ficheiros não se encontram atribuídos por famílias, mas por utentes, apesar de haver preocupação em manter o agregado familiar sempre no mesmo ficheiro.

O enfermeiro de família procura programar os cuidados aos seus utentes de acordo com o conhecimento que tem da família e do seu contexto, a fim de que, no cuidado direcionado ao indivíduo, a sua prática clínica, ao longo do ciclo vital, seja aprimorada, com vista a uma melhor prestação de cuidados, garantindo um acompanhamento integral, personalizado e contínuo aos indivíduos, famílias e comunidade.

O ficheiro do enfermeiro de família em análise na figura 2 - cuja autorização para estudo e utilização de dados foi concedida e constitui anexo ao presente trabalho - é composto por 1.849 utentes e 784 famílias, as quais se encontram sob a prestação de cuidados de um único enfermeiro.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda que cada Enfermeiro de Família tenha, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica, sendo que neste caso a realidade contraria em larga medida o disposto na citada recomendação, porquanto a enfermeira cujo ficheiro se analisa, tem mais do dobro do valor recomendado.

De acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE, é indicado como limite máximo o número de 1.550 utentes por enfermeiro, garantindo assim, segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços (Regulamento n.º 743/2019). Também da análise deste parâmetro resulta evidente que no ficheiro analisado a enfermeira ultrapassa o valor recomendado, porquanto apresenta um valor excedente em 299 utentes.

Esta situação torna mais desafiante a prestação de cuidados centrados na família como unidade de cuidados.

Figura 2

Nº utentes e de famílias do ficheiro médico de família

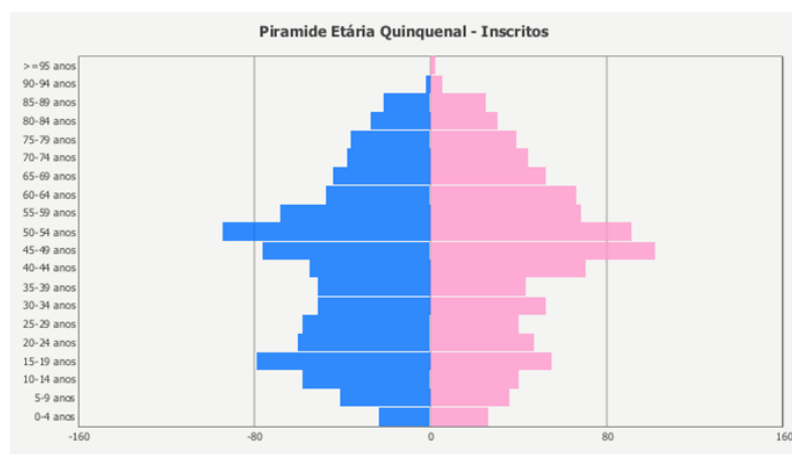
Frequentador Actual	S		Total	
	Frequentador			
Local	Nº			
	Nº de Famílias	Utentes Família	Nº de Famílias	Nº Utentes Família
USF T.	784	1.849	784	1.849

Fonte: MIM@UF, acedido em 30 de abril de 2025

A alteração na composição etária da população portuguesa, com a descida da natalidade e o aumento da esperança de vida, tem acentuado o envelhecimento da população. A mesma tendência é verificada nos utentes inscritos neste ficheiro, o que se representa na pirâmide etária na Figura 3.

Figura 3

Pirâmide etária dos utentes do ficheiro médico de família



Fonte: MIM@UF, acedido em 30 de abril de 2025

Da leitura da Figura 3, verifica-se uma pirâmide etária na qual predominam indivíduos no topo da pirâmide, o que revela uma população envelhecida, agravada por uma menor taxa de natalidade, pequena proporção de jovens e uma elevada esperança média de vida.

De acordo com os dados do SClínico, do ficheiro médico salienta-se que as doenças de maior prevalência são a Hipertensão Arterial (257 utentes) e a Diabetes *Mellitus* (119 utentes).

A codificação de diagnósticos médicos de maior incidência são 575 utentes com excesso de peso; 386 utentes com alterações do metabolismo dos lípidos; 370 utentes com ansiedade; 304 utentes com obesidade e 271 utentes com abuso do tabaco (MIM@UF, 2025).

2. Contextualização da enfermagem de saúde familiar

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, relacionadas a alterações sociodemográficas que orientavam a novas necessidades de saúde. A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço favorecido de suporte à vida e saúde dos seus membros (OE, 2015).

Para a compreender a família como unidade, torna-se essencial conceptualizá-la através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a autenticidade da família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2023).

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (Figueiredo, 2023). Aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) são colocados novos desafios, como o reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva, bem como o papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família. Na segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS reforçou o contributo dos enfermeiros na necessidade de reforçar as suas competências e intervenção na prestação de cuidados de saúde à comunidade e às famílias (OE, 2015).

Os CSP formam a base do sistema de saúde e, conforme o Plano Nacional de Saúde, priorizam intervenções em rede e um modelo centrado na família e no ciclo de vida.

No atual enquadramento legislativo dos CSP, surge um modelo de proximidade que direciona o foco dos enfermeiros para a família como unidade de cuidados e destaca-se o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados nas diferentes fases nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, nos vários níveis de prevenção (Figueiredo, 2023).

No regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, a Ordem dos enfermeiros (2015) define família como:

“(...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (p.17386).

Para compreender uma disciplina como Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), é essencial definir noções fundamentais como Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem, conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelo International Family Nursing Association (IFNA).

A **saúde** surge como um processo dinâmico vivido pelas famílias, onde as relações familiares são centrais, abrangendo não só a saúde individual, mas a da família como unidade, com interações biopsicossociais e espirituais (OE, 2017).

A **família** possui um património cultural e histórico único, com aptidões inerentes e interações próprias que moldam a sua perceção de saúde, atitudes e objetivos. Todas as famílias têm capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde (OE, 2017).

O **ambiente** influencia as interações familiares em contextos comuns, transformando-o mutuamente e sendo por ele influenciado. Os enfermeiros colaboram com as famílias para criar ambientes que promovam saúde, bem-estar e prevenção de doenças (OE, 2017).

A **enfermagem** compromete-se a colaborar e apoiar a família na sua situação de saúde bem como na

sociedade. A Enfermagem de Saúde Familiar centra-se na interação entre a família e enfermeiro, promovendo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde e do empoderamento da família. Os enfermeiros especialistas interagem com subsistemas familiares e a família como unidade, respondendo a necessidades biológicas, sociais, espirituais, funcionais e de desempenho dos diferentes papéis familiares (OE, 2017).

Nos subcapítulos seguintes são apresentados os contributos teóricos e conceptuais de várias áreas científicas que apoiam a contextualizar a enfermagem de saúde familiar.

2.1. Contributos teóricos e conceptuais para a Enfermagem de Saúde Familiar

A enfermagem desenvolveu vários modelos teóricos ao longo do tempo, e a diversidade entre eles enriquece o conhecimento dos enfermeiros, permitindo-lhes intervir em diferentes contextos e com diversas famílias. A enfermagem de saúde familiar constitui o seu corpo de conhecimentos e o seu desenvolvimento teórico a partir da interseção das teorias das ciências sociais, terapia familiar e modelos e teorias de enfermagem (Figueiredo, 2012).

As teorias das ciências sociais permitem a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família. (Figueiredo, 2012). Seguidamente são descritas algumas destas teorias e os seus principais contributos.

2.1.1. Teorias das ciências sociais

A teoria estruturo-funcional considera a família como um sistema social, partindo do pressuposto de que os membros da família agem de acordo com um conjunto de norma e valores interiorizados, que são aprendidos principalmente através da socialização (Hanson, 2005).

A teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy define o sistema e formula princípios sobre o funcionamento de qualquer sistema, independentemente da sua natureza (Alarcão, 2002). Segundo esta, um sistema é composto por um conjunto de elementos interativos, em que cada elemento é distinto do ambiente em que existe. Os sistemas podem ser abertos ou fechados, conforme permitam ou não troca de energia e matéria com o ambiente e são regulados de mecanismos de feedback positivo e negativo para manter a sua homeostase (Hanson, 2005).

Sob esta perspetiva, o sistema familiar integra-se nos seus suprassistemas e surge como um todo organizado, com membros interdependentes e interativos (Hanson, 2005). Esta visão do sistema familiar coloca realce no todo e não nos indivíduos e defende que as intervenções dos enfermeiros de família devem abordar os subsistemas, processos e funcionamento de toda a família (Hanson, 2005).

Na teoria interativa a família é vista como um conjunto de elementos interativos e analisa a dinâmica familiar interna, em particular, os processos de comunicação, papéis, tomada de decisões, resolução de problemas e padrões de socialização (Rose, 1962 como citado em Hanson, 2005). Esta abordagem interativa capacita o enfermeiro de saúde familiar a avaliar a interação e comunicação entre membros da família, o papel da família, a distribuição de poder, o *coping* familiar, os padrões de socialização e as relações entre os seus membros. Prioriza os processos internos de interação social nas famílias, tendo a desvantagem de não considerar o ambiente, a história, a cultura e o contexto socioeconómico familiar (Hanson, 2005).

A teoria do *stress* derivou do trabalho de investigação de Rueben Hill, analisou a forma como diferentes fatores de stress eram percebidos pelas famílias e como se adaptavam a este (Hanson, 2005). Esta teoria postula a

percepção que a família tem sobre um acontecimento e o modo como ela vai lidar com o mesmo e de quanto tempo será para ela. Esta teoria proporciona aos enfermeiros de saúde familiar uma visão sobre como avaliar o fator de stress, a forma como a família o interpreta, que recursos têm, estratégias de *coping* e efeitos desse acontecimento no funcionamento familiar (Hanson, 2005).

A teoria do desenvolvimento refere-se à história processual da família, com destaque no ciclo vital (Duvall & Miller, 1985 como citado em Figueiredo, 2012). O desenvolvimento da família ocorre ao longo de diferentes etapas, assinaladas pela entrada e saída de elementos na família, e que incluem tarefas de desenvolvimento a realizar (Hanson, 2005). Desta forma, é uma estrutura que prevê o que a família irá sentir em cada fase do ciclo de vida familiar.

A teoria da mudança destaca que as famílias precisam de um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade para garantir a sua continuidade. A mudança no sistema familiar resulta de estímulos internos e externos, atuando como compensação às perturbações para preservar a estabilidade (Maturana & Varela, 1992 como citado em Hanson, 2005). O enfermeiro de família, sob a perspectiva desta teoria, deve apoiar as famílias no sentido de facilitar a mudança, criando condições que a tornem mais viável (Hanson, 2005).

2.1.2. Teoria da terapia familiar

A terapia familiar evoluiu a partir de uma multiplicidade de influências tendo recebido contribuições de diferentes áreas do conhecimento, surgindo para trabalhar famílias com problemas (Hanson, 2005).

Salientam-se três modelos de terapias familiares, sendo estes: a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa de comunicações (Goldenberg & Goldenberg, 1996 como citado em Hanson, 2005).

Ambos os modelos conceptualizam a família como um sistema composto por subsistemas interdependentes, cuja totalidade ultrapassa a mera soma das suas partes, sendo que qualquer alteração num dos seus elementos repercute-se necessariamente no funcionamento global do sistema (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar estrutural apresenta como o seu principal representante Minuchin e tem como foco todo o sistema familiar, subsistemas, fronteiras, padrões de transição e regras secretas, sendo a família entendida como um sistema sociocultural aberto, constantemente é confrontado com mudanças quer dentro, quer fora da família (Hanson, 2005). O papel do enfermeiro é o de avaliar todo o sistema familiar e encorajar/ajudar a família a reestruturar-se e fortalecer os seus sucessos (Minuchin & Fishman, 1981 como citado em Hanson, 2005).

A teoria da terapia dos sistemas familiares foi desenvolvida por Bowen e considera a ansiedade como uma parte inevitável e onnipresente na vida sendo a ansiedade crónica a principal responsável por disfunção nos indivíduos e famílias (Hanson, 2005). Nesta teoria, a resolução só é possível através da distinção do «eu» e capacitação dos indivíduos a distinguirem-se emocional e intelectualmente da sua família de origem (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar interativa ou teoria da comunicação foi desenvolvida por investigadores da Escola de Palo Alto, na Califórnia (Hanson, 2005). Esta teoria considera a família como um sistema de comportamentos interativos, interligados ou um processo comunicacional onde todo comportamento possui valor comunicativo e assenta em regras fundamentais da comunicação (Hanson, 2005). Assim, é interativa devido à ênfase na dinâmica relacional entre os indivíduos, defendendo que os problemas emocionais resultam das formas de interação familiar, o que é crucial para a avaliação do enfermeiro de família (Hanson, 2015).

2.1.3. Teorias de Enfermagem

A enfermagem, enquanto ciência, tem vindo a desenvolver ao longo dos anos diversos modelos teóricos que orientam a prática profissional. Não existe um modelo teórico único considerado ideal para a intervenção em enfermagem, pelo contrário, os contributos e as diferenças existentes entre os vários modelos constituem uma mais-valia para o enriquecimento de conhecimentos, permitindo aos enfermeiros intervir de forma adequada em distintos contextos e com diferentes famílias.

Durante o percurso académico foram analisados diversos modelos teóricos fundamentais à ciência de enfermagem. Com o intuito de aprofundar a compreensão sobre a enfermagem de família, de seguida apresenta-se uma breve análise de diferentes teorias que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação conceptual da prática de cuidados de enfermagem dirigida à família.

De acordo com Hanson (2005), determinadas teorias apresentam maior relevância para a prática de enfermagem familiar, destacando-se as seguintes:

A teoria do ser humano unitário, de Martha Rogers (1970), baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas e propõe, numa fase inicial, a compreensão do indivíduo enquanto campo de energia multidimensional e unitário, envolvido num processo contínuo de interação com o ambiente (Hanson, 2005). Em 1981, Fawcett desenvolveu a teoria de Rogers, aplicando-a à dinâmica familiar e descrevendo a família como um campo de energia em constante movimento, aberto às influências do ambiente e em transformação contínua, atravessando estádios de desenvolvimento que ocorrem de forma sequencial e unidirecional (Hanson, 2005). A teoria do défice de autocuidado, de Dorothea Orem (1971) observa a família como o contexto primordial onde o indivíduo adquire a cultura, os papéis e as responsabilidades sociais, reconhecendo o papel que cada membro assume no apoio ao desenvolvimento da autonomia de um dos seus elementos. Nesta perspetiva, a família é vista sobretudo como fonte de suporte ao indivíduo, e não como cliente ou recetor de cuidados (Hanson, 2005). Esta teoria foi alargada por Gray, em 1996, para este autor, a família centra-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado, enquanto sistema, individual ou familiar (Figueiredo, 2012). O Enfermeiro de Saúde Familiar (ESF) identifica déficits de autocuidado na família, bem como avalia competências para comportamentos que promovam o desenvolvimento adequado do sistema familiar, incluindo papéis sociais e responsabilidades e para tal, utiliza ferramentas como genograma ou ecomapa para mapear interações e recursos disponíveis.

O modelo de adaptação de Calista Roy (1976), o indivíduo é visto como um sistema adaptável a estímulos internos ou externos e a família como o contexto para o desenvolvimento e adaptação individual (Hanson, 2005). Os autores Roy e Roberts (1981) redefiniram esta visão e mencionaram a família como “(...) um sistema adaptativo que, tal como o indivíduo, recebe informação, tem controlo interno, processos de feedback e produção” (Whall e Fawcett, 1991 como citado em Hanson, 2005, p.55). Mais tarde, em 1983, McCubbin e Figley sugeriram alargar este modelo de adaptação de forma a incluir padrões de coping familiar ineficazes, responsáveis por problemas de funcionamento dentro da família (Hanson, 2005).

A teoria de consecução de objetivos, de Imogene King (1981) apresenta uma estrutura conceitual baseada em sistemas abertos, cujo conceito central é o ser humano enquanto sistema em interação com o meio ambiente, centrando-se na interdependência entre sistemas. Neste modelo, a relação enfermeiro-indivíduo/família é compreendida como uma interação recíproca, em que ambos os elementos colaboram na concretização de metas definidas e as suas perceções se influenciam (Figueiredo, 2012).

O modelo de sistemas de Betty Neuman (1982) é influenciado na teoria geral dos sistemas e centra-se no stress e na reação do sistema em relação a este, visando a diminuição dos seus efeitos na saúde (Figueiredo, M.H., 2012). Segundo George (2000, como citado em Figueiredo, 2012, p.14) “(...) a pessoa é definida como

um sistema total, multidimensional e dinâmico, que responde aos stressores do ambiente”. Com este modelo o enfermeiro ESF contempla a família como unidade de cuidados, prevê a intervenção nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e utiliza-o quando se verifica uma fonte de stress que possa afetar a saúde da família.

O modelo McGill foi desenvolvido por Moyra Allen é um modelo orientado para a promoção da saúde na família, envolvendo esta no processo de aprendizagem para adquirir comportamentos de saúde mais saudáveis (Kerouac et al., 1994, como citado em Marques et al., 2024). No sentido de obter o máximo possível de ganhos em saúde, o indivíduo ou a família têm de se tornar um participante ativo ou colaborador no processo de promoção da saúde (Marques et al., 2024). Este modelo de enfermagem assume relevância na ESF, uma vez que o cuidado é centrado na família. As soluções para os problemas de saúde estão na unidade familiar, sendo o papel primordial do enfermeiro de família apoiar as famílias para capacitá-las a desenvolver os seus pontos fortes e o seu potencial de saúde, ajudando-a a aprender com as suas próprias experiências de saúde.

2.2. A família

A família é entendida como um “grupo, uma unidade social, ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses, 2016, p. 143).

Alarcão (2002) define família como um sistema aberto, em constante equilíbrio e desequilíbrio, capaz de se reorganizar perante crises e transições.

Para Figueiredo (2023) a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros. Independentemente da sua composição ou estrutura, as famílias desempenham um conjunto de funções essenciais para preservar a integridade da unidade familiar, responder às necessidades do grupo e dos seus membros, bem como corresponder às expectativas sociais. Contudo, enquanto grupo, a família evolui em função dos seus objetivos, desenvolvendo diferentes funções que se adaptam às mudanças ao longo do seu ciclo de vida, influenciado por transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012). As transições normativas são as mudanças previsíveis e esperadas que acontecem ao longo do ciclo de vida da família, associadas às suas etapas de desenvolvimento. Contudo, podem ocorrer transições acidentais, caracterizadas pelo seu carácter inesperado, nomeadamente o aparecimento de doenças crónicas, que conduzem a desafios capazes de comprometer a estrutura e a dinâmica familiar, bem como os papéis assumidos pelos seus membros (Figueiredo, 2023).

2.2.1. A transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade representa um processo significativo de mudança na vida dos indivíduos, envolvendo alterações nos papéis, identidade e relações familiares. No contexto da enfermagem de saúde familiar, o referencial teórico das Transições de Afaf Meleis (2010) oferece um enquadramento robusto para compreender e apoiar este fenómeno.

A teoria das Transições, de acordo com Meleis (2010) define a transição como uma passagem de um estado estável para outro, desencadeada por eventos críticos ou desenvolvimentais, como o nascimento de uma criança. Este processo exige a incorporação de novos conhecimentos (cuidados com o bebé), modificação de

comportamentos e redefinição do self, podendo ser do tipo desenvolvimental (previsto no ciclo vital, como a parentalidade), situacional (mudança de papéis sociais), de saúde-doença ou organizacional.

De acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF) este, identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida, sendo o elemento ideal para facilitar essa transição, atuando na capacitação dos pais, especialmente na promoção de uma parentalidade responsável e equânime. Assim, intervém ao compreender experiências vividas pelos pais, construindo intervenções centradas na família, avaliação das dinâmicas familiares, planeamento de intervenções e promoção de autonomia parental. Esta abordagem fortalece a paternidade/maternidade, beneficia o desenvolvimento infantil e promove igualdade de género, alinhando-se aos ganhos em saúde.

O ciclo de vida da família é profundamente marcado pela parentalidade. O nascimento do primeiro filho constitui um marco estruturante deste processo, desencadeando uma reconfiguração da organização familiar, com o aparecimento de novos graus de parentesco, subsistemas e papéis, tanto ao nível da família nuclear como da família alargada, bem como uma redefinição das fronteiras familiares (Figueiredo, 2023).

De acordo com a CIPE, parentalidade é entendida como a ação de “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses, 2016, p. 71), pelo que o enfermeiro especialista em saúde familiar ocupa uma posição privilegiada na promoção da parentalidade, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança e família.

Fracolli et al., (2018) refere no seu estudo que desenvolver a parentalidade dos pais aumenta a resposta materna/paterna às necessidades da criança, e isso consequentemente, terá um impacto positivo no desenvolvimento infantil. A autora define a parentalidade como o conjunto de atividades desenvolvidas com o objetivo de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento da criança num ambiente seguro, promovendo a sua autonomia e preparando-a para enfrentar as situações físicas, económicas e psicossociais que surgirão ao longo da vida.

O processo de desenvolvimento infantil ocorre de forma natural, no entanto, é possível promovê-lo na primeira infância através da família e das experiências que esta proporciona à criança. Assim, essa atuação realiza-se mediante a construção de uma parentalidade positiva (Fracolli et al., 2018).

Neste contexto, os enfermeiros destacam-se pela sua formação orientada para os cuidados de saúde familiar e pela posse de competências básicas e avançadas que, quando sistematizadas, permitem um acompanhamento de qualidade e um apoio efetivo aos pais e famílias nos momentos de transição vivenciados com o nascimento de uma criança (Oliveira et al., 2023). O enfermeiro utiliza o diálogo para ajudar os pais na aquisição de novas competências parentais e reconhece que as transições trazem desequilíbrios, incertezas e conflitos pessoais e sociais (Oliveira et al., 2023).

De acordo com, Bäckström, et al. (2018, como citado em Larsson et al., 2023) no seu estudo indica que a qualidade das relações parentais diminui após o nascimento do primeiro filho, o que revela que muitos novos pais vivenciam a parentalidade como um período sensível nas suas vidas. Assim, é importante apoiar os pais durante a sua transição para a parentalidade, utilizando diferentes abordagens e sendo sensível às suas necessidades específicas (Larsson et al., 2023). Importa referir que, a mudança de papéis pode levar ao aumento do stresse na família e a conflitos nos relacionamentos (Larsson et al., 2023).

2.2.2. Visita domiciliária de enfermagem à família com recém-nascido

A chegada de uma criança à família ativa múltiplas dimensões que induzem um estado de vulnerabilidade e instabilidade, tanto no sistema familiar global como nos processos adaptativos de cada membro individual. Os membros familiares que assumem o papel parental deparam-se com um itinerário de incertezas, incluindo domínios parentais desconhecidos, crenças que confrontam o dia a dia, limitações na execução instrumental de tarefas e riscos de não adesão a recomendações de saúde e desenvolvimento infantil (Melo, 2021). O fortalecimento da família tem se mostrado essencial na prevenção de problemas de saúde na infância (Golsäter & Andersson, 2024).

Os primeiros anos de vida da criança são fundamentais para assegurar uma vida saudável. Todas as crianças têm direito a condições que promovam uma boa saúde na infância, bem como o melhor desenvolvimento e saúde possíveis (Golsäter & Andersson, 2024).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil preconiza a realização da primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida, preferencialmente em contexto domiciliário, o que permite avaliar as condições de vida dos pais e do bebé, prestando-lhes apoio no seu ambiente habitual, com os recursos disponíveis (Melo, 2021).

A visita domiciliária (VD) tem o objetivo de estabelecer uma relação de cuidado entre o enfermeiro e a família (Golsäter & Andersson, 2024). Esta, constitui uma intervenção central na prática de enfermagem de saúde familiar, orientada para a promoção do desenvolvimento infantil e o fortalecimento das competências parentais, bem como para a identificação precoce das necessidades de saúde das famílias com crianças pequenas (Fracolli et al., 2018). O planeamento das visitas domiciliárias e o plano de cuidados são projetados de forma personalizada e individualizada, atendendo às características, dinâmicas e contexto específico de cada família (Fracolli et al., 2018). Deste modo, as visitas domiciliárias à família com um recém-nascido assumem particular importância, pois aumentam a possibilidade de deteção precoce de eventuais problemas (Golsäter & Andersson, 2024).

As VD assumem-se, assim, como uma estratégia essencial dos cuidados de enfermagem à família, promovendo uma abordagem próxima, contínua e centrada na pessoa e na família. Esta intervenção permite ao enfermeiro dispor de um tempo e espaço privilegiados para a prestação de cuidados complexos, direcionados às particularidades, história e potencialidades de cada núcleo familiar, contribuindo para a concretização dos objetivos dos programas de saúde direcionados à primeira infância e ao bem-estar familiar (Fracolli et al., 2018). De acordo com Golsäter e Andersson (2024) as visitas domiciliárias, realizadas por enfermeiros, são orientadas para avaliar e potenciar a capacidade dos pais em estabelecer uma relação de confiança. Neste contexto, o domicílio, enquanto espaço seguro e familiar, favorece a criação de um ambiente que facilita a aceitação de apoio parental mais ajustado às necessidades da família, tendo em conta diferentes ações como a comunicação e compreensão dos papéis e competências de cada um.

As famílias, no domicílio tendem a comportar-se de forma mais natural, o que proporciona aos pais uma sensação de maior segurança, facilitando o diálogo com o enfermeiro. Neste contexto, os pais tendem a apresentar um maior nível de conforto e abertura, o que favorece a colocação de questões que, potencialmente, não seriam abordadas em contexto de consulta de enfermagem de saúde infantil (Larsson et al., 2023). As visitas domiciliárias permitem que os enfermeiros avaliem o ambiente familiar e identifiquem o tipo de apoio necessitam as famílias. As visitas domiciliares proporcionam oportunidades de prestar atenção ao ambiente em que uma família vive, ao funcionamento da família e, assim, atender melhor às suas necessidades específicas (Leirbakk et al., 2018 como citado em Larsson et al., 2023).

A relevância e o impacto da abordagem adotada pelos enfermeiros nas visitas domiciliárias tornam-se evidentes quando o processo de escuta ativa, o apoio à reorganização familiar e o reforço do empoderamento

parental são colocados no centro da intervenção. Baseando-se em conhecimentos, valores e opiniões do enfermeiro e da própria família, esta abordagem favorece a construção de uma relação terapêutica de confiança e proximidade, essencial ao fortalecimento do vínculo entre o profissional e a família na compreensão das suas necessidades e expectativa. Este processo não se limita às questões relacionadas com o cuidado infantil, mas abrange também as diversas dimensões da vida familiar, permitindo a interligação entre o bem-estar individual, familiar e relacional (Oliveira et al., 2023).

As intervenções de enfermagem concretizadas através da visita domiciliária, configuram-se como ações sistematizadas, contínuas e orientadas para a compreensão dos processos vivenciados pelas famílias. Estas intervenções constituem um espaço privilegiado de observação e interação, possibilitando a identificação de necessidades, o reforço das competências parentais e o fortalecimento das dinâmicas relacionais familiares. Contribuem, assim, para a promoção da saúde mental, do bem-estar materno e infantil, o incentivo à parentalidade e às relações familiares (Oliveira et al., 2023).

Neste enquadramento, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar revela-se essencial na regulação da dinâmica do sistema familiar durante as visitas domiciliárias ao recém-nascido, sustentando-se numa perspetiva promotora de saúde e facilitadora da adaptação familiar às exigências associadas ao nascimento. Esta intervenção operacionaliza uma abordagem sistémica e centrada na família, contemplando o recém-nascido e os seus cuidadores como unidades interdependentes, e assegurando a avaliação contínua e a resposta às necessidades biopsicossociais do núcleo familiar.

Durante a visita domiciliária, o enfermeiro especialista observa e avalia o contexto familiar, o ambiente físico e as condições de adaptação da família à nova dinâmica. Procura identificar recursos, potencialidades e eventuais fragilidades, orientando as ações de cuidado e educação para a saúde de forma personalizada e sensível à realidade de cada família.

Ao proporcionar apoio educativo e emocional, o enfermeiro contribui para o fortalecimento das competências parentais, promovendo o bem-estar do recém-nascido e favorecendo a vinculação afetiva entre pais e filho. Esta intervenção constitui, assim, uma prática essencial no acompanhamento das famílias em transição, promovendo a saúde, a prevenção de complicações e o equilíbrio familiar no domicílio.

2.3. Processo de enfermagem à família e o modelo calgary de intervenção e avaliação na família

O processo de enfermagem constitui um método que orienta a atuação dos enfermeiros, permitindo-lhes organizar e desenvolver os cuidados de forma sistematizada para alcançar os objetivos definidos (Meleis, 2012 como citado em Marques et al., 2024).

O processo de enfermagem à família inclui, assim, a avaliação e a intervenção familiar, exigindo uma estrutura conceptual que sustente a conceção dos cuidados, orientando a recolha de dados e o planeamento das intervenções (Figueiredo, 2012).

Esta perspetiva é reforçada pela Ordem dos Enfermeiros, que destaca que a prática da enfermagem de saúde familiar se baseia na investigação e na evidência científica para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família. Deste modo, torna-se evidente a necessidade de recorrer a um modelo de enfermagem que reconheça “(...) a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas” (OE, 2023, p.1).

No mesmo documento, a Ordem dos Enfermeiros identifica o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) como o referencial teórico orientado para o desenvolvimento das competências

especializadas em enfermagem.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias, tais como a estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2011). O modelo baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Este modelo foi publicado pela primeira vez em 1984, tendo sido reconhecido mundialmente e revisado em 1994, 2000 e 2005 (Wright & Leahey, 2011).

A avaliação estrutural da família procura compreender quem faz parte da família, o vínculo afetivo entre os seus membros e o seu contexto. O genograma e o ecomapa são as estratégias recomendadas para avaliação desta categoria (Wright & Leahey, 2011).

O desenvolvimento da família inclui a avaliação das etapas do ciclo vital da família, tarefas e vínculos refere-se à identificação dos estágios do ciclo vital da família (Wright & Leahey, 2011).

Por último, a avaliação funcional da família relaciona-se com os detalhes sobre como os indivíduos se comportam uns com os outros, e que são possíveis de ser observados ou são apresentados pela família (Wright & Leahey, 2011).

Este modelo funciona como um verdadeiro “mapa da família”, permitindo ao enfermeiro, através das suas categorias, realizar uma macroavaliação das forças e problemas familiares, bem como uma microavaliação que explora em detalhe áreas específicas do funcionamento da família, numa avaliação integrada (Wright & Leahey, 2011).

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) está associado ao Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). O MCIF fornece uma estrutura organizadora para conceptualizar a interceção entre um determinado domínio do funcionamento familiar e uma intervenção específica de enfermagem e tem por finalidade a mudança do sistema. Neste sentido, orienta a decisão da proposta de intervenção mais adequada, determinada pela família e pelo enfermeiro e ajuda a determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e a intervenção mais adequada para que a mudança naquele domínio ocorra (Wright & Leahey, 2011). Este modelo enfoca a promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011).

Assim, o MCAF possibilita a recolha de informação sobre a situação familiar, essencial para a formulação dos diagnósticos de enfermagem de saúde familiar, enquanto o MCAIF se apresenta como uma estrutura conceptual que apoia e integra o processo de cuidados à família.

No apêndice I consta a aplicação destes modelos a uma família, realizada durante o ensino clínico II, e onde procuro ao longo do trabalho justificar a avaliação efetuada com fundamentação teórica mais aprofundada sobre este modelo e instrumentos de avaliação familiar.

3. Aquisição de competências em ensino clínico

Neste tópico será apresentada uma análise crítica e reflexiva acerca das competências adquiridas durante o estágio. Inicialmente, abordar-se-ão as competências comuns do enfermeiro especialista, seguindo-se a exposição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe (...) que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...). As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019, p.4744).

Os domínios das competências comuns aos enfermeiros especialistas são as seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar (USF) T com a Enfermeira orientadora, foi possível desenvolver e aperfeiçoar algumas das supracitadas competências. Ao integrar a equipa de saúde, conhecendo as suas dinâmicas funcionais e organizativas, foi-me possível promover um ambiente positivo e favorável à prática de prestação de cuidados. Tive oportunidade de realizar consultas de enfermagem, nos diferentes programas de vigilância de saúde, compreendendo a atuação e integração da equipa multidisciplinar. Procurei que a minha conduta e tomada de decisão demonstrassem os valores, princípios éticos e normas deontológicas basilares ao exercício da profissão de Enfermagem e, mobilizando um conjunto de saberes (saber-ser, saber-fazer e saber-saber), esforcei-me por dar visibilidade à prática específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, junto dos utentes bem como junto da restante equipa multidisciplinar. Na recolha de informação teve-se em conta o respeito e a autodeterminação do utente/família, tendo sido assegurada a confidencialidade e privacidade dos mesmos, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos na Unidade de Saúde Familiar T. Durante este ensino clínico, tive oportunidade com a enfermeira orientadora de realizar duas visitas ao domicílio (VD) à família com recém-nascido (RN), e também colaborar na avaliação do mesmo, contribuindo para a investigação sobre a temática, nomeadamente, através do trabalho de pesquisa realizado sobre a perceção do enfermeiro de família sobre a dinâmica familiar aquando da visita domiciliária ao recém-nascido. Nas VD realizadas foram delineadas estratégias em parceria com as famílias, para a manutenção do ambiente seguro para os RN. Estas VD estão em desenvolvimento na unidade e pretende-se que sejam efetuadas nos primeiros 15 dias após o parto, até porque a Norma nº 010/2013 da Direção-Geral de Saúde (2013) recomenda a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida e no contexto domiciliário. Durante a VD há oportunidade de avaliar as condições em que os pais e o bebé vivem, apoiando-os no contexto e com as condições e os recursos de que dispõem e em que vivem.

Foi possível ainda desenvolver competências e conhecimentos na senda da satisfação das necessidades

identificadas na família, enquanto alvo de cuidados, tendo como princípio o respeito pela identidade (cultura e crenças) da pessoa e família. A implementação de estratégias nos programas de melhoria contínua da qualidade não foi desenvolvida, uma vez que seria necessário mais tempo de Ensino Clínico (EC), e sendo competências do domínio do conselho técnico da USF T, seria necessária a articulação com o enfermeiro do conselho técnico.

No entanto, exercendo a enfermeira orientadora funções de chefia da equipa de enfermagem, assisti à elaboração do plano de distribuição semanal da equipa, ao processo de liderança da mesma e à gestão de conflitos.

Ao refletir sobre a minha prática, reconheço que o programa SClínico constitui uma ferramenta importante para o registo das intervenções de enfermagem, incluindo aquelas que se relacionam com o processo familiar. Esta possibilidade representa um avanço significativo, permitindo dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela enfermagem de saúde familiar. Como refere a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento nº 428/2018, o registo informático deve ser um meio de valorização e demonstração do contributo específico da profissão. Ainda assim, percebo que há margem para melhorar a forma como os cuidados são documentados, tornando o registo mais completo, sistemático e representativo da complexidade da prática.

3.2. 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 estão descritas no Regulamento n.º 428/2018 consultado no Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. As competências específicas assentam em duas dimensões: “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”.

Neste sentido, elaborei o seguinte quadro onde consta o descritivo e as respetivas unidades de competência.

Descritivo: Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.
--

Unidades de competência:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.• Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.• Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.• Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.• Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.• Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.• Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.• Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. |
|--|

Neste Ensino clínico (EC) 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, sendo, deste modo, possível melhor compreender a complexidade do sistema e dinâmica familiar. Nesta perspetiva, a contribuição de Minuchin (1979, como citado em Alarcão, 2002), é particularmente útil para interpretar o que foi observado. A partir do seu modelo estrutural, a família é entendida como um sistema composto por subsistemas (conjugal, parental, fraternal) organizados por fronteiras e hierarquias que regulam a proximidade, a distância e o exercício de poder. No entanto, Alarcão (2002), com o seu olhar sistémico-ecológico, permite alargar ainda mais esta compreensão, ao sublinhar que a família não existe isoladamente, mas em interação permanente com outros sistemas (comunidade, escola, serviços de saúde, contexto socioeconómico e cultural). A presença de famílias provenientes de diferentes estratos sociais neste EC torna particularmente visível a forma como as condições de vida, os recursos disponíveis, as redes de suporte e a história familiar influenciam os (des)equilíbrios do sistema.

Este Ensino Clínico constituiu, uma oportunidade privilegiada para desenvolver um olhar mais sensível à complexidade da família enquanto sistema vivo, em permanente mudança, que procura continuamente encontrar novas formas de equilíbrio entre as necessidades individuais, as relações internas e as exigências do meio envolvente.

Da análise efetuada, a fim de se aplicar na prática o conjunto de conhecimentos adquiridos, foi selecionada, com a colaboração da enfermeira orientadora, uma família para intervenção específica, tendo-se procurado sempre disponibilidade para estabelecer uma relação que facilitasse a resposta às necessidades da família.

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. Foi elaborada a colheita de dados tendo em conta o histórico familiar. Deste modo conseguiu conhecer-se a estrutura familiar, identificar sintomas de problemas, e bem assim, a influência ambiental que possa comprometer a saúde da família (Figueiredo, 2023).

O conhecimento e aplicação de modelos e teorias de enfermagem, relevantes para a enfermagem de saúde familiar, foram importantes para desenvolver uma prática de cuidados à família baseada na evidência científica. Orientei a minha prática sobretudo pela Teoria das Transições, pelo Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) e pelos conceitos da Teoria Geral dos Sistemas, por serem os que melhor se adequavam ao trabalho com as famílias. Estes referenciais são destacados pela Ordem dos Enfermeiros (2023) através da Mesa do Colégio da Enfermagem Comunitária como sendo particularmente relevantes para a enfermagem de saúde familiar, ajudaram-me a compreender melhor as dinâmicas familiares e a fundamentar os cuidados prestados.

Ao longo do ensino clínico foi perceptível, na recolha de informação, que 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 bem como nas suas transições. A teoria de médio alcance das transições, de Afaf Meleis, diz que o enfermeiro trabalha em conjunto com as famílias depois de uma mudança importante na sua vida. Nessa colaboração, o enfermeiro ajuda a família a desenvolver novas competências, para que consiga viver essa fase de forma mais equilibrada e com transições mais saudáveis (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, Meleis (2015 como citado em Melo, 2021), o ser humano pode experienciar diversos tipos de transições, que podem ser do tipo desenvolvimental (nascimento de um filho), do tipo situacional (desemprego), do tipo saúde-doença (doenças crónicas) e do tipo organizacional (mudança de papéis no contexto familiar ou laboral).

No decorrer da prática clínica, tive também a oportunidade de realizar consultas de enfermagem a utentes

e famílias recentemente diagnosticados com doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes *Mellitus*). Estas situações representam transições de saúde-doença, pelo que foi essencial compreender os fatores que influenciavam este processo. Na consulta, procurei junto do utente e da família compreender o apoio que tinham por parte dos familiares, amigos e do centro de saúde; como se relacionavam e contavam com a equipa da unidade; como estavam a viver esta nova realidade; e se a família tinha desenvolvido os conhecimentos e competências necessários para responder à nova condição de saúde de um dos seus membros, que inevitavelmente alterava toda a dinâmica familiar. As intervenções que foram desenvolvidas em contexto de EC tiveram lugar tanto nas consultas na USF T, como em contexto de visita domiciliária, sendo esta última, pelas suas características particulares o espaço privilegiado para a intervenção.

Motivado pelo envelhecimento da população, acompanhado do aumento da esperança de vida e a crescente situação de comorbilidades que se verificou no EC, optou-se por abordar uma família idosa que vive sozinha a qual conta com o apoio de uma cuidadora.

Foi utilizado um instrumento de avaliação familiar em contexto de visita domiciliária denominado Modelo Calgary Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) que consta em apêndice I. Este modelo assenta na avaliação das dimensões estrutural, de desenvolvimento e, de funcionamento, sustentado na abordagem colaborativa da família para um melhor entendimento das necessidades (Wright & Leahey, 2011).

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 n.º 428/2018 de 16 de julho aprovadas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros.

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, obtendo-se ganhos em saúde. Através da aplicação do processo de enfermagem foi possível a monitorização de respostas que a família apresenta perante a sua condição de saúde/doença.

Realizaram-se diversas visitas domiciliárias à família, sendo a mesma informada do que se pretendia com o estudo, a fim de que perfeitamente conhecedora dos objetivos subjacentes ao mesmo, pudesse dar o seu livre e esclarecido consentimento.

Nesta senda, efetuaram-se entrevistas semiestruturadas e foi ainda consultada informação clínica na plataforma informática SClínico, de modo a complementar a informação necessária para o processo de enfermagem.

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

A evidência científica e a utilização do pensamento sistémico e crítico contribuem definitivamente para a melhoria da compreensão do complexo sistema que é a unidade social 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 esta percebe como promotora de saúde. O ambiente tranquilo e seguro possibilita uma melhor transmissão de assuntos mais sensíveis à família, com vista à tomada de consciência dos mesmos, de modo a, em conjunto, se delinear um plano de intervenção.

A promoção do diálogo, acompanhado de uma escuta ativa, torna a comunicação mais fluida e eficaz, tendo como finalidade a facilitação na perceção, assunção e alcance dos objetivos delineados. A mobilização de conhecimentos sobre estratégias de comunicação e técnicas de entrevista motivacionais,

promovem a mudança nas transições mais complexas de saúde, considerando as respostas biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família.

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

Considero que o facto de o ensino clínico ter decorrido numa USF constituiu uma mais-valia, uma vez que a organização e o funcionamento destas unidades, no caso da USF T, proporcionaram a oportunidade de planear e prestar cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, com enfoque na promoção da saúde familiar.

Durante o ensino clínico, foi importante reforçar os meus conhecimentos sobre os registos de enfermagem nas plataformas informáticas, como o Siima Rastreios e o SClínico. No início, senti alguma dificuldade em utilizar o SClínico, pois a sua organização nos cuidados de saúde primários é diferente da que utilizo no meu contexto profissional. Com a prática ao longo do estágio, consegui ultrapassar essa dificuldade. Recorri ao SClínico para registar dados no processo familiar, tais como, avaliar habitação, escala de Graffar, o tipo de família e a etapa do desenvolvimento familiar segundo Duvall. Deste modo, foi possível definir diagnósticos de enfermagem de saúde familiar e documentar o processo de cuidados à família.

Descritivo: Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família
Unidades de competência: • Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. • Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Neste âmbito, colaborei com a enfermeira orientadora no processo de referência de uma grávida vítima de maus-tratos por parte do companheiro, tendo a mesma, em articulação com a equipa para a prevenção da violência em adultos, sido sinalizada para acompanhamento.

Considero que a realização do processo de enfermagem à família deu-me um contributo muito importante no desenvolvimento desta competência. Apesar de extenso e minucioso, o modelo de avaliação de Calgary, implementado à família selecionada, permitiu-me um conhecimento aprofundado da mesma numa perspetiva multidimensional, o que em contexto de consulta não acontece de forma tão profícua.

Concomitantemente, considero que em cada consulta de enfermagem colaborei sempre em processos de intervenção a utentes e famílias, seja pela capacitação para lidar com saúde/doença, pelo esclarecimento de dúvidas ou pela prestação de cuidados técnicos.

O Enfermeiro de Família deve promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, educando, liderando, apoiando e oferecendo orientação aos outros membros da equipa disciplinar. Um dos aspetos que considero ter facilitado o desenvolvimento desta competência prende-se com a fácil articulação estabelecida com a equipa médica da USF T.

Nas intervenções de prevenção primária procurei atualizar os meus conhecimentos sobre cuidados antecipatórios, elaborar diagnósticos de enfermagem direcionados à família e promover a saúde familiar. Destaco a consulta de enfermagem de saúde infantojuvenil, área em que senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, especialmente na avaliação do processo familiar e do papel parental, como base para planear intervenções adaptadas a cada família.

A prevenção primária abrange igualmente a imunização ou vacinação, tendo havido oportunidade de intervir junto de pessoas em diferentes fases do ciclo vital. De acordo com Melo (2021) os enfermeiros os

enfermeiros de família trabalham no sentido de uma gestão eficaz e efetiva do sucesso da vacinação e integram-na nas diferentes consultas de enfermagem ao longo do ciclo de vida.

Na prevenção secundária, foi importante reforçar os meus conhecimentos sobre as etapas do ciclo vital da família. Percebi que, ao compreender melhor os vínculos familiares e as tarefas próprias de cada fase, consigo antecipar possíveis fatores de stress associados às transições normativas e atuar de forma a reduzir o seu impacto.

O nível da prevenção secundária enquadra os rastreios, nomeadamente o rastreio do cancro do colo do útero realizado no âmbito da consulta de enfermagem no âmbito do planeamento familiar na qual tive oportunidade de intervir. Compreendi que o enfermeiro de família tem um papel muito importante através da educação para a saúde, capacitando as famílias para a tomada de decisão sobre a sua saúde.

Por sua vez, na prevenção terciária o enfermeiro de família atua para reduzir complicações, promover reabilitação e maximizar a autonomia e qualidade de vida da família que já convive com doença crónica ou incapacidade (Ordem dos enfermeiros, 2011). Neste contexto, participei nas consultas de enfermagem de vigilância de doenças crónicas, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*. Foi igualmente importante trabalhar com as famílias, promovendo a literacia em saúde, para incentivar escolhas mais adequadas à situação de saúde de cada pessoa e do seu agregado familiar.

Atuar nos diferentes níveis de prevenção permitiu-me desenvolver uma visão mais ampla sobre os cuidados de saúde dirigidos às famílias. Esta experiência ajudou-me a reconhecer a importância de priorizar a família como foco dos cuidados e de valorizar a saúde familiar ao longo de todo o ciclo vital.

4. Prática especializada baseada na evidência

A prática de cuidados de saúde deve assentar na melhor evidência científica disponível, articulada com a experiência clínica dos profissionais e com os valores, necessidades e preferências das pessoas e famílias. Neste sentido, a prática baseada na evidência constitui um referencial essencial para a tomada de decisão em saúde, promovendo intervenções mais seguras, eficazes e ajustadas aos diferentes contextos socioculturais (Apóstolo, 2017).

No domínio da enfermagem de saúde familiar, a produção e integração do conhecimento científico assumem particular importância, uma vez que sustentam práticas clínicas e formativas centradas na família enquanto unidade de cuidados, dinâmica e em permanente coevolução (Figueiredo, 2012). Assim, a revisão integrativa da literatura emerge como uma metodologia adequada para sintetizar o conhecimento existente, identificar lacunas na evidência e apoiar a melhoria da prática clínica.

Neste sentido, optou-se por realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com o objetivo de efetuar uma síntese da evidência literária que possibilite uma melhor compreensão do fenómeno a investigar.

4.1. Pertinência da temática em estudo

A transição para a parentalidade constitui um período crucial no ciclo vital familiar, marcado pela adaptação a novos papéis e pela reorganização da dinâmica familiar (Figueiredo, 2023). Neste contexto, a visita domiciliária nos dias subsequentes à alta da maternidade assume particular relevo nos cuidados de saúde primários, uma vez que constitui um meio privilegiado de vigilância e promoção da saúde infantil, de apoio à parentalidade e de identificação precoce de situações de risco ou vulnerabilidade familiar (Figueiredo, 2023). O enfermeiro de família, enquanto profissional integrado na equipa multiprofissional dos cuidados de saúde primários, é definido como o responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade, cuidando da família como unidade de cuidados e intervindo nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

Nos cuidados de saúde primários, e em particular na Unidade de Saúde Familiar (USF), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desempenha um papel central na continuidade de cuidados e no acompanhamento das famílias em momentos de transição.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, este profissional é responsável por avaliar as necessidades das famílias, apoiar o desenvolvimento de competências parentais e promover o equilíbrio da dinâmica familiar.

Nas Unidades de Saúde Familiar (USF), a visita ao domicílio da puérpera e do recém-nascido, prevista até aos primeiros 15 dias após o parto, visa assegurar a continuidade de cuidados, aproximar a equipa de saúde do contexto real de vida e permitir uma avaliação mais abrangente dos determinantes familiares e ambientais do processo saúde-doença (Melo, 2021).

Em paralelo, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, enfatizam o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, bem como a liderança e colaboração em processos de intervenção orientados para a promoção da saúde familiar. Esta perspetiva coloca a dinâmica familiar no centro da prática do enfermeiro especialista, valorizando a avaliação das interações, dos recursos, das vulnerabilidades e dos padrões relacionais que podem influenciar o ajustamento à chegada do recém-nascido.

Compreender a perceção do enfermeiro de família sobre a dinâmica familiar aquando da visita domiciliária ao recém-nascido é, portanto, fundamental para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados e fortalecer o modelo de intervenção familiar nos cuidados de saúde primários. Assim, esta revisão integrativa da literatura

tem como questão orientadora: “Qual a percepção do enfermeiro de família acerca da dinâmica familiar aquando primeira visita do recém-nascido ao domicílio”. A pertinência deste estudo reside na necessidade de consolidar o conhecimento existente, identificar implicações na prática clínica e apoiar o desenvolvimento de intervenções baseadas na evidência que sustentem a atuação do enfermeiro especialista em saúde familiar no contexto da visita domiciliária pós-natal.

4.2. Metodologia

Optou-se por realizar uma Revisão Integrativa da Literatura, por se tratar de uma metodologia que permite reunir, analisar e sintetizar resultados de estudos com diferentes desenhos metodológicos, possibilitando uma compreensão abrangente do fenómeno em análise (Néné & Sequeira, 2022).

Esta abordagem revelou-se adequada ao objetivo do presente estudo, uma vez que permite integrar evidência produzida em diferentes contextos e por meio de diferentes metodologias, contribuindo para a identificação de conhecimento relevante para a prática clínica em enfermagem de saúde familiar.

O percurso metodológico desenvolvido compreendeu as seguintes etapas: formulação da questão de investigação, definição da estratégia de pesquisa, identificação e seleção dos estudos, avaliação metodológica dos artigos incluídos, extração dos dados e síntese narrativa dos resultados.

4.3. Protocolo de revisão integrativa da literatura

Título: “Percepção do enfermeiro de família na dinâmica familiar aquando visita do recém-nascido ao domicílio”

Questão da Revisão Integrativa da Literatura: “Qual a percepção do enfermeiro de família acerca da dinâmica familiar aquando primeira visita do recém-nascido ao domicílio”.

No seguimento do estudo surge a mnemónica para a Revisão Integrativa da Literatura:

População (P), Fenómeno de Interesse (I) e Contexto (Co).

- (P) População - enfermeiros de família / enfermeiros envolvidos na visita domiciliária ao recém-nascido
- (I) Fenómeno de Interesse - percepção dos enfermeiros acerca da dinâmica familiar durante a primeira visita domiciliária ao recém-nascido
- (Co) Contexto - cuidados de saúde primários / contexto domiciliário no período pós-natal

Objetivos:

Objetivo geral

- Conhecer a percepção dos enfermeiros de família na dinâmica familiar aquando primeira visita do recém-nascido ao domicílio.

Objetivos específicos

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de família para envolver a família nos cuidados ao recém-nascido durante a visita domiciliária.
- Identificar as dificuldades e desafios enfrentados pelos enfermeiros de família na interação com a dinâmica familiar durante a visita ao domicílio.
- Identificar as percepções dos enfermeiros sobre o impacto da visita domiciliária na relação de confiança e colaboração com a família.
- Identificar as necessidades de formação e apoio identificadas pelos enfermeiros para melhorar a prestação de cuidados centrados na família.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão

- Tipo de participantes: Considerados estudos com enfermeiros.
- Tipo de contextos: Considerados estudos em contexto de cuidados de saúde primários.
- Tipo de conceitos: Considerados estudos que abordem a percepção dos enfermeiros na dinâmica familiar, aquando visita ao recém-nascido no domicílio.
- Tipo de estudos: Considerados estudos que abordem “enfermeiros”, “parentalidade”, “visita domicílio” e “recém-nascido”. 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 2016 e janeiro de 2026.

Critérios de exclusão

- Excluídas as bases de dados que exigem subscrição ou pagamento para acesso livre.
- Estudos não relacionados com a temática em análise.
- Estudos publicados anteriores a 2016.
- Artigos duplicados.
- Artigos que o texto integral não está disponível para leitura.
- 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: 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 pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register, Nursing & Allied Health Collection (via EBSCOhost) e PubMed. A seleção destas bases de dados teve em conta a sua relevância para a enfermagem, saúde comunitária e cuidados de saúde primários. Para a construção da estratégia de pesquisa foram consultados os vocabulários controlados DeCS e MeSH, complementados por termos livres identificados a partir do título, resumo e palavras-chave dos estudos potencialmente relevantes. A expressão-base de pesquisa incluiu os seguintes descritores “enfermeiros”, “parentalidade”, “visita domicílio” e “recém-nascido”. Procedeu-se à consulta da lista de vocabulários estruturados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e a Medical Subject Headings (MeSH).

Foram combinados descritores e palavras-chave com recurso aos operadores booleanos AND e OR, ajustando-se a estratégia às especificidades de cada base de dados. Na pesquisa foi selecionado o operador booleano AND. Os descritores utilizados em cada base de dados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1*Descritores DeCS/MeSH*

Base de dados	Descritores e booleanos
MEDLINE	nurs* AND
CINAHL	parenting AND
Cochrane Central Register	home visit AND
Nursing & Allied Health Collection (via EBSCOhost)	newborn
PubMed	(nurs*) AND (parenting) AND (home visit) AND (newborn)

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

A primeira pesquisa foi efetuada no dia 5 e 27 de novembro de 2025 e a segunda pesquisa a 19 de janeiro de 2026, no Distrito de Leiria.

Foram considerados estudos quantitativos experimentais e não experimentais, estudos qualitativos e mistos que fundamentassem a temática da percepção dos enfermeiros na dinâmica familiar aquando visita ao domicílio do recém-nascido.

Foram aplicados, sempre que possível, os seguintes limites: texto integral disponível, período de publicação entre janeiro de 2016 e janeiro de 2026 e idiomas português, inglês, espanhol e francês.

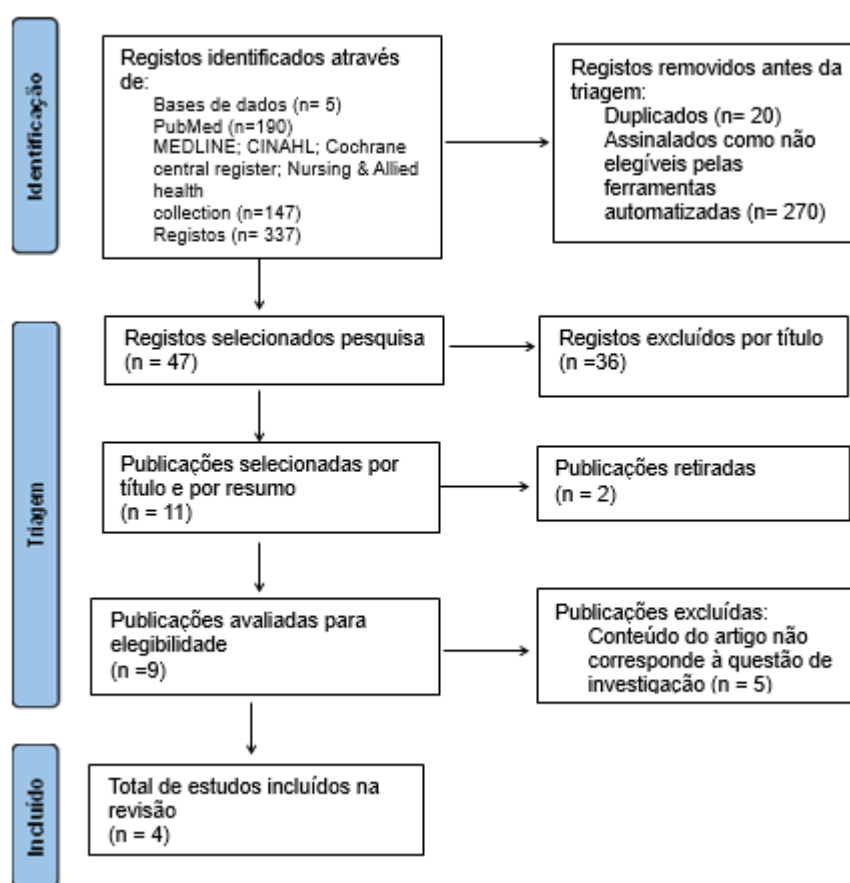
Nos modos de busca e expansores, considerou-se importante incluir alguns filtros, tendo em conta o objetivo de estudo definido. Assim, em todas as bases de dados os expansores foram incluir os termos de busca, texto completo dos artigos bem como artigos publicados entre janeiro de 2016 e janeiro de 2026.

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 foi elaborado um diagrama de acordo com a Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) que demonstra o número total de referências devolvidas pela busca e os excluídos em cada etapa.

A pesquisa bibliográfica permitiu identificar 337 registos. Após remoção de 20 duplicados e exclusão de 270 referências por aplicação de filtros automáticos das bases de dados, permaneceram 47 artigos para triagem. Destes, 36 foram excluídos após leitura dos títulos. Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos dos 11 artigos remanescentes, tendo sido excluídos 2 por não cumprirem os critérios de inclusão. Dos 9 artigos avaliados em texto integral, 5 foram excluídos por não responderem à questão de investigação. Assim, foram incluídos 4 estudos na presente revisão integrativa da literatura.

Figura 4

Fluxograma PRISMA (adaptado) do Processo de Selecção de Estudos



4.4. Resultados

Os quatro artigos selecionados foram: “Collaborative extended home-visits as a key to facilitating early support within the frame of a family centre in Sweden”; “Extended home visits can provide multidimensional adapted professional support for parents– an intervention study”; “Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse’s experience report” e “A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência”.

Estes artigos foram submetidos a avaliação metodológica e posterior extração de dados. Dois dos estudos apresentavam desenho qualitativo e dois correspondiam a relatos de experiência. Globalmente, os estudos analisados evidenciam a relevância da visita domiciliária enquanto espaço privilegiado para a observação da dinâmica familiar, o estabelecimento de relação terapêutica de confiança, a identificação precoce de vulnerabilidades e o apoio à parentalidade.

A avaliação metodológica dos estudos permitiu verificar que os dois estudos qualitativos incluídos apresentavam, globalmente, qualidade metodológica aceitável, embora com limitações ao nível da explicitação do enquadramento filosófico e do posicionamento teórico do investigador. Relativamente aos relatos de experiência, observou-se descrição adequada do contexto, da intervenção e dos principais resultados, ainda que com fragilidades na caracterização individual dos participantes e na identificação de eventos adversos ou aspetos menos favoráveis da intervenção.

Estes resultados sugerem que, embora os estudos incluídos ofereçam contributos relevantes para a

compreensão do fenômeno em análise, as conclusões da revisão devem ser interpretadas com prudência, atendendo à heterogeneidade metodológica e ao nível de robustez da evidência disponível.

O primeiro artigo: “Collaborative extended home-visits as a key to facilitating early support within the frame of a family centre in Sweden”. Este artigo tem como método qualitativo, tendo sido submetido à avaliação da qualidade metodológica pela aplicação do instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (Aromataris et al., 2015; JBI, 2014 como citado em Apóstolo, 2017).

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.

Quadro 1

Avaliação da Qualidade do artigo 1

Título: “Collaborative extended home-visits as a key to facilitating early support within the frame of a family centre in Sweden”					
Autores: Marie Golsäter e Ann-Christine Andersson					
Ano: 2024					
1. Congruência entre a perspectiva Filosófica declarada e a metodologia da investigação	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
		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 em grupo focal
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	7				

No segundo artigo: “Extended home visits can provide multidimensional adapted professional support for

parents– an intervention study” o método de estudo referido é qualitativo tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos, descrito por (Aromataris et al., 2015; JBI, 2014 como citado em Apóstolo, 2017).

Quadro 2

Avaliação da Qualidade do artigo 2

Título: “Extended home visits can provide multidimensional adapted professional support for parents– an intervention study”					
Autores: Margaretha Larsson; Caroline Bäckström; Rebecca Larsson; Sara Gahm; e Marie Wilhsson					
Ano: 2023					
1. Congruência entre a perspectiva Filosófica declarada e a metodologia da investigação	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
		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 individuais semiestruturadas
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	7				

De acordo com os quadros 1 e 2, a congruência entre a perspectiva 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 a cultura, os autores do estudo, e não é referenciado a possível influência dos autores na investigação e vice-versa. Contudo considero 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.

No terceiro artigo: “Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse’s experience report” é referido um estudo descritivo do tipo relato de experiência tendo sido aplicado o instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso, descrito por (JBI, 2016 como citado em Apóstolo, 2017).

Quadro 3

Avaliação da Qualidade do artigo 3

Título: “Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse’s experience report” Autores: Ana Izaura Basso de Oliveira; Monika Wernet; Gabriele Petruccelli; Aline Oliveira Silveira e Mariana Torreglosa Ruiz Ano: 2023						
1. As características demográficas do participante são claramente descritas	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários	
	X				O artigo identifica que o estudo incide na experiência das enfermeiras na visita ao domicílio a mães de recém-nascidos prematuros, que residem em São Paulo, acompanhadas no sistema de saúde único	
2. A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente			X			
3. A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação	X				O contexto de cuidados (pós-alta hospitalar, visitas domiciliárias de enfermagem na comunidade, enquadradas no sistema de saúde único)	
4. Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos	X				A intervenção de enfermagem (visitas domiciliárias) é apresentada com detalhe: número de visitas, duração média, conteúdos abordados (apoio ao cuidado, posição canguru, vínculo, apoio emocional) e forma de atuação da enfermeira (escuta, diálogo, materiais de apoio)	
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos	X				O artigo explica que a análise decorre da experiência das enfermeiras nas visitas, apresentando de forma explícita os principais resultados observados nas famílias (maior confiança, melhorias nas práticas de cuidado, reforço do vínculo)	
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita	X				É descrito mudanças de comportamento nas mães e na dinâmica de cuidado ao recém-nascido ao longo das visitas, o que permite compreender o impacto da intervenção no estudo de caso	

7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos		X			
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis	X				O artigo refere a importância da visita domiciliar, do diálogo e da continuidade de cuidados.
Valor absoluto	6				

Com base da análise do quadro 3, o estudo refere descrição do contexto, intervenção e resultados, com fragilidades sobretudo na ausência de explanação individual detalhada por caso e não foram identificados e descritos efeitos adversos.

No quarto artigo: “A implementação de um programa de visitas domiciliares com foco na parentalidade: um relato de experiência” é aludido aplicação de um programa de visitas através do relato de experiência tendo sido aplicado o instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso, descrito por (JBI, 2016 como citado em Apóstolo, 2017).

Quadro 4

Avaliação da Qualidade do artigo 4

Título: “A implementação de um programa de visitas domiciliares com foco na parentalidade: um relato de experiência” Autores: Lisaine Aparecida Fracolli; Kesley de Oliveira Reticensa; Flávia Corrêa Porto de Abreu e Anna Maria Chiesa Ano: 2018					
1. As características demográficas do participante são claramente descritas	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
	X				O artigo descreve que se trata da implementação de um programa de visitas domiciliares para recentes mães, especificando a população-alvo.
2. A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente	X				O estudo refere intervenção numa unidade de saúde/serviços de cuidados primários e em visitas domiciliares em São Paulo, Brasil, enquadrada num programa estruturado de acompanhamento da mãe-bebê, com referência a políticas/programas e à articulação com a rede de saúde.
3. A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação		X			
4. Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados,	X				O artigo descreve o programa e os referenciais teóricos que sustentam a estrutura do mesmo.

foram claramente descritos					
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos	x				Está descrito como foi efetuada a recolha de dados por parte das enfermeiras e dos profissionais de saúde que estiveram envolvidos na aplicação do programa de visitas domiciliárias.
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita	x				Os resultados estão apresentados sob a forma de categorias ao longo das três fases do programa
7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos		x			
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis	x				As autoras refletem sobre o processo de implementação das visitas e sobre as implicações da organização de programas de visitas domiciliárias nos cuidados de saúde primários, sugerindo que a experiência pode ser adaptada a outros contextos
Valor absoluto	6				

Da análise do quadro 4, o artigo relata a experiência profissional, uma vez que descreve com clareza o contexto, a intervenção (programa de visitas), a fonte de dados e os principais resultados e implicações para a prática. No entanto, não apresenta a história individual das famílias e não apresenta potenciais efeitos adversos que devem ser considerados ao utilizar este estudo como evidência em revisões, de acordo com a check list supracitada por (JBI, 2016 como citado em Apóstolo, 2017).

De seguida, apresenta-se **as tabelas de extração de dados**, a qual reporta a descrição dos autores dos artigos e a descrição final do autor da Revisão Integrativa da Literatura. Deste modo, foi utilizada uma tabela de extração de dados com os seguintes itens: Título; Autores; País; Língua; Ano de Publicação; Objetivo do estudo; Participantes; Intervenções e Resultados.

Tabela 2

Extração de dados do artigo 1

<u>"Collaborative extended home-visits as a key to facilitating early support within the frame of a family centre in Sweden"</u>	
Autores: Marie Golsäter e Ann-Christine Andersson	
País	Suécia
Língua	Inglês
Ano de publicação	2024
Objetivo	Descrever as experiências de colaboração dos profissionais (enfermeiros, assistentes sociais) ao introduzir o programa de visitas domiciliárias a famílias que pertencem a um centro familiar.
Participantes	Os participantes eram enfermeiros do CHS (Serviço de Saúde Comunitária) (n = 9), assistentes sociais (n = 3) e gestores (n = 3) que estavam envolvidos no programa de visitas domiciliárias no município.
Intervenções	As intervenções mencionadas centram-se em: apoio parental, promoção da saúde da criança e da família, identificação precoce de necessidades/vulnerabilidades nas famílias, reforço de redes de apoio e articulação entre os diferentes serviços presentes no centro de família ("Family centre").
Resultados	O programa de visitas domiciliárias, realizado de forma colaborativa entre diferentes profissionais do centro de família, é incluído como uma forma eficaz de oferecer apoio precoce e integrado às famílias com

	recém-nascidos. Os profissionais relatam que as visitas permitem uma compreensão mais ampla da situação familiar no contexto real do domicílio, facilitando a identificação precoce de necessidades, o encaminhamento adequado e o fortalecimento da relação de confiança entre família e equipa.
--	---

Tabela 3

Extração de dados do artigo 2

<u>“Extended home visits can provide multidimensional adapted professional support for parents— an intervention study”</u>	
Autores: Margaretha Larsson; Caroline Bäckström; Rebecca Larsson; Sara Gahm; e Marie Wilhsson.	
País	Suécia
Língua	Inglês
Ano de publicação	2023
Objetivo	Explorar as experiências de profissionais de saúde que trabalham com visitas domiciliares prolongadas a famílias durante a gravidez e com recém-nascido.
Participantes	Os 13 profissionais eram compostos por: 4 enfermeiros de saúde materna, 6 enfermeiros do CHS (Serviço de Saúde Comunitária) e 3 assistentes sociais de apoio familiar “family supporters”.
Intervenções	As intervenções descritas no artigo centram-se num programa estruturado de visitas domiciliárias estendidas para apoio à parentalidade. Estas visitas focam-se em apoio emocional, informativo e prático aos pais, avaliação precoce de necessidades e encaminhamento para outros recursos comunitários quando necessário.
Resultados	Os profissionais descreveram que as visitas permitiram suporte multidimensional e adaptado, incluindo apoio emocional, informativo e prático, facilitando a identificação precoce de necessidades dos pais. A colaboração interprofissional fortaleceu a relação de confiança e a continuidade do cuidado para famílias. A análise temática revelou dimensões como flexibilidade no suporte, observação do contexto familiar no domicílio e articulação com recursos comunitários, promovendo parentalidade mais segura.

Tabela 4

Extração de dados do artigo 3

<u>“Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse’s experience report”</u>	
Autores: Ana Izaura Basso de Oliveira; Monika Wernet; Gabriele Petruccelli; Aline Oliveira Silveira e Mariana Torreglosa Ruiz	
País	Brasil
Língua	Inglês
Ano de publicação	2023
Objetivo	Descreve a experiência das visitas domiciliárias de enfermeiras a recém-nascidos.
Participantes	Cinco enfermeiras autoras no desenvolvimento de visitas domiciliárias no contexto de doutoramento. Oito mães com recém-nascidos prematuros.
Intervenções	- Promover cuidados perinatais seguros e de qualidade, nos quais os pais e familiares estejam envolvidos nos cuidados; - Interação entre a família e o profissional de saúde como uma oportunidade diferenciada para avaliação da saúde e garantia de cuidados de suporte; - Enfermeiros devido à sua formação centrada no cuidado da saúde da família, dispõem de competências que proporcionam um acompanhamento e apoio às mulheres, famílias e crianças nos momentos de transição vivenciados com o nascimento de um filho.
Resultados	Durante a visita ao domicílio, os enfermeiros pretendem criar um vínculo com a mãe e a sua família, desenvolvendo uma relação de empatia a fim de compreender as necessidades e os desejos e não apenas questões relacionadas com os cuidados ao recém-nascido. O diálogo estabelecido entre os enfermeiros e a família permite a expressão e a integração das frustrações associadas ao exercício e à experiência do papel parental, bem como a realização de intervenções educativas relacionadas com conceitos que limitam a sua autonomia. As ações orientadas e desencadeadas pelo contexto de vida revelam-se particularmente eficazes para identificar determinantes sociais, recursos individuais e da rede social, possibilitando a definição de intervenções que promovam o apoio, o empoderamento e a autonomia. As visitas domiciliares favorecem a identificação de situações vulneráveis que se expandem em circunstâncias individuais e coletivas. Durante a visita ao domicílio verifica-se um processo de confiança e autoexpressão autêntica nos encontros, favorecendo a reciprocidade relacional.

Tabela 5

Extração de dados do artigo 4

<u>"A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência"</u>	
Autores: Lislaine Aparecida Fracolli; Kesley de Oliveira Reticena; Flávia Corrêa Porto de Abreu e Anna Maria Chiesa	
País	Brasil
Língua	Português
Ano de publicação	2018
Objetivo	Relata a experiência da implementação de visitas domiciliárias no âmbito do Programa de Cuidadores de Mães Jovens
Participantes	Equipa multiprofissional composta de quatro enfermeiras, um médico pediatra, dois psicólogos e dois psiquiatras infantis e também, alunos da especialidade na área de saúde mental, saúde pública, saúde materno-infantil e da prática em serviços de atenção básica (AB).
Intervenções	As Visitas Domiciliárias (VD) realizadas pelos enfermeiros estão baseadas em premissas que servem como diretrizes para a abordagem a mães, pais e famílias. Os princípios do programa de visitas ao domicílio são: cuidados em saúde (nutrição adequada do bebê, relações pessoais, higiene da mãe e do bebê, doenças infantis mais prevalentes, imunização, prevenção de acidentes e desenvolvimento psicomotor); a saúde ambiental (habitação adequada e segura, acesso à educação e serviços de saúde e apoio social); projeto de vida (planeamento familiar, papéis sociais); desenvolvimento da parentalidade (ações e processos educativos na construção dos papéis de pai e mãe, bem como ajudar a mãe no processo de gestão no relacionamento com os outros (incluindo pessoas próximas), de modo que estes sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança) e por último saúde e serviço social (mapeamento da rede de suporte social dessa família). Importa referir que na premissa da família os assuntos abordados foram os seguintes: organização familiar; reconhece a colaboração da família; contato com sua família extensa; convivência com a família e o pai da criança; conflitos familiares; mãe é o principal membro da família; planos com o bebê; abordagem à família; influência da família na gestação e relação com o pai da criança; papel de cada membro da família no cuidar do bebê.
Resultados	Durante as VD desenvolve-se um rigoroso método de classificação dos riscos das famílias, bem como dos seus pontos fortes, que fornecem orientação para enfermeiros ajustarem a frequência de visitas, com o objetivo de melhorar a eficácia e eficiência do programa, realizando o número necessário de visitas previsto para todas as famílias; Nas VD, os assuntos mais abordados dizem respeito a cuidados com a saúde, seguidos de assuntos sobre parentalidade, família, projeto de vida, rede social e saúde ambiental, temas estes que possibilitam o empoderamento da família. O investimento em programas com essa abordagem mostrou eficácia em vários domínios, incluindo autossuficiência econômica familiar, melhores resultados durante o parto, na saúde materna, no desenvolvimento infantil e nas práticas positivas de parentalidade, ao promover o aumento do conhecimento e habilidade dos pais. A VD demonstrou ser uma importante ferramenta para a efetivação dos objetivos do programa, por possibilitar maior tempo para cuidados complexos, centrados nas particularidades e história da família.

Numa síntese analítica dos artigos alvo de revisão de literatura, conclui-se que os resultados evidenciam a visita domiciliária como um espaço privilegiado de intervenção do enfermeiro de família, ao possibilitar a avaliação da dinâmica familiar no seu contexto real. Esta abordagem permite compreender a família enquanto unidade de cuidados, considerando a sua estrutura, funcionamento, papéis e processos interacionais, em consonância com os pressupostos teóricos da disciplina, que reconhecem a família como um sistema dinâmico em constante adaptação. A construção de um vínculo terapêutico assume-se como um elemento central da prática de enfermagem, sustentado numa relação de confiança, empatia e parceria. Este vínculo facilita a comunicação autêntica e a participação ativa da família nos cuidados, promovendo uma relação colaborativa que respeita as crenças, valores e singularidade de cada sistema familiar, tal como preconizado pelos modelos centrados na família.

Neste enquadramento, a identificação precoce de vulnerabilidades constitui uma competência essencial do enfermeiro especialista em saúde familiar, permitindo reconhecer precocemente fatores de risco e necessidades, não apenas ao nível individual, mas também familiar e comunitário.

A promoção da parentalidade e a capacitação familiar refletem intervenções orientadas para o fortalecimento das competências familiares, promovendo a autonomia, o empowerment e a resiliência. Estas ações alinham-se com os princípios da enfermagem de saúde familiar, que valorizam o desenvolvimento das potencialidades da família e a sua capacidade de adaptação aos processos de transição, como o nascimento de um filho. A colaboração interprofissional emerge como um pilar estruturante, reforçando a necessidade de articulação entre diferentes profissionais e recursos da comunidade, numa perspetiva sistémica e integrada dos cuidados. Contudo, persistem lacunas formativas e organizacionais que podem comprometer a eficácia destas intervenções, evidenciando a necessidade de investimento contínuo na formação dos profissionais e na melhoria das condições estruturais dos serviços.

4.5. Discussão

A visita domiciliária ao recém-nascido constitui um momento privilegiado de intervenção do enfermeiro de família, na medida em que ocorre num período particularmente sensível de reorganização da vida familiar e de adaptação à parentalidade. Neste contexto, o cuidado deixa de se centrar exclusivamente no recém-nascido e passa a abranger a família como unidade de cuidados, reconhecendo-se que o nascimento desencadeia alterações nos papéis, nas rotinas, nas expectativas e nos padrões de interação. Assim, a visita domiciliária representa não apenas uma oportunidade para avaliar condições clínicas e ambientais, mas também um espaço de construção relacional, de educação para a saúde e de apoio à transição para a parentalidade. À luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), o nascimento de um filho pode ser compreendido como uma transição desenvolvimental que exige adaptação, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências parentais. O enfermeiro de família assume, neste processo, um papel facilitador, ao promover a preparação, a confiança e a competência dos pais nos cuidados ao recém-nascido. A visita domiciliária permite identificar indicadores de uma transição saudável, como a crescente segurança parental, a integração do novo membro na dinâmica familiar e a capacidade de resposta às necessidades do recém-nascido. Por outro lado, também possibilita reconhecer sinais de vulnerabilidade, como insegurança, sobrecarga emocional, dificuldade na organização das rotinas e fragilidade no exercício dos novos papéis familiares.

No âmbito do envolvimento da família, os enfermeiros recorrem frequentemente a estratégias de comunicação terapêutica, escuta ativa, observação das interações familiares e adaptação da intervenção ao contexto concreto do domicílio. Estas estratégias permitem criar uma relação de proximidade e confiança, favorecendo a participação ativa dos pais e de outros elementos significativos nos cuidados ao recém-nascido. A educação para a saúde, quando ajustada às necessidades e ao nível de literacia da família, constitui igualmente uma estratégia central, uma vez que contribui para o reforço da autonomia parental e para a promoção de práticas seguras e sensíveis às necessidades do bebé. Nesta perspetiva, o enfermeiro não se limita a transmitir informação, mas atua como facilitador do empowerment familiar, valorizando competências já existentes e apoiando o desenvolvimento de novas capacidades.

A articulação com o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar de Wright & Leahey (2011) permite aprofundar esta compreensão, na medida em que a família é vista como um sistema relacional cujas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional devem ser consideradas na intervenção. Durante a visita domiciliária, o enfermeiro procura compreender quem integra a família, quais os papéis exercidos, como se organizam os cuidados, quais os recursos disponíveis e como se estabelecem as relações entre os seus membros. Esta leitura sistémica possibilita uma intervenção mais ajustada, centrada não apenas no recém-nascido, mas também nas interações e no significado atribuído pela família à experiência da parentalidade. A utilização de instrumentos como o genograma e o ecomapa pode reforçar esta avaliação, ao permitir visualizar a estrutura familiar, os vínculos e as redes de apoio.

No entanto, a prática dos enfermeiros de família na visita domiciliária não está isenta de dificuldades. Entre os principais desafios destacam-se a diversidade das configurações familiares, a existência de múltiplas necessidades em simultâneo, a gestão do tempo disponível para a visita e a necessidade de adequar a intervenção a contextos socioculturais muito distintos.

Em algumas situações, o enfermeiro confronta-se com famílias sobrecarregadas, pouco disponíveis para a interação ou com dificuldades em aceitar orientações. Acresce que a intervenção no domicílio implica entrar num espaço privado, onde o profissional deve equilibrar respeito pela intimidade familiar com a necessidade de avaliar fatores relevantes para a saúde e segurança do recém-nascido.

A Teoria do Stress de Hill referida por Hanson (2005) ajuda a compreender estas situações, ao considerar que o stress familiar resulta da relação entre o acontecimento stressor, os recursos percebidos pela família e a interpretação que esta faz da situação. O nascimento do recém-nascido, embora esperado e desejado, pode constituir um evento gerador de stress quando a família sente que as exigências ultrapassam a sua capacidade de resposta. Nesta lógica, a visita domiciliária desempenha um papel importante na redução da tensão familiar, ao fornecer apoio, clarificação, validação e orientação adaptada. O enfermeiro atua, assim, como elemento que ajuda a família a mobilizar recursos internos e externos, favorecendo estratégias de coping mais eficazes e uma reorganização da vida familiar.

Igualmente, a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy permite enquadrar a visita domiciliária numa perspetiva mais ampla, considerando a família como um sistema aberto em interação constante com o meio. Deste modo, qualquer alteração introduzida num dos seus elementos repercute-se no conjunto, pelo que o nascimento de um recém-nascido implica necessariamente transformações ao nível das relações, dos equilíbrios e das dinâmicas familiares. A intervenção do enfermeiro de família, ao ter em conta estas interdependências, contribui para promover a adaptação do sistema familiar, reforçando a sua capacidade de autorregulação e de resposta às exigências do ciclo vital.

Relativamente ao impacto da visita domiciliária na relação de confiança e colaboração com a família, importa salientar que este contexto de proximidade favorece uma relação centrada nas reais necessidades da família. O facto de o enfermeiro se deslocar ao domicílio transmite disponibilidade e contribui para o fortalecimento do vínculo terapêutico. Quando a família se sente escutada, compreendida e apoiada, tende a colaborar mais ativamente, a expor dúvidas com maior abertura e a integrar as orientações de forma mais efetiva. A confiança construída neste contexto é particularmente relevante, uma vez que potencia a continuidade dos cuidados e facilita futuras interações com os serviços de saúde.

Apesar destes ganhos, os enfermeiros podem sentir necessidade de maior formação e apoio para responder de forma consistente aos desafios colocados pela visita domiciliária. A prestação de cuidados centrados na família exige competências específicas na avaliação familiar, na comunicação, na gestão de dinâmicas relacionais complexas e na utilização de referenciais teóricos que sustentem a prática. A formação contínua, a supervisão clínica e o trabalho em equipa surgem, assim, como elementos fundamentais para o desenvolvimento de intervenções mais qualificadas e coerentes. Além disso, a existência de orientações institucionais claras e de tempos adequados para a realização das visitas pode contribuir para reforçar a qualidade e a efetividade do cuidado prestado.

4.6. Conclusões da RIL

A presente revisão integrativa da literatura permitiu consolidar evidência acerca da importância da visita domiciliária ao recém-nascido enquanto intervenção estruturante na prática da enfermagem de saúde familiar. Esta intervenção destaca-se pela sua singularidade ao possibilitar a observação da família no seu contexto natural, favorecendo uma compreensão das dinâmicas familiares, das condições ambientais e dos

determinantes sociais que influenciam a transição para a parentalidade.

A evidência analisada reforça que a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e disponibilidade constitui um elemento central da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), atuando como elemento promotor de uma comunicação eficaz no contexto da relação terapêutica com a família, bem como, da partilha de preocupações e do envolvimento da família no processo de cuidados. Este vínculo terapêutico emerge, assim, como um pilar essencial para a implementação de cuidados centrados na família, favorecendo uma intervenção partilhada, centrada na compreensão e integração das necessidades, valores e crenças da família no processo de cuidados.

Os estudos incluídos evidenciam ainda que a visita domiciliária reforça uma avaliação mais abrangente e contextualizada das necessidades da família, permitindo ao EEESF desenvolver intervenções mais individualizadas, oportunas e eficazes. Neste âmbito, assume particular relevância a capacidade do EEESF para identificar precocemente situações de vulnerabilidade, fatores de risco e determinantes sociais da saúde que, frequentemente, permanecem ocultos em contextos institucionais. Esta identificação precoce revela-se determinante para a implementação de estratégias preventivas e de suporte, contribuindo para a promoção de ambientes familiares seguros e saudáveis.

Adicionalmente, a revisão destaca o papel do EEESF na promoção da parentalidade positiva e na capacitação das famílias, através de intervenções educativas, de suporte emocional e de reforço das competências parentais. Estas intervenções contribuem para o fortalecimento da autonomia familiar e para o desenvolvimento de um sentido de autoeficácia parental, aspetos fundamentais na adaptação ao período pós-natal e no cuidado ao recém-nascido.

Por outro lado, a articulação interprofissional emerge como um elemento indispensável para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados, permitindo uma resposta integrada às necessidades complexas das famílias. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde e serviços facilita a referência atempada, a gestão de situações de risco e a promoção da segurança perinatal.

Em síntese, esta revisão integrativa evidencia que a visita domiciliária ao recém-nascido, enquanto intervenção diferenciadora da enfermagem de saúde familiar, constitui uma estratégia essencial para a promoção da saúde, prevenção de complicações e fortalecimento das competências familiares, contribuindo de forma significativa para ganhos em saúde e para a qualidade dos cuidados prestados no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Contudo, a evidência disponível ainda é limitada, quer pelo reduzido número de estudos identificados, quer pela heterogeneidade metodológica dos mesmos. Torna-se, por isso, pertinente o desenvolvimento de investigação adicional, particularmente em contexto de cuidados de saúde primários e com enfoque específico no papel do enfermeiro de família na avaliação e intervenção sobre a dinâmica familiar no período pós-natal.

4.7. Implicações na prática clínica

A visita domiciliária constitui uma intervenção na prática do enfermeiro especialista em saúde familiar, permitindo uma avaliação da família no seu contexto domiciliar. Durante estas visitas, o enfermeiro observa e avalia o estado de saúde do recém-nascido, o ambiente familiar e habitacional, bem como a existência de rede de suporte familiar. Concomitantemente, analisa as formas de comunicação, cooperação e partilha de tarefas entre os elementos da família, identificando recursos, vulnerabilidades e fatores de risco. Assim, esta análise possibilita o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades familiares, promovendo a adaptação e o fortalecimento das competências parentais.

Ao intervir precocemente na transição para a parentalidade, o enfermeiro especialista em saúde familiar promove a adaptação familiar, fortalece a confiança e as competências dos pais nos cuidados ao bebé.

Esta abordagem contribui para a redução do stress familiar e para o desenvolvimento de uma relação mais segura entre pais e bebé, favorecendo o vínculo afetivo e o desenvolvimento saudável do bebé.

A visita domiciliária articula, de modo inseparável, a vigilância clínica com a componente relacional e emocional, assim, permite que o enfermeiro esteja atento a sinais de exaustão, tristeza, ansiedade, dificuldades conjugais ou ausência de rede de apoio, bem como a deteção precoce de situações de risco (depressão pós-parto, isolamento social ou condições habitacionais precárias), articulando-se com os recursos da equipa multidisciplinar e da comunidade, promovendo uma resposta integrada para o bem-estar familiar. O vínculo, a confiança e o respeito pela singularidade de cada família transformam a visita domiciliária num instrumento essencial de promoção da saúde infantil e fortalecimento familiar.

A evidência científica demonstra que os programas de visita domiciliária são amplamente implementados a nível internacional e produzem resultados na promoção do bem-estar da família. A integração efetiva destes programas nas políticas de saúde familiar exige prioridade à equidade, à colaboração interprofissional e à continuidade dos cuidados, reforçando o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar entre a família, os serviços e a comunidade.

Em todos os estudos analisados, a visita domiciliária destaca-se como ferramenta estratégica do enfermeiro especialista em saúde familiar para fortalecer a parentalidade, identificar precocemente vulnerabilidades, ampliar redes de suporte e reduzir desigualdades em saúde ao longo do curso de vida familiar.

A visita domiciliária, realizada habitualmente nos primeiros dias após o nascimento, constitui um momento privilegiado para o acompanhamento direto da família, permitindo observar a dinâmica familiar em ambiente real, identificar necessidades emergentes e oferecer apoio personalizado. Contudo, a forma como o enfermeiro de família atua para promover a coesão familiar, fortalecer o vínculo parental e apoiar os cuidadores nem sempre se encontra claramente descrita ou compreendida na literatura nacional. Verifica-se uma lacuna no conhecimento científico relativamente às estratégias e significados atribuídos pelos enfermeiros à sua intervenção junto das famílias com recém-nascidos.

Face a esta realidade, torna-se pertinente investigar como o enfermeiro de família promove a dinâmica familiar e o apoio parental durante a visita domiciliária ao recém-nascido. Este estudo pretende contribuir para a valorização das boas práticas em enfermagem de família, fomentar a reflexão sobre o papel do enfermeiro na promoção da parentalidade positiva e apoiar o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas às necessidades das famílias.

4.8. Limitações na RIL

A presente revisão apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, o número reduzido de estudos incluídos limita a amplitude da síntese produzida. Em segundo lugar, a heterogeneidade dos desenhos metodológicos e dos contextos de intervenção condiciona a comparabilidade dos resultados. Acresce que a estratégia de pesquisa utilizada, embora adequada ao objetivo do estudo, poderá ter sido restritiva, não captando toda a produção científica relevante sobre a temática. Por fim, a inclusão de relatos de experiência, apesar do seu valor descritivo e contextual, implica menor robustez metodológica quando comparada com estudos empíricos mais estruturados.

Importa ainda referir que, embora tenha sido definido um período temporal de 10 anos para a pesquisa, apenas foram identificados artigos recentes, tendo sido incluídos na análise apenas estudos publicados a partir de 2018, o que restringe a perspetiva histórica sobre o tema. Constatou-se, contudo, que a evidência científica disponível é limitada, originando uma resposta apenas parcial à questão de investigação e aos objetivos propostos. O número limitado de estudos selecionados e analisados sobre a perceção dos enfermeiros de família na dinâmica familiar aquando primeira visita do recém-nascido ao domicílio revela uma abordagem científica ainda pouco

explorada sobre este tema. A maioria dos estudos identificados é proveniente da Europa e Brasil, distinguindo-se entre si pelo contexto em que se inserem. Posto isto, 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 bem como, as diferenças de programas académicos para a obtenção da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar também diferem de país para país. Nas bases de dados utilizadas, não se conseguiram identificar artigos sobre esta temática que tenham sido realizados em Portugal.

Conclusão

A elaboração do presente relatório de estágio descreve as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que permitiram o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A realização dos três ensinamentos clínicos permitiu consolidar competências para a avaliação e intervenção familiar, nomeadamente através da prestação de cuidados à família com qualidade, numa base de evidência científica. A intervenção junto das famílias, quer em contexto de consulta de enfermagem, quer através de visitas domiciliárias, contribuiu para a prestação de cuidados centrados na família integrando as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais, com enfoque especial em situações de transição como a parentalidade e a vivência da doença crónica. A visita domiciliária à família com recém-nascido, em particular, revelou-se uma intervenção privilegiada para a promoção da parentalidade, o reforço das competências parentais, a observação do ambiente familiar em contexto real e a construção de uma relação terapêutica de confiança, em consonância com o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e pela evidência científica recente.

A aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família como referencial teórico contribuiu para o desenvolvimento das competências na prestação de cuidados à família, uma vez que permitiu orientar a tomada de decisão nas diferentes etapas do processo de enfermagem, bem como adequar os cuidados às especificidades e complexidade de cada família. Esta abordagem estruturada contribuiu para uma visão holística da família, reforçando a importância da utilização sistemática de modelos e instrumentos validados na prática clínica, bem como do registo sistematizado no processo de enfermagem à família, designadamente através da utilização adequada das plataformas informáticas como o SClínico.

Em síntese, o percurso académico realizado contribuiu para o aprofundamento do reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, nos diversos níveis de prevenção, em alinhamento com as orientações da Ordem dos Enfermeiros e com as políticas nacionais de saúde. Os ganhos alcançados, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de competências clínicas avançadas, da capacidade de análise e reflexão crítica, da incorporação da prática baseada na evidência e da compreensão da complexidade inerente aos sistemas familiares, constituem pilares fundamentais para um exercício profissional autónomo, responsável e fundamentado. Adicionalmente, reforçam a importância da formação contínua, da produção científica e da melhoria sustentada da qualidade dos cuidados de enfermagem dirigidos às famílias na comunidade.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). (Des)equilíbrios Familiares: uma visão sistemática. Coimbra. Quarteto editora.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Portugal: Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 8 de agosto. Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República: Série I, n.º 161(2007). Acedido a 03/05/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República: Série I, n.º 118(2017). Acedido a 07/05/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 de 7 de novembro. Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República: Série I, n.º 215(2023). Acedido a 07/05/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- 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.
- Figueiredo, M. H. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Lidel: edições técnicas, Lda.
- Fracolli, L. A., Reticena, K. de O., de Abreu, F. C. P., & Chiesa, A. M. (2018). The implementation of a home visits program focused on parenting: An experience report. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044003361>
- Golsäter, M., & Andersson, A.-C. (2024). Collaborative extended home-visits as a key to facilitating early support within the frame of a family centre in Sweden. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1532. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12039-z>
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2ª edição). Loures. Lusociência.
- Larsson, M., Bäckström, C., Larsson, R., Gahm, S., & Wilhsson, M. (2023). Extended home visits can provide multidimensional adapted professional support for parents – an intervention study. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e44. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000336>
- Marques, R., Nené M & Sequeira, C. (2024). Enfermagem Avançada. Lisboa. Lidel
- Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários- Guia de decisão clínica. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York. Springer Publishing Company.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem- Teoria e prática*. Lisboa. Lidel: Edições Técnicas, Lda.

Norma nº10/2013 de (31/05/2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 10/02/2026. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Oliveira, A. I. B. de, Wernet, M., Petruccelli, G., Silveira, A. O., & Ruiz, M. T. (2023). Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse's experience report. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 57.
<https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0209en>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem saúde familiar de 22 de outubro de 2011. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, N.º 124 (2015). Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2015. Maio de 2016. Retrieved from: https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária. Acedido a 03/05/2025. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Regulamento n.º 428/2018 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. 6 julho de 2018. Diário da República N.º 135, série II. Acedido a 03/05/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 140/2019 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 6 fevereiro de 2019. Diário da República N.º 26, Série II. Retrieved

from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 743/2019 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Acedido a 14/05/2025. Retrieved from: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2025). BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 30/04/2025.

Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/30035/2100691/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2025). Unidade Local de Saúde do O. Acedido a 30/04/2025. Retrieved from: <https://www.choeste.min-saude.pt/instituicao/>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). (5ª Edição). Loures. Lusociência.

Unidade Local de Saúde (2025). Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar T.

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

APÊNDICE

APÊNDICE I - Aplicação do Modelo de Calgary de avaliação e intervenção da família na USF T

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária: Área Enfermagem de Saúde Familiar

Aplicação do Modelo de Calgary de avaliação da família na USF T

Ana Filipa Costa

Leiria, julho de 2025

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária: Área Enfermagem de Saúde Familiar

Aplicação do Modelo de Calgary de avaliação da família na USF T
Processo de Enfermagem à Família

Ana Filipa Costa

Unidade curricular: Ensino Clínico II

Docente: Professor Doutor Paulino Rosa

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista P. C.

Leiria, julho de 2025

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

UC – Unidade Curricular

VD - Visita domiciliária

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	iv
ÍNDICE DE QUADROS.....	iv
1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO	5
1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY.....	7
2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	7
2.1.1. Avaliação Estrutural Interna.....	7
2.1.2. Avaliação Estrutural Externa.....	9
2.1.3. Avaliação Estrutural de Contexto.....	10
2.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO.....	13
2.2.1. Estágios - Etapa do Ciclo Vital.....	13
2.2.2. Tarefas.....	14
2.2.3. Vínculos afetivos.....	15
2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	16
2.3.1. Instrumental.....	16
2.3.2. Expressiva.....	17
3. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma da família ER e respetiva legenda.....	9
Figura 2 – Ecomapa da família ER e respetiva legenda.....	10
Figura 3 – Escala de Graffar.....	11
Figura 4 – Avaliação da habitação.....	12
Figura 5 – Ciclo Vital Duvall.....	14

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos membros da família.....	5
Quadro 2 - Representação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein.....	18

1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO

As famílias independentemente da sua composição e estrutura, têm determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades familiares, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade (Figueiredo, M. et al, 2023). Numa perspetiva mais ampla e segundo Friedman (1998) citado por Figueiredo, M. et al (2023), a família é representada como duas ou mais pessoas unidas por laços de proximidade emocional e partilha mútua, e que se identificam como família.

De acordo com *Wright & Leahey* (2011), são indicações para avaliação familiar: a família que está a passar por sofrimento emocional, físico ou espiritual ou rutura decorrente de uma crise accidental ou normativa, a família que define a doença como uma questão familiar e a família que identifica uma criança ou adolescente com dificuldades.

A família R é uma família monoparental e unipessoal, é constituída por ER, viúva de JR há 1 ano, vive sozinha com apoio de uma cuidadora, sua vizinha FS. A senhora ER teve dois filhos, LR e o AR. O filho LR faleceu aos 11 anos de idade, vítima de atropelamento na via pública. O filho AR é divorciado de HC. Dessa relação teve duas filhas, JR e CR que vivem em Portugal. O filho AR vive na Alemanha há 28 anos e é casado com AH, não tem filhos desta relação.

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

Siglas	Género	Data de nascimento	Idade	Papel familiar	Escolaridade	Profissão	Antecedentes Pessoais
ER	Feminino	04/12/1936	88	Viúva, mãe e avó	< 4º ano	Reformada Florista	Neoplasia urotelial alto grau, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus
JR	Masculino	06/08/1930	Faleceu aos 94 anos 06/04/2024		< 4º ano	Agricultor	Óbito Insuficiência cardíaca, Doença pulmonar obstrutiva crónica, Hipertensão arterial

LR	Masculino	10/12/1956	Faleceu aos 11 anos de idade	Filho	5º ano		Óbito Atropelamento via pública
AR	Masculino	06/08/1963	61	Filho, marido e pai	9º ano	Administrativo	Insuficiência cardíaca, bronquite crónica
HC	Feminino	desconhece	61	Mãe, ex-nora	9º ano	Administrativa	
JR	Feminino	03/02/1992	33	Filha, irmã, neta	Licenciatura	Professora música	
CR	Feminino	04/05/1996	29	Filha, irmã, neta	Licenciatura	Professora Educação física	
AH	Feminino	10/10/1966	58	Esposa, nora	12º ano	Administrativa	
FS	Feminino	20/11/1963	61	Cuidadora, vizinha	5º ano	Empregada doméstica	

Quadro 1 – Identificação dos membros da família

Pelo exposto, e por ter acompanhado a utente ER em consultas de vigilância da Diabetes Mellitus, tendo criado um ambiente de empatia para com a idosa, considerei pertinente realizar o processo de enfermagem a esta família. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas e visita domiciliária (VD). Inicialmente expliquei os objetivos do meu trabalho e informei que durante as entrevistas qualquer elemento da família poderia estar presente e participar. No caso apresentado, apenas a cuidadora esteve presente.

2. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

A avaliação familiar é uma competência fundamental dos enfermeiros de saúde familiar, que permite, com base numa avaliação pormenorizada e criteriosa prestar cuidados de qualidade às famílias tendo como foco as dinâmicas internas e as suas relações. É fundamental compreender a estrutura, o funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas familiares com o todo e com o meio envolvente (MCEEC, 2023).

De acordo com Figueiredo e Martins (2009), o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) permite avaliar a organização da família, baseando-se numa perspetiva multidimensional e integrada. As autoras referem ainda que a implementação deste modelo, por parte dos cuidados de saúde primários é benéfica para a promoção da interação com as famílias e para um melhor planeamento de cuidados de enfermagem.

O MCAIF orienta para uma visão macro do sistema, através de três dimensões principais, nomeadamente estrutura, processo de desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. E cada uma delas agrega várias subcategorias que permitem uma avaliação micro do sistema (Figueiredo, M. et al, 2023).

2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural explica a estrutura da família, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus elementos, qual a relação com o meio envolvente da família, (relação com a família alargada e com sistemas mais amplos da comunidade) e qual o seu contexto. Inclui três dimensões a interna, a externa e de contexto.

A definição de família mais aplicável ao caso clínico é “família é quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2011).

2.1.1. Avaliação Estrutural Interna

Nesta dimensão avalia-se a composição familiar, o género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

Composição familiar

A família R é composta pela Sra. ER, com 88 anos, viúva de JR há 1 ano. Está reformada e vive sozinha na localidade de CR e têm um filho de 61 anos, que reside na Alemanha com a sua esposa. Quanto à tipologia esta é uma família monoparental e

unipessoal.

- Género

A Sra. ER é do género feminino.

- Orientação sexual

A Sra. ER apresenta uma orientação heterossexual.

- Ordem de Nascimento

A Sra. ER nasceu a 4 de dezembro de 1936.

- Subsistemas

Os subsistemas denominam ou caracterizam o nível de diferenciação do sistema familiar. Numa família cada pessoa pertence a vários subsistemas diferentes e, em cada um deles, tem um diferente nível de poder e utiliza diferentes competências (Alarcão, M., 2002).

Na família em estudo está presente o subsistema individual composto pelo indivíduo (Sra. ER), que desempenha funções e papéis noutros sistemas dentro e fora da família, e cuja dupla pertença interfere em si mesmo e na forma como ele atua em cada um desses contextos (Alarcão, M., 2002). A Sra. ER não deixa de assumir como subsistema filial/parental, mas agora de filho adulto que, apesar de constituírem o subsistema filial, e já não viver em casa da mãe, é ele que assegura as necessidades relacionadas com situações de dependência/independência (Alarcão, M. 2002). No caso particular desta família, a cuidadora assegura as necessidades da Sra. ER, com a preocupação pelos gostos e preferências da senhora, procurando sempre a simetria comunicacional.

- Limites e fronteiras

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, M., 2002).

De acordo com Minuchin (1979) citado por Alarcão, M. (2002) existem três tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Os limites claros delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema permitindo a troca de influências; os difusos são marcados por uma enorme permeabilidade o que põe em causa a diferenciação dos subsistemas e os rígidos dificultam a comunicação e compreensão recíprocas.

Na família R, os limites são claros, isto é, porque permite abertura a uma cuidadora (FS), empregada doméstica, para o apoio que a senhora idosa necessita. No entanto, através da história familiar, percebi que houve períodos de maior emaranhamento e de existência predominante de limites difusos, adaptados à etapa do ciclo vital que a família

se encontrava. Embora o filho da senhora não coabite com ela é indispensável considerar o subsistema filial/parental na avaliação da família R.

2.1.2. Avaliação Estrutural Externa

A avaliação estrutural externa inclui duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos.

- Família extensa

Esta subcategoria inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva. Está relacionado com o número de elementos, que não coabitam com a família nuclear. Posto isto, é necessário a avaliação da quantidade e do tipo de contacto com a família extensa, para se obter informações sobre a quantidade e qualidade do apoio (Wright & Leahey, 2011).

Relativamente à família extensa, há um contacto próximo com a irmã e com a sobrinha que atualmente se encontra com recidiva de neoplasia da mama e está a fazer tratamentos de quimioterapia. O filho AR mantém a sua relação de contato próximo com a mãe, devido à distância geográfica, faz-se por telefone e através de videochamadas online (para o telemóvel da cuidadora), com alguma regularidade e vem a Portugal com alguma frequência, ficando em casa da sua mãe ER. O filho AR tem uma relação distante/conflituosa com as filhas JR e CR, por questões relacionadas com o divórcio com HC e por sua vez, a ER mantém uma relação distante com as duas netas, JR e CR. A família tem uma cuidadora (FS) que se ocupa das tarefas domésticas e no cuidar de ER, todos os dias, a visita e participa na refeição ao jantar com ela.

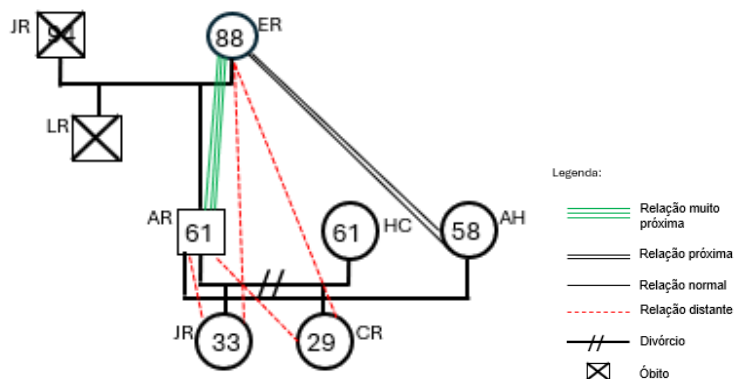


Figura 1 – Genograma da família R e respetiva legenda

- Sistemas mais amplos

Esta subcategoria avalia qual a relação da família com sistemas sociais mais amplos (instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada) que permitem uma ajuda diferenciada (Figueiredo, M., 2023, p. 350).

Da análise do ecomapa verifica-se que a ER, pelas comorbilidades que apresenta secundárias a doença neoplásica, pelo facto de ter ileostomia, não sabe conduzir pelo que tem poucos sistemas de relação. No entanto tem uma relação forte com FS a cuidadora, e tem uma relação forte com a enfermeira de família da USF T, demonstrando bom relacionamento e afeto com a mesma aquando ida às consultas de vigilância da Diabetes Mellitus. Inerente à situação de doença crónica da Sra. ER, esta tem uma relação muito próxima com o sistema de saúde, nomeadamente com a Unidade de Saúde Familiar T, e a Unidade Hospitalar de CR (onde a idosa é seguida nas consultas de Ostomia).

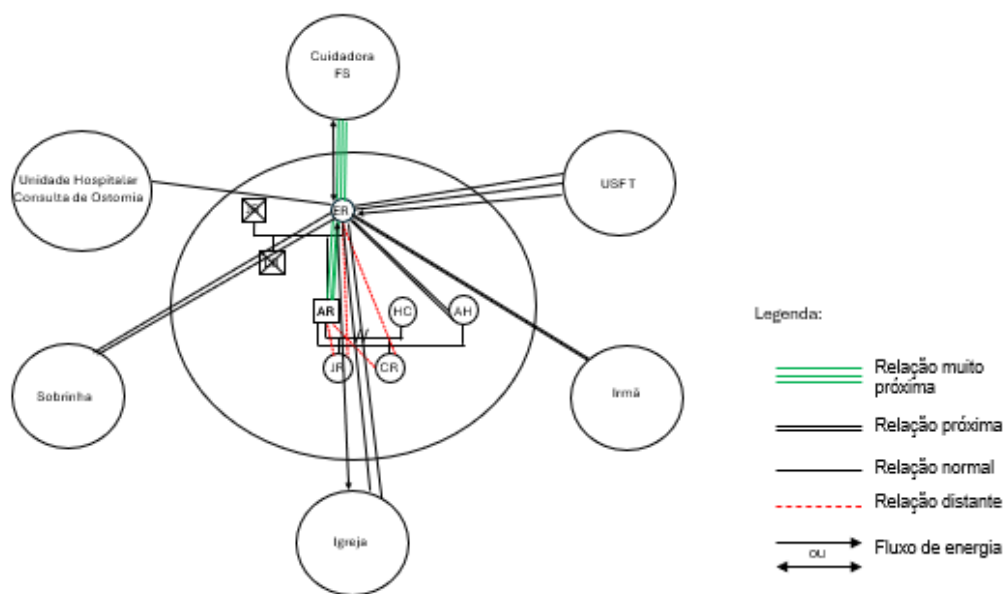


Figura 2 – Ecomapa da família R e respetiva legenda

2.1.3. Avaliação Estrutural de Contexto

A avaliação estrutural de contexto inclui a avaliação de: etnia, raça, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente.

- Raça

Esta família é de raça caucasiana por apresentarem o típico aspeto físico geral da população europeia (fenótipo claro de pele).

- Etnia

Relativamente à etnia, ER é de origem portuguesa.

- Classe social

A avaliação da classe social ajuda os enfermeiros a compreender os fatores de stress e os recursos da família. “A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais” (Figueiredo, M., 2023, p.353).

Para caracterizar de uma forma mais efetiva a posição social da família ER foi aplicada a escala de Graffar (Figura 3). Esta escala permite estratificar itens como: Profissão, Instrução, Origem do rendimento familiar, Tipo de habitação e Local de residência. De acordo com esta escala, esta família pertence à classe média baixa (pontuação de 19).

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

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Figura 3 – Escala de Graffar
Fonte: *print screen* da aplicação SCLínico

- Religião/espiritualidade

A Sra. ER é católica e frequenta a igreja (missa de domingo).

- Ambiente

Nesta subcategoria 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 Sra. ER vive numa vivenda própria, constituída por rés-do-chão e com quintal. Como se pode constatar na Figura 4 a habitação é adequada às necessidades da senhora. Tem aquecimento central, 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 e uma sala de estar. A casa encontra-se em bom estado de conservação, com boa luminosidade e com boas condições higiénicas e de arrumação.

A gestão da limpeza e a organização é realizada pela cuidadora (FS) e a Sra. ER também ajuda em algumas tarefas domésticas.

A moradia está localizada numa zona central, com acesso fácil a transportes públicos, unidades de saúde, supermercados, café e farmácia.

Apresenta barreiras arquitetónicas (escadas) no acesso da cozinha para o hall que dá acesso à sala de estar, quartos e casa de banho.

Processo Familiar

Morada _____ **Telefone** _____

	Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									
☐									

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

Data de registo: 09-06-2025

Tipo de alojamento
 Alojamento móvel
 Apartamento
 Barraca/casebre
 Desconhecido
 Hotel/pensão
 Instituição
Moradia
 Outro
 Quarto/parte de casa
 Sem alojamento

Regime de ocupação
 Arrendada
 Cedida
 Desconhecido
 Outro
Própria
 Tipologia
 Desconhecido
 Não aplicável
 T0
 T1
 T2
T3 ou mais

Estado geral de conservação
Bom
 Desconhecido
 Mau
 Razoável
Conforto
Bom
 Desconhecido
 Mau
 Razoável
Mobilário e equipamento básico
 Desconhecido
 Insuficiente
Suficiente

Casa de banho
 Desconhecida
 Fora do alojamento
 Inexistente
No alojamento
Aquecimento
Central
 Desconhecido
 Local
 Nenhum

Higiene
Bom
 Desconhecida
 Má
 Razoável
Electricidade
 Desconhecido
 Não
Sim
Barreiras arquitetónicas
 Desconhecido
 Não
Sim

Água
 Desconhecido
 Não
Sim
Origem
 Desconhecida
 Particular
Rede pública
Distribuição
 Desconhecido
 Fontenário a + de 100m de casa
 Fontenário a - de 100m de casa
 Fora do alojamento
No alojamento

Salubridade da zona residencial
 Desconhecida
 Insalubre
Salubre
No interior
 escadas
No exterior

Figura 4 - Avaliação da habitação
 Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

2.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

É fundamental que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, após conhecer a estrutura familiar, deve compreender o desenvolvimento do ciclo vital da família. É necessário conhecer como se desenvolveu progressivamente a história familiar durante as fases do ciclo de vida tendo em conta a sua história, percurso de vida, crescimento da família, nascimento e morte (Wright & Leahey, 2011).

2.2.1. Estágios – 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.

Como se pode verificar na Figura 5, e de acordo com o programa SClinico, foi adotado o Ciclo Vital de Duvall e como tal, será este o referencial utilizado. Destaco que independentemente do autor utilizado, a etapa do ciclo vital é marcada pela idade do filho mais velho. De acordo com Duvall (in Relvas, 1996) as etapas do ciclo de vida são: I- família sem filhos; II- família com filhos pequenos (do nascimento do 1^a filho até à idade pré-escolar, 3 anos); III- família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos); IV- família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos); V- família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início dos estudos superiores); VI- família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); VII- família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma) e VIII- família idosa (da reforma à viuvez).

Figura 5 – Ciclo Vital *Duvall*
Fonte: *print scren* da aplicação SCLínico

A família R encontra-se na etapa VIII do ciclo vital – Família idosa. Etapa que corresponde a família com membros mais velhos, reformados e que se estende até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges (Figueiredo, M. 2023, citando Duvall & Miller, 1985).

2.2.2. Tarefas

Na etapa do ciclo vital em que a família R se encontra são as seguintes tarefas nesta fase: ajustamento à reforma, aprender a lidar com as perdas (lutos), viver sozinho e a adaptação ao envelhecimento (Figueiredo, M. 2023, citando Duvall & Miller, 1985).

A Sra. ER refere que no passado trabalhou como florista e empregada doméstica além de cuidar da casa e dos filhos. O marido era agricultor em Portugal e na Alemanha era motorista, passava alguns dias fora de casa. Refere ter sido sempre uma família com um bom relacionamento afetivo, boa comunicação e muito feliz. O filho mais velho (LR) faleceu aos onze anos de idade, sendo que o filho mais novo (AR) tinha três anos de idade quando o irmão faleceu. A perda do filho foi muito difícil, constantemente reajustada com o apoio da restante família, mas não superada. Após o falecimento do filho (LR) foram para a Alemanha, tiveram lá doze anos. Regressaram para Portugal, tinha o filho mais velho (AR) dezasseis anos. Refere que o filho tinha um “namoro com uma alemã” e que não era do agrado dos pais pelo que optaram por deixar o país. O filho teve uma adaptação na escola

difícil e alguns problemas nessa fase da adolescência. No entanto, saída de casa do filho para casar com uma portuguesa foi tranquila, até ao nascimento da segunda filha (CR). Nessa altura, o filho decidiu imigrar para a Alemanha deixando a esposa com as duas filhas: a filha mais nova (CR) de oito meses e a filha mais velha (JR) com quatro anos de idade. Após ida para Alemanha, teve uma nova relação amorosa com uma alemã, tendo casado com a mesma e não tem filhos deste relacionamento. O processo de divórcio foi litigioso. Por este fato, a ex-esposa não permitia o contato entre as filhas do ex-casal e os avós. O relacionamento das filhas com o pai também foi afetado, pelo que se estabeleceu uma relação distante. Esta situação, causou a Sra. ER muito sofrimento, ainda hoje refere que tem uma relação distante com as netas, que lhes liga quando é o seu aniversário, mas que elas só a visitam em épocas festivas (natal e páscoa). Outra situação que causou ansiedade, tristeza e medo foi o fato de ter passado por um processo de doença neoplásica, submetida a cirurgia, tendo ficado com urostomia definitiva. Posteriormente, a morte do cônjuge, por doença cardíaca, a Sra. ER ficou desamparada, “perdeu o seu amigo e companheiro de vida” e esta situação ainda não se encontra superada, uma vez que foi há um ano o falecimento. O filho sugeriu que fosse com ele para a Alemanha, mas a Sra. ER não quer deixar a sua casa e com a necessidade de precisar de cuidados de saúde e idas frequentes a consultas de ostomia e de vigilância da Diabetes Mellitus, foram motivos para não ir com o filho para Alemanha. O filho tem uma boa relação com a sua mãe, apesar da distância. Recentemente, mandou instalar um alarme na casa para a mãe se sentir mais protegida. A sua rede de apoio e algumas tarefas passaram a ser desempenhadas por uma cuidadora, sua vizinha (FS), tais como idas às compras, à farmácia, ao banco, os cuidados à ostomia, acompanhamento às consultas e realização de tarefas domésticas. No entanto, Sra. ER consciente das suas limitações, ainda é autónoma na realização dos cuidados de higiene, vestir e despir, preparação de refeições, avaliação da glicemia capilar e registo em folha própria, gestão de regime medicamentos e administração de insulina.

2.2.3 Vínculos afetivos

A Sra. ER tem uma relação muito forte com a cuidadora (FS). Tem boa relação, apesar de o filho se encontrar na Alemanha, falam com frequência ao telefone e ele visita-a sempre que lhe é possível. Com a irmã e a sobrinha tem uma relação de amizade. Com as netas e a ex-mulher do filho (AR) tem uma relação distante. O genograma e o ecomapa

representam os vínculos da família.

2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional refere-se “ao modo como o sistema interage com o meio, a forma como comunica com os sistemas com quem interage” (Figueiredo, M., 2023). Deste modo, a família fecha-se para se organizar e abre-se quando precisa do meio exterior.

A avaliação funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva. A primeira refere-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família (Figueiredo, M., 2012).

2.3.1 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 (Figueiredo, M., 2012).

Assim, pressupõem-se a avaliação com base na teoria do autocuidado e na teoria do défice de autocuidado de Orem (Orem, 2001) citado por Figueiredo, M. (2012), 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.

Nesta família, a cuidadora (FS) assume o papel de prestador de cuidados. As atividades de dependência de ER são: mudança do saco de urostomia. Por dificuldade cognitiva não participa em atividades de lazer. A higienização da casa é realizada pela ER com ajuda da cuidadora FS. A ER é independente na gestão do regime terapêutico e autoadministração de insulina. A ER escolhe e confeciona as refeições que pretende ingerir, no entanto é a FS que adquire os ingredientes no supermercado e adquire os

medicamentos na farmácia e é responsável pelas deslocações da ER para as consultas. A ER tem bom hábito de sono-reposo.

2.3.2. Expressiva

A dimensão funcional expressiva diz respeito à comunicação e à interação entre os elementos da família. Nesta dimensão, a avaliação inclui nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influencias e poder, crenças, alianças e uniões.

- Comunicação emocional

A comunicação emocional refere-se à amplitude e tipos de emoções ou sensações expressas ou demonstradas. A família normalmente utiliza uma variedade de emoções e sentimentos que vão desde a felicidade, tristeza e raiva (Wright & Leahey, 2011).

De acordo com Alarcão (2002) “A comunicação funcional define-se como a capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os parceiros comunicacionais e a comunicação disfuncional, ou patológica é aquela que afasta os parceiros ou cria entre eles um ecrã de incompreensão e ressentimento”. A ER refere que se sente sozinha, “às vezes penso muito no meu marido, ele fazia-me companhia”, “as minhas netas não me visitam, e isso deixa-me triste”. A ER refere que fala com o filho todos os dias pelo telefone. E refere que o seu apoio é a cuidadora FS. Na visita que efetuei à casa de ER tive e a oportunidade de verificar a interação entre a Sra. ER com a cuidadora FS e pareceu-me haver facilidade na expressão de sentimentos e emoções bem como utilização de expressões e palavras de conforto e de união entre as duas.

- Comunicação verbal e não verbal

A linguagem, verbal e não verbal, característica de qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e vai influenciar a forma como cada indivíduo não só percebe a realidade, mas também como a co-constrói (Figueiredo, 2012).

A Sra. ER comunica utilizando uma linguagem clara e objetiva. Fala da sua história familiar na presença da cuidadora (FS) o que transmite sentimento de confiança entre as duas. Na visita ao domicílio verifico que a cuidadora dá palavras de conforto e de ânimo a ER.

Quanto à comunicação não verbal, durante o relato da sua vida familiar verifico que a

ER ao falar do filho e do marido ambos falecidos, a sua voz fica trêmula e apresenta lágrimas nos olhos.

- Comunicação circular

Esta subcategoria refere-se à reciprocidade entre os elementos da família.

A fim de perceber a satisfação sobre a forma de comunicar na família foi aplicado a escala APGAR Familiar de Smilkstein à Sra. ER, como se verifica no Quadro 1. Da leitura do quadro, totaliza-se 6 pontos, o que significa uma família com moderada disfunção. Isto, reflete-se por uma rede apoio limitada (filho vive na Alemanha), sentimentos de solidão, relações familiares distantes (especialmente com as netas) e o impacto que o processo de luto implica na vida familiar.

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		x	
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.		x	
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.	x		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.	x		
Estou satisfeita com o tempo que passo com a minha família.			x
Quase sempre: 2 pontos; Algumas vezes: 1 ponto; Quase nunca: 0 pontos Score: 7-10: Família altamente funcional; 4-6: Família com moderada disfunção; 0-3: Família com disfunção acentuada			

Quadro 2 - Representação da escala de APGAR Familiar de *Smilkstein* (1978)

- Soluções de problemas

A Sra. ER sente-se sozinha e insegura em casa após o falecimento do marido, com limitações físicas devido à urostomia e dependência parcial da cuidadora para algumas tarefas. O filho (AR) encontra-se atento aos problemas e para tal, mandou instalar um alarme na casa da sua mãe ER. Ele questionou-a se ela não queria ir para a Alemanha,

mas esta referiu-me que não queria deixar a sua casa e mudar de país. A Sra. ER gere as suas finanças, necessitando apenas da cuidadora FS para se deslocar ao banco. O cuidado doméstico é efetuado pela cuidadora (FS). O filho não interfere na resolução de problemas nem nas decisões da Sra. ER, sendo justificado por se encontrar longe e pouco poder contribuir. De acordo com Relvas, (1996) citado por Alarcão, M. (2002) todas as famílias estão sujeitas a mudanças, a stress, e passam inevitavelmente por várias crises (acidentais ou normativas), que podem emergir de situações que de algum modo intersectam ou colidem com o caminho da família ao longo do ciclo vital. Neste caso, identificam-se transições passíveis de alterar o equilíbrio familiar. Os fatores de stress identificados são: a distância do filho (AR) que vive na Alemanha, o fato de estar a viver sozinha na habitação, a limitação física (presença de urostomia), sobrecarga da cuidadora, que se vê condicionada e privada das suas folgas e de momentos com o seu marido, ela refere que janta alguns dias com a Sra. ER para lhe fazer companhia.

- Papéis

Esta subcategoria avalia os padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família, sendo que o papel é um comportamento constante numa situação específica.

Na família R, a cuidadora (FS) é que cuida da higiene e arrumação da casa, vais às compras, leva-a às consultas, a passear e ao banco. A gestão financeira e confeção de refeições é a Sra. ER. O filho (AR) toma conhecimento das decisões da sua mãe embora estando distante não interfere nas medidas tomadas por parte dela, dando o apoio emocional quando se falam ao telefone.

- Influências e poder

A influência instrumental e psicológica afeta a forma como a família expressa as suas emoções e consequentemente caracteriza o padrão comportamental dos seus membros. O exercício do poder é um processo dinâmico e multidimensional frequentemente focalizado no membro da família que tem mais experiência e influência as decisões (Figueiredo, M., 2012).

Nesta família, consideram que não há elementos na família com mais ou menos poder, consideram que todos têm igual poder na família. Quando é necessário tomar alguma decisão, tomam-na em conjunto.

- Crenças

As crenças referem-se a valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde (Figueiredo, M., 2012).

No que diz respeito à crença religiosa a Sra. ER é católica, vai à missa ao Domingo e recorre à oração antes de ir dormir.

Quanto há crença no papel dos profissionais de saúde, a Sra. ER recorre à consulta de ostomia de três em três meses e frequenta a unidade de saúde familiar, agora com mais frequência pelo facto de ter iniciado insulina e os valores de glicémia se apresentarem elevados, a enfermeira de família tem agendado uma consulta de vigilância por semana. A cuidadora é que acompanha a Sra. ER à consulta e ambas têm uma relação de empatia e confiança com a enfermeira de família.

- Alianças e uniões

Existe uma aliança forte entre a Sra. ER e a cuidadora FS, uma vez que, a acompanha nas tarefas diárias, consultas e como suporte emocional. Esta relação tornou-se um dos principais pilares de apoio da Sra. ER.

Entre a Sra. ER e o filho (AR), que apesar da distância física, mantém contacto regular por telefone, preocupa-se com a segurança da mãe (instalação de alarme) e tem conhecimento das decisões sobre os cuidados da mãe.

Entre a Sra. ER e as netas, devido ao afastamento imposto pela ex-nora e pela própria imigração do filho. O contacto é esporádico, ocorrendo apenas em datas comemorativas, o que gera sentimentos de tristeza e perda da união familiar.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

A avaliação familiar permite identificar as forças, recursos e necessidades da família, possibilitando intervenções de enfermagem adequadas. O diagnóstico envolve reconhecer tanto as potencialidades quanto os problemas familiares. A intervenção deve ser colaborativa, valorizando a capacidade da família para resolver seus próprios problemas e alcançar seus objetivos de saúde (Figueiredo, M., 2012).

Foco de atenção	Habitação	
Intervenção diagnóstico	Avaliar a habitação	
Diagnóstico	Edifício residencial não seguro	
Resultados esperados	Que a Sra. ER tenha uma habitação segura	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
5/06/2025 Domicílio	- Avaliar o tipo de habitação. - Avaliar o conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. - Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro. - Avaliar risco de queda (escala em Sclínico). - Negociar com a Sra. ER adoção de medidas de segurança na habitação.	- Habitação é adequada às necessidades da família, mas o edifício apresenta dois degraus no acesso da cozinha para o hall que a Sra. ER frequenta diariamente.

Foco de atenção	Gestão do regime terapêutico	
Intervenção diagnóstica	Avaliar o Conhecimento sobre regime medicamentoso	
Diagnóstico	Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado	
Resultados esperados	Que a Sra. ER tenha o regime medicamentoso não comprometido	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
26/05/2025 e 29/05/2025 Consulta de vigilância Diabetes <i>Mellitus</i>	- Avaliar o conhecimento sobre autovigilância: registo de valores de glicémia capilar (em jejum). - Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico. - Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz. - Instruir sobre a autoadministração de insulina. - Ensinar sobre sinais de hipoglicémia e hiperglicémia - Ensinar sobre complicações da Diabetes <i>Mellitus</i>. - Avaliar o conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico. - Avaliar o conhecimento sobre padrão alimentar. - Avaliar o conhecimento sobre padrão de exercício. - Avaliar o conhecimento sobre regime medicamentoso. - Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados.	- A Sra. ER avalia e regista os valores de glicémia capilar em livro próprio. A Sra. ER faz a autoadministração da insulina após o pequeno almoço. No entanto não demonstra conhecimento sobre as complicações da doença e os sinais e sintomas de hipoglicémia e hiperglicémia.

Foco de atenção	Isolamento social	
Intervenção diagnóstica	Avaliar o isolamento social relacionado com ausência da rede de apoio social e do filho AR	
Diagnóstico	Conhecimento sobre o isolamento social não demonstrado	
Resultados esperados	Que a Sra. ER tenha o isolamento social não comprometido	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
29/05/2025 Consulta de vigilância Diabetes <i>Mellitus</i>	- Incentivar na participação em grupos sociais, atividades recreativas e programas comunitários. - Encorajar para o contacto com familiares (sobrinha e irmã), incluindo o uso de tecnologias para comunicação. - Planear visitas domiciliárias para suporte emocional. - Orientar e apoiar o cuidador para ampliar a rede de suporte. - Utilizar técnicas de escuta ativa e aconselhamento para lidar com sentimentos de solidão.	- A Sra. ER não demonstra conhecimento sobre os apoios da rede social. Que a Sra. ER manifeste bem estar emocional.

Foco de atenção	Ansiedade	
Intervenção diagnóstica	Avaliar a capacidade para gerir a ansiedade	
Diagnóstico	Conhecimento sobre a ansiedade não demonstrado	
Resultados esperados	Que a Sra. ER tenha a ansiedade não comprometida	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
5/06/2025 Domicílio	- Avaliar ansiedade. - Executar/orientar para técnica de relaxamento. - Escutar/disponibilizar suporte emocional. - Incentivar envolvimento da família, a comunicação de emoções. - Assistir a Sra. ER no treino do pensamento positivo. - Ensinar sobre autocontrolo: ansiedade.	

Foco de atenção	Papel do Prestador de Cuidados	
Intervenção diagnóstica	Avaliar o Conhecimento sobre o Papel de Prestador de Cuidados	
Diagnóstico	Conhecimento sobre o Papel de Prestador de Cuidados	
Resultados esperados	Que a Sra. ER tenha o Prestador de Cuidados não Comprometido	
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
5/06/2025 Domicílio	- Avaliar o conhecimento do Prestador de Cuidados sobre tomar conta. - Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Serviços de Saúde	- A FS 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

	(Unidade de Cuidados na Comunidade para descanso do cuidador). - Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre os Recursos da Comunidade (instituições de apoio, serviço social, psicologia, etc.). - Avaliar a o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre estratégias de Coping. - Aplicar a Escala da Sobrecarga do Cuidador (escala em Sclínico).	estratégias de Coping (define as estratégias de resolução de problemas).
--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). (des) Equilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto Editora, 2ª edição.
- Figueiredo, M. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Lidel
- 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.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Rev Esc Enferm USP,3. Disponível em: [file:///C:/Users/afili/Downloads/12559-Texto%20do%20artigo-47695-1-10-20110222%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/afili/Downloads/12559-Texto%20do%20artigo-47695-1-10-20110222%20(1).pdf)
- Melo,P. (2021). Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Enfermagem. Lisboa. Lidel
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar. Mesa do Colégio da de Enfermagem de Comunitária. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Wright, L. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família. (5ª ed). Roca: S.Paulo.