



**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Área Saúde Familiar**

2º Ano, 3º Semestre

Ano Letivo 2021/2022

## **Relatório de Estágio**

Rita da Silva Domingues

Leiria, fevereiro de 2022



**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Área Saúde Familiar**

2º Ano, 3º Semestre

Ano Letivo 2021/2022

Estágio de componente clínica (estágio III)

## **Relatório de Estágio**

Relatório final da componente clínica  
dos ciclos de estudos para atribuição  
do título profissional do Enfermeiro  
Especialista em enfermagem de  
Comunitária na Área Saúde Familiar

Rita da Silva Domingues Nº 5180005

**Professora orientadora:** Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, fevereiro de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

Investir na especialidade de saúde familiar veio da vontade de evoluir como profissional e curiosidade pelo desconhecido.

O enriquecimento pessoal confesso que veio por acréscimo, tornei-me uma entusiasta na área de saúde familiar. Agradecer à “minha” enfermeira orientadora, Mafalda Girão, profissional com uma determinação contagiante, gosto e saber para trabalhar com famílias.

Agradecer a todos os professores que acompanharam a formação, num percurso académico traçado por alterações e incertezas, num trabalho de parceria e respeito para com os alunos.

À Professora Teresa Kraus, orientadora deste relatório, sempre disponível e empenhada e cujos conselhos e sugestões foram determinantes para o resultado deste trabalho.

A elaboração deste relatório foi acompanhada de 2 gravidezes, de momentos de grande stresse e alegria. Não poderia deixar de agradecer de forma sincera às pessoas que tanto contribuíram para não desistir.

Ao Fred, companheiro fiel, que nunca deixou de acreditar em mim, mesmo com toda a demora e incertezas. Ouvinte de lamúrias e investidas em tentar explicar como isto de saúde familiar é interessante.

À minha mãe, meu exemplo de determinação, meu colchão para-quedas, meu trampolim de uma vida.

Ao meu pai, *workaholic*, exemplo de motivação para o trabalho e crescimento profissional, pai apaixonado e avô babado.

À minha irmã, que embora para mim sempre com 15 anos, se mostrou uma conselheira sábia que tanto me ajuda e que tanto admiro.

A todos eles e aos meus sogros, cunhada, que reuniram esforços para me agilizarem a vida para conseguir ter tempo.

À Guida, irmã de coração, por acreditar vivamente em mim, por não se conformar com discursos derrotistas e negativos, por apoiar-me incondicionalmente.

Ao meu Duarte, tão pequeno e tão Grande.

Ao meu Tiago, que embora ainda não tenha nascido, me dá força para lutar e acreditar.

À Concha, à Myra e ao Ed, animais com um toque e olhar terapêutico.

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

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeSON- Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

ACSS- Administração Central de Sistemas de Saúde

APGAR- Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão

ARSLVT - Administração regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ASKED- Consciência, Habilidade, Conhecimento, Encontros e Desejo

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

FACES- escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar

JBI- Joanna Brigges Institute

MeSH- Medical Subject Headings

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RS-Revisão *Scoping*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TGS- Teoria Geral dos Sistemas

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

VaKE- Values and Knowledge Education

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	14
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA</b> .....	14
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	37
<b>3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS</b> .....	37
<b>3.1.1 Responsabilidade ética, profissional e deontológica</b> .....	37
<b>3.1.2 Melhoria da qualidade</b> .....	40
<b>3.1.3 Gestão de cuidados</b> .....	42
<b>3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> .....	44
<b>3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS</b> .....	46
<b>3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção</b> .....	48
3.2.1.1. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.....	49
3.2.1.2. Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.....	52
3.2.1.3. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.....	55
3.2.1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica ..	56
3.2.1.5. Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas. ....	59
3.2.1.6. Facilita a resposta da família em situação de transição complexa .....	61
3.2.1.7. Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar .....	62
3.2.1.8. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.....	64

<b>3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar</b> .....	64
3.2.2.1. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. ....	64
3.2.2.2. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. ....	65
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	68
<b>4. REVISÃO SCOPING - ENFERMAGEM transcultural – CUIDAR DE INDIVÍDUOS/ FAMÍLIAS IMIGRANTES</b> .....	68
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	68
<b>4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	69
<b>4.3. METODOLOGIA</b> .....	75
<b>4.4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b> .....	77
<b>4.5. DISCUSSÃO</b> .....	86
<b>CONCLUSÃO</b> .....	95
<b>CONCLUSÃO INTEGRATIVA</b> .....	97
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	99

## **APÊNDICES**

**Apêndice I- Plano de intervenção familiar sistémica**

**Apêndice II- Apresentação sessão: saúde familiar: família e registos em SClínico**

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1- Termos e descritores.....</b>	<b>76</b>
<b>Quadro 2-Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>77</b>
<b>Quadro 3- Identificação dos estudos e desenhos de estudo.....</b>	<b>79-80</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1- Fluxograma PRISMA.....</b>	<b>78</b>
<b>Figura 2- Mnemónica ASKED.....</b>	<b>87</b>

## RESUMO

A família é um espaço privilegiado para aprender, constitui-se como base essencial de vida social (Alarcão, 2000), é uma rede complexa de laços fundamentalmente afetivos, influencia e é influenciada pela saúde e bem-estar dos seus membros (Wright & Leahey, 2011).

O enfermeiro de família, na sua prática especializada, desenvolve um trabalho de parceria com a família numa abordagem sistémica, orientando-a para a maximização do seu potencial e de acordo com o seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012). O presente relatório enquadra-se no 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Saúde Familiar conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar e foi desenvolvido na USF Pedro e Inês em Alcobaça, em junho-julho de 2019.

Na Parte I - *Prática especializada em enfermagem de saúde familiar*, pretendeu-se demonstrar o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Na parte II- *Revisão Scoping - Enfermagem Transcultural – cuidar de indivíduos/ famílias imigrantes*, desenvolveu-se uma revisão *scoping* com o objetivo de mapear a evidência quanto a alguns fatores promotores de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes focando o conceito de Enfermagem Transcultural de Medeleine Leininger, o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary e o Cuidado baseado nas Forças.

Concluiu-se que alguns fatores facilitadores da prática de enfermagem transcultural junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários são: a promoção de atitudes de empatia, humildade, aceitação, respeito, disponibilidade e sensibilidade associada a uma visão positiva da migração por parte dos profissionais; o desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas, o recurso a modelos de competência cultural, nomeadamente o modelo de Campinha-Bacote; a utilização consciente da comunicação; a mobilização de mediadores interculturais e promotores de saúde; o estabelecimento de uma relação mais próxima com a comunidade; a elaboração de guias de saúde nos diferentes idiomas; o recurso à ferramenta VaKE e a utilização de modelos de avaliação que contemplem a cultura. Para superação de algumas barreiras identificadas importa, nomeadamente: o controlo da barreira linguística, cultural, de atitudes discriminatórias dos profissionais, da postura etnocêntrica e competências limitadas dos profissionais e também a dotação adequada de profissionais nos serviços.

As palavras chave definidas foram: Enfermagem Transcultural; competência cultural; enfermeiros, imigrantes, cuidados de saúde primários.

## ABSTRACT

The family is a privileged space for learning, constituting an essential basis for social life (Alarcão,2000), it is a complex network of fundamentally affective ties, influences and is influenced by the health and well-being of its members (Wright & Leahey,2011).

The family nurse, in their specialized practice, develops a partnership work with the family in a systematic approach to enable them by maximizing their potential in accordance with their health projects (Figueiredo, 2012). This report is framed in 3rd semester of the 2nd year of Master's Course in Community Nursing in the Family Health area, leading to the attribution of the professional title of Nurse Specialist in Community Health in the area of Family Health and was developed at USF Pedro e Inês in Alcobaça in June-July 2019.

In Part I - *Specializes practice in family health nursing*, the aim was to demonstrate the development of competences defined by the Portuguese Order of Nurses.

In Part II- *Scoping Review- Transcultural Nursing- caring for immigrant individuals/families*, a scoping review was developed with the objective of mapping the evidence regarding some factors that promote transcultural nursing by family nurses with immigrant individuals/ families focusing on Medeleine Leininger's concept of Transcultural Nursing, Calgary's Assessment and Intervention Model and force-based Care.

It was concluded that some factors that facilitate the practice of cross-cultural nursing with immigrant individuals/ families in primary health care are: the promotion of attitudes of empathy, humility, acceptance, respect, availability and sensitivity associated with positive view of migration of professionals; the development of culturally receptive health services; the use of cultural competence models, namely Campinha- Bacote model; the conscious use of communication; the mobilization of intercultural mediators and health promoters; a closer relationship with community; the elaboration of health guides in different languages the use of VaKE tool and the use of assessment models that include culture. In order to overcome some barriers identified, it is important, namely: the control of linguistic and cultural barriers, discriminatory attitudes on the part of professionals, ethnocentric posture and limited skills of professionals and also the adequate staffing of professionals in the services

The keywords defined were: Transcultural Nursing; cultural competency; immigrants; primary health care

## INTRODUÇÃO

No quadro legislativo atual, em Portugal, os cuidados de saúde primários (CSP), constituem-se como base do sistema de saúde sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, destacadas intervenções em rede, cuidados centrados na família e no ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Na atual configuração dos CSP, o enfermeiro de família desenvolve um papel preponderante na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, bem como na gestão e organização de recursos potencializadores da dinâmica família, ao longo do seu ciclo vital, nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

O presente Relatório insere-se na fase final do Curso de Mestrado Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, 2.º ano e 3.º semestre, da Escola Superior de Saúde de Leiria. Nesta fase, foi concretizado o estágio III, de Natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família na USF Pedro e Inês, em Alcobaça. Esta USF pertence ao distrito de Leiria, integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e abrange as freguesias de Alcobaça, Vestiaria e Maiorga.

Quanto ao seu desenvolvimento organizacional, trata-se de uma USF modelo B, com maior amadurecimento organizacional em relação às USF's do modelo A, com um nível de contratualização de desempenho mais exigente e onde o trabalho da equipa de saúde familiar se pretende mais efetivo.

A inclusão da família como alvo de cuidados enquadra-se no quadro atual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Saúde XXI (Ordem dos Enfermeiros, 2015c). O contributo dos enfermeiros de família no seu contexto de atuação, cuidados de saúde primários, foi reforçado internacionalmente na segunda conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial de Saúde em Munique em junho de 2000 que destacou o seu papel na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

O enfermeiro de família desempenha um trabalho de proximidade e continuidade ao longo do ciclo vital, o lugar que ocupa na equipa multidisciplinar de saúde permite-lhe conhecer as famílias, nomeadamente os seus estilos de vida e contextos de saúde-doença. Também as competências do enfermeiro na abordagem da pessoa, família e comunidades, colocam o enfermeiro de família numa situação privilegiada na identificação das suas necessidades e potencialidades com o objetivo da promoção da sua autonomia num processo de

desenvolvimento e crescimento com uma melhor gestão entre as suas expectativas e os cuidados prestados.

No atual enquadramento dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a um grupo limitado de famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2015c). Neste contexto, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase na acessibilidade, proximidade e efetividade. De acordo com a legislação em vigor, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar torna-se o profissional de referência da família, garantindo o seu acompanhamento especializado enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Enfermagem de saúde familiar, como área especializada de enfermagem, surge como campo de atuação autónomo no qual o enfermeiro especialista, com corpo de conhecimento específico de enfermagem, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão no âmbito das suas competências especializadas: -cuidar da família como unidade de cuidados; - prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

O enfermeiro de família surge como gestor de cuidados, assumindo-se como elo de ligação entre a família- com a qual estabelece uma relação terapêutica; e serviços de saúde e recursos na comunidade- com os quais articula por forma a dar resposta às necessidades de um conjunto de famílias. Fundamentado no conceito da OMS surge como profissional integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem nos vários contextos da comunidade em todos os processos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

No cuidado especializado em enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro de família estabelece uma relação com a família com pensamento crítico sobre saúde familiar, reconhecendo o seu potencial específico como promotor da saúde dos seus subsistemas e assim da sua saúde como unidade. O enfermeiro de família recorre a um método organizado, dinâmico e sistematizado que lhe permite realizar a avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional e assim identificar problemas, formular de diagnósticos, prognósticos e objetivos no sentido do planeamento da intervenção num processo colaborativo com a família, de modo a promover mudanças no funcionamento familiar e assim ser agente facilitador da sua autonomia e adaptação contínua nos processos de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família

é definida como “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 do que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.143).

Compreender da família como sistema, implica uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e desenvolvimento (dimensão temporal), numa perspetiva holística, em que se percebe a família como unidade total na totalidade de várias unidades (indivíduos) inserida num contexto (Alarcão, 2000).

Torna-se para isso necessário ampliar o foco do indivíduo para a família numa perspetiva sistémica e colaborativa sustentada em pressupostos ecossistémicos, através de uma abordagem consciente da complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade e capacidade auto-organizativa da família que valorize a sua história e contexto em que está inserida (Figueiredo, 2012). Compreender a estrutura da família, processos de desenvolvimento e dinâmica de funcionamento potencia uma intervenção adaptada às especificidades de cada família no sentido da sua capacitação perante os desafios e especificidades do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

A preocupação em integrar a família como foco de cuidados de enfermagem teve início com Florence Nightingale, sendo objeto de reflexão ao longo dos tempos. A teoria, a prática e a investigação em enfermagem evidenciam a importância da família na saúde e bem-estar nos seus membros (Wright & Leahey, 2011). Embora com progressivo interesse sobre enfermagem de saúde familiar esta é ainda uma área de conhecimento em desenvolvimento.

A família de hoje não é igual à família de há 50 anos, as relações familiares são percebidas de forma diferente e existem novas configurações familiares, com impacto na compreensão da conjugalidade e recomposição familiar a complexidade (Wall, 2005).

As mudanças culturais, económicas e sociais contribuem para a valorização da diversidade (Figueiredo, 2012). Embora não exista atualmente um modelo de família, existem múltiplos modelos em que o afeto é um valor base, emergindo a autodefinição de família (Hanson & Boyd, 1996; Wright & Leahey 2011).

Nas últimas décadas, as transformações na sociedade Portuguesa implicaram novas formas de viver em família. A consciencialização dos desafios e recursos atuais das famílias é um aspeto importante no cuidado centrado nas famílias.

Nos últimos anos em Portugal, as tendências demográficas são caracterizadas por um contínuo processo de envelhecimento demográfico, associado ao decréscimo da fecundidade

e aumento da esperança de vida, a par com a desaceleração do crescimento demográfico e o decréscimo dos volumes populacionais (Instituto Nacional de Estatística, s.d.).

A dimensão média das famílias reduziu significativamente em Portugal, com aumento da percentagem de casais sem filhos, de núcleos familiares monoparentais e pessoas que vivem sós, particularmente ao longo das últimas décadas (Instituto Nacional de Estatística- Statistics Portugal, 2014).

Embora o casal continue a ser a forma predominante de organização familiar, o casamento tende a ser uma transição cada vez mais tardia no percurso de vida dos indivíduos e os divórcios são um acontecimento demográfico relevante em Portugal (Instituto Nacional de Estatística- Statistics Portugal, 2014). É notório o aumento da diversidade de interações conjugais com aumento das uniões de facto, nascimentos fora do casamento e do número de famílias reconstituídas (Instituto Nacional de Estatística- Statistics Portugal, 2014), o que representa novos desafios ao nível da conjugalidade e parentalidade.

Relativamente aos recursos das famílias atualmente, são exemplos a maior participação dos idosos como suporte à família nuclear; a maior disponibilidade de redes formais de suporte social; e melhores recursos de saúde e educação.

Como desafios, destacam-se a diminuição do número de elementos no núcleo familiar, com redução de recursos; o afastamento das famílias de origem por motivo de, por exemplo, trabalho e emigração; as mudanças no estilo de vida, com menos tempo livre e constrangimentos económicos; a redução de redes de suporte social informais e a introdução do papel de cuidador em muitas famílias.

O papel mais ativo da mulher no mundo do trabalho pode representar em simultâneo um desafio e recurso da família.

O presente relatório, de carácter crítico-reflexivo, está dividido em suas partes.

Parte I- *Prática especializada em enfermagem de saúde familiar*, onde se pretende evidenciar o desenvolvimento de competências no sentido da prática baseada na evidência com foco na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem de saúde familiar.

Esta Parte organiza-se em 3 capítulos. No capítulo 1 será desenvolvida a caracterização e contextualização do ambiente clínico onde o estágio foi desenvolvido. No capítulo 2 serão explorados alguns referenciais teóricos facilitadores e orientadores da definição de estratégias de intervenção. No capítulo 3 descrevem-se as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios no sentido de documentar a aquisição de competências especializadas

preconizadas, sendo organizado por vários subcapítulos com base nas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, de acordo com os regulamentos respetivos.

Parte II, capítulo 4 - *Revisão Scoping*, intitulada de “Enfermagem Transcultural – cuidar de indivíduos / famílias imigrantes”, onde se pretende demonstrar a aquisição de competências relacionadas com a consulta e mobilização de evidência científica através da implementação de uma *Revisão scoping* (RS) numa área problema/questão emergente, identificada em contexto de estágio e enquadrada na realidade nacional e à escala mundial, no domínio de Enfermagem de Saúde Familiar.

## **PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA**

Os estágios são momentos privilegiados na formação do enfermeiro especialista, aliados à componente teórica letiva, permitem desenvolver e consolidar conhecimentos ligadas à profissão, e ampliar o âmbito da reflexão sobre as práticas (Simões, Alacão, & Costa, 2007).

Os dados foram recolhidos ao longo dos estágios, através da consulta de documentos reguladores internos da unidade, como o seu Regulamento Interno e Planos de Ação e outras ferramentas, nomeadamente, o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF) e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Foram também importantes para a caracterização da população, documentos referentes à região Oeste Norte, como o Perfil de Saúde e Plano Local de Saúde (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017).

A disponibilidade e colaboração de toda a equipa, a sua organização sólida como USF (Modelo B) e o fato de a enfermeira orientadora desempenhar funções de coordenação, representaram aspetos chave para conhecer a dinâmica e filosofia dos cuidados prestados, bem como características da população.

O desenvolvimento de processos familiares, a participação nas consultas de enfermagem, o acompanhamento de várias enfermeiras em atividades relacionadas, por exemplo, com gestão de material, a participação em reuniões com a equipa de enfermagem e reuniões com a equipa multidisciplinar bem como a colaboração num projeto relacionado com a Parametrização do SClínico na área da Saúde Familiar, representaram momentos de aprendizagem chave, que, associados a momentos de discussão e reflexão, contribuíram para esclarecer questões relacionadas com o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar.

A USF Pedro e Inês, iniciou a sua atividade como USF modelo A em janeiro de 2010, evoluindo para USF modelo B em julho de 2013 (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Na altura do estágio constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 secretários clínicos numa filosofia de organização por equipa de saúde. Duas das enfermeiras desenvolveram formação especializada na área de Saúde Familiar.

De acordo com o Regulamento Interno da unidade, a cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família e a cada família um enfermeiro, sempre que possível tendo em consideração os agregados familiares e a escolha das famílias.

O mesmo regulamento descreve a missão da USF Pedro e Inês- prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e a continuidade dos mesmos com equidade e rigor científico em tempo útil; e como visão- ser referência na sua área de atuação, pela satisfação dos utentes e profissionais, pela qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

A organização e gestão da USF são orientadas pelos requisitos legais em vigor nomeadamente, o instrumento Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP (DiOr-CSP) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019), que impulsiona a unidade no sentido da melhoria contínua da qualidade e segurança de cuidados.

O Plano de Ação é um documento que reflete os objetivos a atingir e as atividades a desenvolvido pelos profissionais, com base no Plano Local de Saúde (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017) e termos de referências de contratualização publicado pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Na discussão trianual do Plano de Ação, direcionado às características e necessidades da população, descrevem-se os resultados esperados, o processo (caminho a prosseguir e as ações a implementar para alcançar esses resultados), e os recursos disponíveis a alocar para o efeito. Este Plano é um documento chave para a unidade, na medida em que, através de um processo negocial, orienta e monitoriza a ação da equipa, no sentido da melhoria contínua, potenciando o trabalho interdisciplinar e a efetividade dos serviços face às necessidades da população.

A unidade funciona todos os dias úteis das 8h às 20h. Dentro do horário de funcionamento, os utentes têm acesso ao atendimento administrativo, médico e de enfermagem, programado. Neste âmbito, realizam-se consultas de vigilância no âmbito dos Programas de Saúde em vigor, nomeadamente na área da gestão da doença -a consulta da Pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; e na área da gestão da saúde – as consultas programadas de Saúde da Mulher (Saúde materna, Planeamento familiar, Rastreio do Cancro da Mama e Rastreio do Colo do útero), Saúde infantil e juvenil e Saúde do Adulto.

Dá-se também resposta a situações não programadas (situações agudas), nomeadamente, o atendimento no próprio dia a utentes cuja avaliação do estado de saúde o justifique. O Hospital de Alcobaça localiza-se a poucos metros da USF em análise, o que facilita o encaminhamento dos utentes para cuidados diferenciados em caso de necessidade.

A unidade garante a prestação de cuidados globais e continuados através de um mecanismo de intersubstituição dos diferentes grupos profissionais, nas instalações da unidade ou no domicílio, com possibilidade de intersubstituição entre médicos e enfermeiros.

De acordo com o Regulamento Interno da unidade, já referido, a visitação domiciliária é realizada a cidadãos em situação de dependência ou cujo estado de saúde não aconselhe deslocação à USF. A gestão destes cuidados de proximidade parece sensível às necessidades da população, na medida em que prioriza situações de especial vulnerabilidade, assegura cuidados num prazo de 24h e dá resposta aos utentes dentro e fora da área geográfica da USF.

A unidade assegura assim a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital, em função do perfil de saúde da população no âmbito dos vários programas de saúde, quanto à gestão da doença e gestão da saúde. A prestação de cuidados acontece num contexto de proximidade e através de uma abordagem holística, na qual os profissionais são pró-ativos na sensibilização e convocação de utentes e suas Famílias.

Os níveis de prevenção, são tema de discussão, estando, por exemplo, prevista uma formação intitulada de “Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária”, no Plano de Ação de 2019 (USF Pedro e Inês, 2021) a ser dinamizada por uma enfermeira.

Assim, no âmbito da prevenção primordial, salienta-se a dinamização de ações de sensibilização e atividades de promoção de estilos de vida saudáveis, em dias comemorativos da saúde, ao longo de todo ano; quanto à prevenção primária, é realizada, a convocação de utentes para a vacinação; no âmbito da prevenção secundária, os rastreios de doenças oncológicas demonstram ser uma preocupação evidenciada no Plano de Ação, sendo realizada a sensibilização para os mesmos ao longo das consultas, bem como a convocação de utentes de acordo com os programas de saúde em vigor.

É também notória uma premissa da unidade de que nenhum utente sai sem resposta, sendo o enfermeiro de família muitas vezes o profissional que dá resposta ao utente/família no sentido de perceber as suas preocupações e necessidades, nas oportunidades que tive de assistir a esta abordagem menos formal, foi possível perceber que existia na maioria das vezes a referência “... a minha enfermeira de família”.

A unidade presta cuidados, de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI- CSP) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.), cerca de 19,884 unidades ponderadas. Consultando a pirâmide etária disponível na mesma ferramenta e de acordo com o Perfil de Saúde da Região Oeste Norte de 2017 (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017), a unidade dá resposta a uma população envelhecida, com um índice de envelhecimento elevado e baixa natalidade, apresentando um maior número de população idosa (>65 anos) em relação a população jovem (0-14 anos). Muitos destes idosos têm idade superior a 75

anos (1,865), verifica-se ainda um elevado índice de dependência total de idosos (40,26%) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Durante os estágios foi possível perceber que as visitas domiciliárias realizadas eram quase exclusivamente a idosos, muitos deles sozinhos ou com apoio principal de cuidadores informais, principalmente familiares, nomeadamente filhos em idade ativa ou cônjuges.

De acordo com o Perfil de Saúde da Região referido, a taxa de mortalidade é significativamente mais elevada na Região Oeste Norte, com excesso de mortalidade por diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares. O número de casos de cancro do colon e reto, da mama e da próstata são também superiores nesta região (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017). De acordo com a mesma fonte, a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar na região, sendo estimada em cerca de 80 anos.

As doenças crónicas intersejam o envelhecimento na medida em que as pessoas vivem mais tempo, o que as torna mais suscetíveis ao seu desenvolvimento (International Longevity Centre Brazil, 2015). Aliado às doenças crónicas tem-se uma maior necessidade de cuidados, nomeadamente de consultas, exames e prescrição de terapêutica, sendo esta uma característica determinante na organização e gestão dos serviços.

O aumento da sobrevivência na presença destas doenças também resulta na perda de funcionalidade em idades mais avançadas. Viver mais significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização (Cabral et al.,2013).

Os desafios associados às características da população a quem a USF presta cuidados parecem ter um impacto significativo na organização da unidade, o que se reflete no seu Plano de Ação, já referido, e na dinâmica da unidade. Dando resposta a uma população envelhecida, a unidade parece orientar muita da sua atividade para a vigilância de doenças crónicas.

A sobrevida da pessoa / família com doenças crónicas relacionam-se com as causas de morte mais evidentes na região, refletidos no Plano de Ação da USF em análise, nomeadamente diabetes *mellitus*, tumores malignos e doenças do aparelho respiratório (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017). Destaca-se também a saúde mental como uma das prioridades do Plano Local de Saúde do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte, prevendo-se o reforço de equipas multidisciplinares e um trabalho de parceria entre forças policiais, serviços de saúde e outras entidades locais, com o objetivo de melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde mental, garantir a adesão terapêutica e promover e proteger o bem-estar das pessoas e comunidade (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017).

Assim, no Plano de Ação da unidade, são destacados alguns desafios e objetivos que orientam a equipa no sentido de melhorar o acesso a cuidados de saúde, potencializando uma resposta adaptada ao perfil de saúde da população abrangida, nomeadamente ao nível da taxa de mortalidade específica padronizada e os fatores determinantes de saúde.

No Plano de Ação de 2019 da USF em análise, e relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde, estão definidos como objetivos: a garantia de tempos máximos de resposta e o acesso à consulta em caso de doença aguda; no âmbito dos rastreios de base populacional, pretende-se o aumento da população abrangida por rastreios ao cancro cólon e reto, cancro de útero e cancro da mama; no âmbito da diabetes *mellitus*, manter o índice de acompanhamento destes utentes e controlar a incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade. Outro objetivo definido no âmbito das doenças do aparelho respiratório, é reduzir taxa de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos e aumentar a taxa de fumadores com consulta relacionada com o tabaco; no âmbito da saúde mental, um dos objetivos definidos é promover o desenvolvimento de cuidados de saúde mental de proximidade à população.

Também a realidade multicultural é alvo de atenção da unidade, no seu plano de ação 2019 está contemplada uma formação intitulada “Multiculturalidade na Prática em CSP” dinamizada por enfermeiras.

A unidade presta cuidados a uma população culturalmente cada vez mais variada, nomeadamente por um crescimento da população migrante, acompanhando a realidade nacional. Em 2011, de acordo com a PORDATA, com base nos Censos, residiam 56,693 indivíduos imigrantes em Alcobaça. As principais comunidades estrangeiras, a residir na região Centro, são a brasileira (27,8%), ucraniana (16,6%), francesa (6,9%) e angolana (4,7%) (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). Na USF Pedro e Inês, as nacionalidades são a brasileira, indiana e venezuelana.

Esta e outras temáticas abordadas demonstram o esforço da unidade em aproximar-se das necessidades da população e em desenvolver cuidados de uma forma coordenada.

A organização por equipa de saúde, a existência consolidada da figura do enfermeiro e médico de família, parecem ser reflexo de um esforço para contemplar a família como alvo de cuidados.

No mesmo sentido, a família é tema de discussão para a equipa da USF Pedro e Inês, foi possível participar nestas reuniões setoriais e intersectoriais durante os estágios, onde a família foi muitas vezes abordada de uma forma sistémica. Os momentos de formação internos à unidade, foram também reveladores da importância dada à família, nomeadamente

pelo interesse dos profissionais durante uma formação, que teve oportunidade de participar e dinamizar, intitulada de “Saúde Familiar- Família e Registos em SClínico”. Outra formação, programada no Plano de Ação de 2019, intitula-se “Novas Famílias - Desafio para o Cuidar”, dinamizada por duas enfermeiras com formação especializada em enfermagem de saúde familiar.

Relativamente ao ficheiro da enfermeira orientadora, era composto por 600 famílias, excedendo em 250 famílias, quase o dobro, do número de famílias preconizado para o efeito da dotação segura em Enfermagem (350 famílias por enfermeiro) (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Na maioria as famílias eram unipessoais com elemento com mais de 65 anos,

De acordo com a informação obtida através do MIMUF a 2 de março de 2020, os diagnósticos mais frequentes de entre os utentes do ficheiro da enfermeira orientadora, são: alteração dos lípidos, excesso de peso, hábitos tabágicos, hipertensão arterial sem complicações, obesidade e perturbações depressivas. Destaca-se que 408 destes utentes sofrem de hipertensão arterial, cerca de 23% dos utentes do ficheiro e aproximadamente 7% (124) com diabetes *mellitus*.

Os estilos de vida podem ter um importante impacto nas comorbilidades associadas às doenças referidas, no âmbito da educação para a saúde, o enfermeiro de família pode ter um papel preponderante nos indivíduos/famílias. A promoção de estilos de vida saudáveis é abordada de forma criativa e empática, com base em evidência científica, tanto ao nível das consultas como na dinamização de atividades para os utentes.

A mesma ferramenta (MIMUF) foi utilizada para analisar o desempenho dos indicadores de contratualização do ficheiro de utentes da enfermeira orientadora referente ao ano de contratualização de 2019, que descreve o percurso da unidade, sendo o indicador o retrato da sua evolução com base numa monitorização e avaliação contínuas (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019).

Foram notórios bons índices de acompanhamento adequado de grupos de utentes no ficheiro de utentes, nomeadamente no que diz respeito a consultas de saúde infantil no 1º e 2º ano de vida (90% e 100% respetivamente), consultas de hipertensão e diabetes (valores aproximados de 88% e 78% respetivamente) e consultas de planeamento familiar em mulheres em idade fértil (aproximadamente 83%).

Embora os indicadores reflitam na maioria avaliações referentes à intervenção médica, foi possível perceber que a taxa de utilização de consultas de enfermagem de doentes com diabetes *mellitus* era muito elevada, cerca de 94%; a nível de saúde infantil foi possível perceber que a taxa de utilização de consultas de enfermagem aos 3 anos era de cerca de

75%; a proporção de utentes vacinados também se evidenciou, nomeadamente, 100% das crianças entre 2,7 a 14 anos, e cerca de 94% de utentes com idade superior a 25 anos, vacinados com contra o tétano.

Estes valores corroboram com a minha perceção quanto à acessibilidade aos cuidados de enfermagem na USF Pedro e Inês, bem como a sua proatividade na convocação de utentes e prestação de cuidados oportunistas e ainda à noção de enfermeiro de família por parte da população.

Contudo, relativamente à utilização dos serviços de saúde, de acordo com o Perfil de Saúde da Região Oeste Norte de 2017, existe um excesso de uso dos serviços de urgência hospitalares (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2017). Torna-se essencial um esforço contínuo de avaliação e adaptação às necessidades da população, num esforço para alterar o atual paradigma de cuidados em que o modelo biomédico ainda está muito presente.

Os vários desafios colocados à equipa, nomeadamente o número excessivo de famílias adstritos a cada enfermeira, tornam esta proximidade um grande desafio, podendo representar uma ameaça à prestação de cuidados de enfermagem adequados, seguros e de qualidade às necessidades das famílias.

O aumento da população envelhecida associada ao aumento de número de idosos com doença crónica, evidencia a necessidade e importância de cuidados de enfermagem (Freitas, 2015), sendo as intervenções com idosos e suas famílias, a necessidade mais urgente (Hallberg citado por Wright & Leahey, 2011).

A tipologia familiar mais predominante no ficheiro de utentes em estudo - famílias unipessoais, com potencial fraca rede de apoio informal, bem como a realidade multicultural cada vez mais desafiante, evidenciaram também a importância do enfermeiro de família.

A qualidade dos cuidados percebidos durante o estágio na USF Pedro e Inês está também relacionada com a competência profissional dos enfermeiros onde quatro enfermeiras são detentoras de título de especialista e duas enfermeiras detêm grau de mestre área de Enfermagem de Saúde Familiar. Em termos de qualidade (experiência/formação dos enfermeiros), a equipa de enfermagem representa uma força desta unidade para prestar cuidados de qualidade, nomeadamente tendo a família enquanto foco de intervenção, numa tendência para cumprir as orientações da ordem, que prevê que, até à existência de número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, as USF integram enfermeiros detentores de título de enfermeiro e de título de especialista nas várias áreas de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando a importância do corpo teórico para a prática avançada de enfermagem na área de saúde familiar, pretende-se neste capítulo explorar conceitos fundamentais à prática especializada do enfermeiro de família.

Numa primeira fase será analisada a família numa perspetiva sistémica e ecológica na ótica do enfermeiro de família e posteriormente serão apresentados modelos e teorias fundamentais para a abordagem sistémica da família. Numa fase final serão explorados modelos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar.

### **A Família numa perspetiva sistémica e ecológica**

A família é considerada como sistema na medida em é composta por um conjunto de elementos interdependentes em interação com objetivos comuns, formando um todo organizado envolvido por um meio exterior (Figueiredo, 2012).

Reportando à sua estrutura, o todo familiar é organizado por totalidades mais pequenas com funções diferentes, mas estreitamente relacionadas, denominadas de subsistemas (Alarcão, 2000). A sua definição está relacionada com os elementos que os constituem e respetivos papéis e estatutos, sendo que o mesmo indivíduo pode pertencer a vários subsistemas de forma simultânea e que os mesmos podem variar de forma adaptativa (Alarcão, 2000). Os subsistemas da família são fundamentalmente o conjugal, parental, fraternal e individual (Alarcão, 2000).

A definição clara de limites é vital ao funcionamento familiar, pelo que possibilita o reconhecimento da individualidade dos vários subsistemas, permitindo o desempenho de tarefas de forma clara, em que cada elemento, em cada espaço e em cada momento, saiba o que esperar dele próprio, o que podem os outros esperar dele bem como as perspetivas formadas em relação aos outros (Alarcão, 2000). A clara definição de limites possibilita também a delimitação do sistema familiar relativamente ao ambiente (Figueiredo, 2012), permitindo a regulação de passagem de informação entre estes.

A interação dinâmica com o exterior faz da família um sistema aberto (Figueiredo, 2012), implicando que os diferentes sistemas se influenciem reciprocamente. Neste sentido, importa que a família adapte a permeabilidade das suas fronteiras às suas necessidades.

No dia-a-dia familiar, de forma implícita ou explícita, as interações entre os vários elementos de uma família organizam-se através de sequências repetitivas de trocas verbais e não-verbais como resultado a adaptações recíprocas, desta forma, são especificados os papéis familiares e reguladas trocas afetivas, cognitivas e comportamentais (Alarcão, 2000) estas

sequências são designadas por padrões transacionais (Minuchin, 1990). A organização e manutenção destes padrões estão relacionadas com dois sistemas de forças: as regras universais de organização familiar- relacionadas com a hierarquia sistémica caracterizada por vários níveis de poder; e expectativas de cada sistema familiar- estruturadas ao longo dos anos e muitas vezes esquecidas (Alarcão, 2000).

Os padrões estabelecidos permitem a continuidade do sistema, contudo, em situações de desequilíbrio a família tende a alterá-los por forma a adaptar-se a novas situações (Minuchin, 1990). Esta flexibilidade possibilita o desenvolvimento da família através de modificações da sua estrutura, adaptação das suas regras e relações face a necessidades evolutivas (Olson, 1986).

A saúde da família relaciona-se com a sua capacidade em desenvolver tarefas adaptadas aos seus objetivos no sentido do seu crescimento e desenvolvimento, assim, a flexibilidade da estrutura familiar e adaptabilidade dos seus elementos é importante na avaliação e intervenção familiar (Minuchin, 1990).

As regras no sistema familiar, quando baseadas no respeito pela diferença dos membros, potenciam a criação de espaços de partilha na família, o que potencia a autonomia individual e a união e desta forma a coesão familiar (Figueiredo, 2012). No mesmo sentido, uma comunicação positiva favorece também a saúde familiar, sendo facilitadora da partilha de sentimentos e afetos e da capacidade de respeito em situações de discordância (Figueiredo, 2012).

A coesão na família é resultante, por um lado, do equilíbrio dinâmico entre as necessidades afiliação e identificação e, por outro, das necessidades de individuação e autonomização, referindo-se à ligação emocional entre os vários elementos da família (Olson 1986; Martins, 2003). Neste sentido, também aspetos como as tradições e rituais familiares podem influenciar a coesão familiar.

É assim perceptível que para além da importância da família na satisfação das necessidades dos seus membros ao nível dos cuidados básicos, educação e proteção, a família tem um papel central na construção da identidade dos seus membros, promovendo a sua autorrealização no sentido da maturidade (Figueiredo, 2012).

O sistema familiar é um espaço privilegiado para a aprendizagem de dimensões significativas da interação como a linguagem, comunicação, contactos corporais e as relações interpessoais (Alarcão, 2000). É parte fundamental do indivíduo, é o espaço onde se vivem profundas relações afetivas, num complexo de emoções e afetos, positivos e negativos, que fazem com que a pessoa se sinta parte daquela e não de outra (Alarcão, 2000).

A criação de um sentimento de pertença, o impulso para o crescimento e autonomização representam as funções internas da família (Relvas, 1996).

A socialização e transmissão de cultura no sentido da adaptação social dos membros da família representam funções externas da mesma (Relvas, 1996), enquanto unidade básica do desenvolvimento, a família transforma o ser humano num ser social e relacional (Figueiredo, 2012).

Assim, a família enquanto grupo, desenvolve-se no sentido da sobrevivência como sistema social, contribuindo, simultaneamente, para a sociedade (Minuchin, 1990). Neste sentido, o sistema familiar assegura a continuidade da cultura através da sua função socializante, representando um espaço de transmissão de crenças e valores e desta forma capacitando os seus membros no processo de integração na sociedade (Figueiredo, 2012).

Como um sistema de organizações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio, dependente de processos de transformações sociais por ela integrados (Figueiredo, 2012), a família desenvolve um sistema de valores próprios condicionantes da perceção dos eventos de vida e expectativas sobre os mesmos nos seus membros (Figueiredo, 2012). Estes sistemas de valores desenvolvidos pela família, expressos por crenças, atitudes e comportamentos, podem ou não ser potenciadores de comportamentos promotores da saúde (Hanson 2005; Potter, 2005) e refletem o estado de saúde da família (Figueiredo, 2012).

A família representa a fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde (Figueiredo, 2012), sendo fundamental na saúde dos seus membros, na medida em que: pode representar um espaço de proteção ou precipitação de doença; é na família que as pessoas aprendem comportamentos de saúde, influenciando a forma como lidam com os seus processos de saúde; e é na família que os indivíduos recebem cuidados de saúde (Figueiredo, 2012).

O funcionamento saudável da família influencia de forma positiva a saúde dos seus elementos, inclusive na promoção de valores e crenças relacionados com o amor, sexualidade, solidariedade e valor da vida (Friedman, 1998).

Na abordagem sistémica à família, o profissional deve estar consciente do impacto da família para a saúde dos seus membros. A adoção de uma abordagem sistémica, potencia a perceção da complexidade do funcionamento intrafamiliar, nomeadamente ao nível sua estrutura e coesão, adaptabilidade e ao impacto de situações de stresse e crises familiares. A abordagem sistémica da família, associada à perspetiva ecológica da mesma, permite compreender a importância, complexidade e interação dos diferentes sistemas bem como do

conhecimento das normas que regulam os sistemas externos significativos a que os indivíduos pertencem.

Considerar a família como unidade de transformação, um sistema social que se auto define, fazendo parte de outros sistemas, permite uma visão mais apreciativa dos seus potenciais (Alarcão, 2000; Figueiredo, 2012). Neste sentido, é fundamental adotar uma perspetiva sistémica da família e aceitar os seus processos de auto-organização, validando diferentes realidades (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro de família tem um corpo de conhecimento que favorece uma abordagem sistémica e a colheita pertinente de dados relacionados com o estado de saúde da família. Como profissional que acompanha a família e os seus elementos ao longo do seu ciclo vital, conhecendo e monitorizando as respostas a diferentes situações de saúde e doença e então os seus pontos fortes e fragilidades, representa um profissional privilegiado para intervir com a família no sentido de a auxiliar na resposta a perturbações normativas e acidentais no sentido da promoção e recuperação do bem-estar da família.

O enfermeiro de família capacitado para uma prática sistémica, representa um elemento chave para a saúde das famílias, intervindo num contexto de proximidade e desenvolvendo um trabalho colaborativo no sentido da mudança com as mesmas, privilegiando a perceção dos seus pontos fortes. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de saúde familiar, num trabalho interdisciplinar com outros enfermeiros e profissionais, é o profissional de excelência para gerir os cuidados às famílias e intervir em contexto de cuidados de saúde primários no âmbito do domínio da prática clínica com famílias.

Os enfermeiros de família, em contato direto com as famílias, representam elementos importantes no desenvolvimento de estudos e desenvolvimento teórico (Wright & Leahey, 2011).

A consciencialização da relação entre saúde e doença e a dinâmica familiar é essencial para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem no âmbito da saúde familiar, a progressiva e diversificada publicação sobre este campo disciplinar reflete o interesse dos enfermeiros para incluir a família como foco de cuidados, o que representa um importante impulsionador neste processo de mudança de paradigmas (Figueiredo, 2012).

O impacto na prática clínica das dinâmicas de intervenção bem como a sua clarificação, a compreensão da relação entre os resultados individuais e o sistema, o conhecimento de como as famílias atribuem significados durante os processos de saúde e doença e ainda o desenvolvimento de modelos teóricos, são desafios epistemológicos na construção de conhecimento em enfermagem de família (Loveland- Cherry, 2006).

A investigação e estudos na área de enfermagem de família é relativamente recente, iniciando-se a partir da década de noventa do século XX, com resultado em mudanças na intervenção com as famílias (Figueiredo, 2012).

Os estudos sobre as famílias têm evoluído no sentido de uma matriz sistémica, holística e globalizante, em que a família representa uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio (Figueiredo, 2012), manifestando uma mudança de paradigma no cuidado às famílias.

### **Modelos e teorias**

A prática avançada de enfermagem de família requer o recurso a um paradigma integrativo que permita compreender a família na sua complexidade e multidimensionalidade enquanto unidade de transformação (Figueiredo, 2012). De acordo com a mesma autora, face à complexidade dos contextos em que se desenvolvem os cuidados às famílias, a prática avançada em enfermagem de família requer uma fluida interligação entre referenciais filosóficos do pensamento sistémico e teorias para explicar o mundo empírico.

A nível teórico, enfermagem de família, tem-se desenvolvido pela emergência de modelos e teorias e através da investigação, no sentido da mudança de paradigma para enfatizar a família como foco de cuidados (Figueiredo, 2012) .

Enfermagem de família, enquanto campo disciplinar, tem o seu fundamento teórico em áreas das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem (Figueiredo, 2012). Diversas teorias e modelos representam contributos próprios e importantes na descrição do funcionamento e dinâmica familiar e na compreensão do comportamento humano a partir de uma família e sistemas que a englobam. Contudo, de acordo com Hanson (2005), para o desenvolvimento de práticas terapêuticas no âmbito dos cuidados de enfermagem às famílias, contribuíram principalmente teorias no domínio da terapia familiar.

Os modelos conceptuais podem servir como instrumento de ligação entre a teoria e a prática permitindo diferentes perspetivas do cuidado de enfermagem (Figueiredo, 2012). Neste contexto destacam-se vários modelos e teorias com forte contributo dos conceitos teóricos abordados.

As teorias e modelos contemplam uma série de conceitos e pressupostos relacionados entre si no domínio da prática, ensino e pesquisa. O modelo consiste numa descrição simplificada de um sistema, descrevendo o que se faz e se pode fazer (Cowan, 2009) representa uma maneira de compreender e estruturar uma realidade atribuindo-lhe sentido (Adam, 1994). A teoria fornece a explicação para algo através de uma suposição ou um sistema de ideias baseado em princípios gerais decorrentes dos modelos, fornecendo assim conhecimentos

essenciais à construção de um saber numa determinada área (Adam, 1994). O conhecimento e compreensão das mesmas é uma ferramenta importante para orientar a prática de excelência bem como no desenvolvimento de enfermagem enquanto disciplina.

A Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e as Teorias da Comunicação Humana são os conceitos teóricos de base que mais contribuíram para a consolidação epistemológica, teórica e terapêutica da terapia familiar (Figueiredo, 2012).

### **Teoria Geral dos Sistemas**

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), é utilizada pelos profissionais de saúde para compreender as famílias enquanto unidade sistémica, dela surgiram conceitos fundamentais da terapia familiar (Figueiredo, 2012).

As propriedades associadas à TGS são a totalidade; equifinalidade, retroação e auto-organização (Alarcão, 2000) e facilitam a compreensão da complexidade sistémica inerente à família.

O princípio da totalidade, 1º axioma sistémico, vem dizer que o todo é mais do que a soma das partes. A família é algo mais do que a soma dos seus indivíduos, pelo que importa analisar a interação entre eles e equacionar o seu desenvolvimento como sistema total (Alarcão, 2000). Sem descorar a importância de cada indivíduo, este princípio defende também que não é possível estabelecer relações unilaterais, sendo que o comportamento dos elementos é indissociável do comportamento dos restantes, passando o foco a ser ecossistémico na medida em que analisa o comportamento individual num contexto (Alarcão, 2000).

De acordo com a propriedade da equifinalidade, o mesmo objetivo pode ser atingido a partir de diferentes condições iniciais ou mediante percursos diferentes (Alarcão, 2000). A mesma autora refere que no trabalho com as famílias, esta propriedade torna relativa a noção de risco e dá particular realce à noção de resiliência.

A retroação, é uma propriedade que defende que é necessária uma visão circular das interações, na medida em que o comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de outro e vice-versa (Alarcão, 2000). De acordo com a mesma autora, esta propriedade diz-nos que para compreender o comportamento de um dos elementos da família, é necessário equacionar o complexo de implicações, ações e retroações que o liga aos restantes.

No seu percurso, o sistema familiar pode utilizar dois tipos de retroação: a retroação negativa através de movimentos autocorretivos no sentido da correção de fatores que possam interferir com o equilíbrio, permitindo a manutenção da estabilidade e sobrevivência da família e assim

a manutenção da sua coerência, associada a noção de mudanças de pequena amplitude, denominadas de mudanças de 1ª ordem; a retroação positiva- através de alterações qualitativas no sistema familiar, em que o sistema familiar se desenvolve, de forma irreversível, no sentido de se adaptar às exigências do próprio sistema e do meio através de novas formas de funcionamento, associadas a mudanças de 2ª ordem (Alarcão, 2000).

A auto-organização é uma propriedade que confere à família autonomia na gestão da informação que recebe, caracterizando a família como sistema informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, um sistema que recebe informações, internas ou externas, e que as assimila de forma própria, criando as suas próprias determinações e finalidades (Alarcão, 2000).

A TGS introduz ainda outros conceitos e propriedades essenciais à compreensão sistémica da família como: o princípio hologramático, que nos diz que através de um indivíduo podemos reconhecer a família e comunidade a que pertence, na prática este princípio diz-nos que podemos intervir no sistema familiar através de um dos seus elementos; a co-evolução resultante da interação entre o sistema e o meio, em que são desencadeadas modificações mútuas (Alarcão, 2000).

### **Pragmática da comunicação**

A estrutura dos processos de comunicação, enquanto conjunto de regras tácitas respeitadas por todos os membros da família, representa a base das interações familiares, sendo fundamental compreender identificar o seu padrão na abordagem familiar (Alarcão, 2000). Os aspetos comunicacionais foram essencialmente estudados pela escola de Palo Alto na ótica de que a comunicação é um processo social que integra todo e qualquer comportamento (verbal, não verbal e para verbal) (Alarcão, 2000).

Da pragmática da comunicação e descritos por Watzlawick, Beavin & Jackson (1993), surgem axiomas da comunicação humana que potenciam a identificação de padrões de comunicação familiar, são eles: *é impossível não comunicar, toda a comunicação tem dois níveis, conteúdo e relação; a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre comunicantes; os seres humanos comunicam digital e analogicamente; todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença* (Alarcão, 2000).

O 1º axioma, *é impossível não comunicar*, integra a ideia de que tudo o que fazemos e dizemos, de forma intencional ou não, constitui comunicação (Alarcão, 2000).

O 2º axioma, *toda a comunicação tem dois níveis, conteúdo e relação*, sendo que o segundo classifica o primeiro e é por isso, uma metacomunicação. Assim, a informação é referente ao

conteúdo enquanto que o comportamento se refere às relações entre os elementos em interação, implicando a possibilidade de metacomunicar em ambas as dimensões comunicacionais, aspetos determinantes para compreender a comunicação e definir a sua natureza (Alarcão, 2000; Figueiredo, 2012).

O 3º axioma, *a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre comunicantes*, refere-se à maneira como cada interveniente obtém a mesma informação, integrando a ideia de que o modo como a sequência de acontecimentos é percebida está relacionada com a forma como é pontuada, sendo a marcação do início e fim organizador dos acontecimentos e por isso vital para a interação (Alarcão, 2000).

O 4º axioma, *os seres humanos comunicam digital e analógicamente*, integra os dois tipos de código utilizados no processo comunicacional: digital- geralmente associado à comunicação verbal, sujeita a códigos semânticos e de sintaxe, mais objetivo; analógico- associado geralmente à linguagem não verbal com recurso à simbolização, deixando espaço para interpretação pessoal e sendo por isso rica do ponto de vista afetivo-emocional (Alarcão, 2000).

O 5º axioma, *todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença*, baseando-se na igualdade e diferença, em que na interação simétrica existe tendência para minimizar as diferenças e ampliar as semelhanças, o comportamento de um indivíduo tende a refletir o do outro e, por outro lado, na interação complementar, maximizam-se as diferenças, sendo que o comportamento de um indivíduo complementa o do outro (Alarcão, 2000).

### **Cibernética**

Da cibernética, disciplina que pretende explicar as formas de funcionamento, regulação e evolução dos sistemas, surgem conceitos importantes para descrever os sistemas (Alarcão, 2000).

Na cibernética de segunda ordem, ou cibernética dos sistemas observantes, é defendida a existência de um sistema terapêutico onde se inclui o terapeuta e a família, em que importa incluir ambos no resultado da observação na medida em que interagem de forma recursiva (Alarcão, 2000). Assim, o profissional assume-se como observador-participante, ressaltando a noção de realidades não absolutas e a necessidade de ter em consideração os processos mentais de todos os intervenientes.

Na cibernética de segunda ordem, ao contrário da cibernética de primeira ordem, a transformação e evolução são aspetos positivos e a história do sistema é valorizada na compreensão do seu funcionamento atual.

Assim, na intervenção sistémica associada a segunda cibernética, o profissional reconhece a complexidade do sistema familiar e as suas potencialidades evolutivas, compreendendo que os sistemas se transformam, mas mantêm a sua identidade, mantendo a sua organização e transformando a sua estrutura para se adaptarem às inevitáveis situações de instabilidade (Alarcão, 2000).

O profissional analisa assim a interação entre retroações negativas e positivas utilizadas pela família e utiliza a sua autorreferência como forma de relação com o sistema familiar com a finalidade de perturbar o funcionamento desadaptado da família (Alarcão, 2000).

Nesta perspetiva de constante evolução, de morfogénese, a mudança é inerente ao desenvolvimento do sistema e ocorre em espiral e não por um caminho linear (Alarcão, 2000), sendo irreversível e imprevisível. Também o sintoma é interpretado como manifestação de necessidade de mudança e não como sinal de disfunção, assim, a intervenção do profissional deve ser no sentido da amplificação de mudanças, descoberta de competências e singularidades da família e não da identificação de razões de disfunção e reposição de equilíbrio (Alarcão, 2000).

Não existe uma trajetória única para a evolução do sistema e perante uma situação de crise a família desorganiza-se, o que lhe permite desenvolver novas estruturas (Alarcão, 2000). As famílias são consideradas competentes, possuindo competências para responder a situações de crise e acompanhar as mudanças.

Com o desenvolvimento da terapia familiar surgiram várias escolas e modelos de intervenção com fortes contributos da TGS (Alarcão, 2000), foram assim desenvolvidas várias abordagens neste âmbito nomeadamente a abordagem estrutural e estratégica.

A abordagem estrutural, desenvolvida por Salvador Minuchin na segunda metade do século XX, é um exemplo, centra-se na mudança da organização familiar e tem por base que os elementos da família se relacionam com ajustes e desta forma determinam as suas transações, formando a estrutura familiar (Minuchin, 1990), assim, o objetivo desta abordagem vai no sentido da modificação da estrutura disfuncional da família (Figueiredo, 2012).

A abordagem estratégica tem como foco o impacto dos processos de comunicação, a estratégia definida para cada problema e nas mudanças de primeira e segunda ordem (Relvas, 1996). Neste tipo de abordagem, o profissional recorre a questões sistémicas com objetivo de fazer circular a informação no sentido de alterar a perceção da situação e assim promover novas soluções, possibilitando a partilha das diferentes perceções dentro do grupo familiar (Figueiredo, 2012).

Vários são os modelos e teorias assentes em pressupostos colaborativos e sistémicos com que contribuem para a abordagem sistémica à família, a sua mobilização durante a prática clínica permite uma intervenção baseada na evidência. As teorias permitem descrever, explicar ou prever a prática clínica (George, 2000).

No âmbito das ciências sociais surgem importantes teorias que facilitam a compreensão da dinâmica familiar. Neste âmbito destaca-se a teoria estruturo-funcional, em que “os membros da família agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, que são apreendidos principalmente através da socialização” (Figueiredo, 2012, p.5), sendo assim a família é considerada um sistema social.

No contexto da terapia familiar, esta teoria contribuiu para o desenvolvimento da utilização do genograma como técnica ativa (Butler, 2008), instrumento de avaliação familiar que evidencia o sistema relacional da família e principais acontecimentos biográficos numa perspetiva transgeracional (Figueiredo, 2012).

Ainda no âmbito das ciências sociais, percebendo que existe no sistema de relacionamento tendência para a mudança progressiva, vários teóricos debruçaram-se sobre os processos de mudança no sistema familiar surgindo a Teoria da Mudança. Neste contexto são estudadas as mudanças de 1ª e 2ª ordem e surge a noção de que a estabilidade e mudança se relacionam paradoxalmente, na medida em que a mudança ocorre como compensação das perturbações tendo como finalidade a estabilidade (Alarcão, 2000).

O enfermeiro pode ou não contribuir nos processos de mudança da família, importa perceber que estas são inerentes ao crescimento e desenvolvimento da mesma e estão associadas a perturbações do sistema, tendo impacto em todos os membros da família. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro de família deve ter em consideração as diferenças nos padrões de interação familiar, podendo a sua intervenção acontecer a nível do domínio cognitivo, afetivo ou comportamental de forma isolada ou em conjunto (Wright & Leahey, 2011) dependendo das mudanças vivenciadas pela família nulo seu contexto num determinado momento.

Para a compreensão da perspetiva ecológica do cuidado importa conhecer a Teoria Bio-ecológica de Bronfenbrenner. O autor argumenta que é essencial ter em consideração o sistema ecológico para compreender o desenvolvimento humano, considerando que o mesmo é composto por cinco subsistemas essenciais que variam entre o microsistema, que se refere à relação entre o indivíduo e o ambiente imediato (ex.: escola e família), e o macrosistema, que se refere a padrões institucionais de cultura (ex.: economia e tradições) (Bronfenbrenner, 1993). Os subsistemas considerados nesta perspetiva ecológica são: microsistema; mesosistema; exosistema; macrosistema e cronosistema, sendo que o último integra a ideia

de que o tempo é uma propriedade do ambiente abrangendo para além das características da pessoa, as características do ambiente onde vive e que se alteram ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 1993).

Na Teoria da Consecução dos Objetivos, baseada na TGS, desenvolvida por Imogene King, as pessoas são consideradas sistemas abertos em interação com o meio e os fenómenos de enfermagem são organizados em três sistemas abertos e dinâmicos: sistemas pessoais (individuais), interpessoais (trios, duplas e grupos) e sistemas sociais (família, escola, sistemas de saúde, entre outros) (George, 2000). O conceito central da teoria de King é a interdependência entre os sistemas, assim, a meta de enfermagem é apoiar os indivíduos e grupos na manutenção da sua saúde, alocando diferentes recursos no sentido do alcance das metas definidas (George, 2000) .

Também com base na TGS, surge o Modelo de Sistemas de Betty Neuman que incorpora, o stresse e a reação ao mesmo como principais componentes (Neuman, 1974). Neste modelo, o cliente (indivíduo, grupo, família, comunidade) é representado como um sistema aberto e dinâmico, que está em constante interação com forças internas e externas e com fatores de stresse ambientais, sendo que o ambiente e o sistema se influenciam reciprocamente estando constantemente em mudança (George, 2000). Este modelo visa assim o equilíbrio e harmonia, em que o papel do enfermeiro é a prevenção, adaptação e controlo dos fatores de stresse e serviu de base para Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar.

As famílias crescem e desenvolvem-se vivenciando vários processos de transição, para Melleis, a transição é um processo em que se passa de um estado estável para outro também estável (Guimarães & Silva, 2016). As transições acontecem quando surgem novos contextos que exigem à família mudança nos seus padrões (Figueiredo, 2012), representando uma reorganização das suas funções e tarefas da família e resultando em mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2007). Para o enfermeiro, as transições representam momentos em que as famílias podem estar mais suscetíveis a problemas de saúde (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010) este momento não se constitui apenas como uma ameaça, mas também como uma oportunidade de mudança e evolução para a família.

A família é constantemente confrontada com perturbações normativas, tais como o nascimento das crianças, o seu crescimento e o envelhecimento dos pais bem como perturbações e acidentais (Alarcão, 2000). Considerando que o objetivo do sistema familiar é transformar-se e evoluir e que a instabilidade e os desvios fazem parte de um processo dinâmico de crescimento (Alarcão, 2000), a crise familiar pode representar um momento ideal na ótica da intervenção sistémica, na medida em que a família se pode tornar mais permeável

à mudança e assim a desenvolver padrões de resposta alternativos representando uma oportunidade para introduzir a mudança.

Para a compreensão deste fenómeno surge a Teoria Das Transições, desenvolvida por Meleis, em que as transições são aspetos centrais na prática de enfermagem na medida em que são causadoras de efeitos significativos na saúde das famílias e seus membros (Kaakinen et al., 2010). Esta teoria assenta em três conceitos centrais: a natureza das transições-desenvolvimental (relacionada com mudanças do ciclo vital), situacional (relacionados com situações de stresse acidentais), de saúde/doença (relacionados com a mudança de bem-estar para estado de doença) e organizacional (relacionada com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional); condicionantes facilitadores e inibidores da transição- pessoais, da comunidade e sociedade; e padrões de resposta- simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não relacionadas (Meleis,2007).

No âmbito das transições desenvolvimentais, importa explorar o conceito de ciclo vital, relacionado com o percurso evolutivo da família desde a sua formação até à sua dissolução.

O ciclo vital da família refere-se a transformações na organização familiar que acontecem de forma previsível e em função de tarefas bem definidas (Relvas, 1996).

A definição das diferentes etapas varia de autor para autor, Relvas, por exemplo, propõe cinco etapas para o ciclo vital da família: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos integrando em cada uma das transições tarefas desenvolvimentais que acompanham as responsabilidades crescentes da família e cuja concretização com sucesso leva a satisfação e previsão de sucesso nas posteriores tarefas (Figueiredo, 2012).

A classificação da etapa de ciclo vital da família de uma forma linear pode representar riscos, assim, a fronteira entre as diferentes etapas deve ser interpretada como flexível, na medida em que as tarefas desenvolvimentais de cada etapa não cessam no exato momento que se inicia a seguinte e, ainda, podem ser necessárias realizar tarefas referentes a diferentes etapas em simultâneo (Alarcão, 2000).

As diferenças comportamentais associadas a diferentes culturas motivaram o desenvolvimento da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural também conhecida por Teoria do Cuidado cultural, desenvolvida por Medeleine Leininger (1991). Nesta teoria, enfermagem é considerada uma profissão de cuidado transcultural, tendo como foco a cultura relacionada com os cuidados de enfermagem nos processos de saúde-doença (George, 2000).O mesmo autor refere que a meta da Teoria do Cuidado Cultural é

proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente para a saúde e bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades e instituições, tendo em consideração os seus valores culturais e contexto de saúde-doença.

O Cuidar Baseado nas Forças (SBC) de Gottlieb, na perspetiva de enfermagem, representa uma forma de pensamento, consiste em desenvolver um trabalho colaborativo com as famílias com foco nas suas forças, naquilo que funciona bem e que a pessoa/família faz de melhor bem como nos seus recursos, com o objetivo de ajudar a pessoa e família a tornarem-se *empowered* (Gottlieb, 2013).

Perante situações de crise e stresse, a pessoa/família é afetada em toda a sua complexidade, pelo que responder eficazmente aos desafios e ameaças implica apoiar a saúde inata e os sistemas de cura, neste sentido, o SBC tem como objetivo capitalizar, mobilizar e apoiar mecanismos inatos e apreendidos (Gottlieb, 2013). Saber reconhecer as forças é assim essencial para o SBC, elas representam recursos de poder e energia da pessoa/família.

Para o SBC, o enfermeiro deve desenvolver uma prática em que a pessoa/família se encontra no centro do cuidado, sendo necessário o profissional estar plenamente presente na relação com a pessoa/família e conseguir estabelecer uma relação colaborativa a um nível mais profundo. Neste sentido é fundamental que o enfermeiro identifique os valores subjacentes à sua prática (Gottlieb, 2013), o que exige uma reflexão constante, nomeadamente relativa à construção de significados na interação com as pessoas/famílias.

Na prática, a SBC mobiliza forças já existentes da pessoa/família e ajuda-as a desenvolver novas forças no sentido de promover a saúde, recuperação e cura (Gottlieb, 2013). O Processo em Espiral é utilizado neste contexto no sentido de guiar a prática de descobrir e desocultar novas forças da pessoa / famílias.

O Processo em Espiral, desenvolve-se segundo quatro fases: fase 1- *Explorar e ficar a conhecer*: fica-se a conhecer a família, reúnem-se informações sobre as suas preocupações e problemas específicos ao mesmo tempo que se procuram, numa parceria colaborativa, forças; fase 2- *Aproximar do alvo*: identificam-se e priorizam-se metas para atingir o objetivo; fase 3- *Pôr em prática*: consideraram-se as diferentes alternativas e coloca-se em prática um plano de ação, considerando para as soluções as forças e recursos disponíveis; fase 4- *Rever*: nesta fase o enfermeiro e a família voltam atrás e examinam o que aconteceu, fazendo um balanço de como as coisas estão com consciência dos progressos, do que foi aprendido e do que falta fazer (Gottlieb, 2013).

É na cura que a pessoa se descobre (Gottlieb, 2013), os momentos de mudanças representam uma oportunidade para a família se desenvolver e crescer, cabe aos enfermeiros providenciar

um contexto onde a família encontre as suas próprias soluções para, abordar de forma determinada e intervir com recurso a técnicas, de forma a dar resposta aos seus problemas numa relação de parceria colaborativa com as famílias e as suas forças. O SBC exige ao enfermeiro uma ampla base de conhecimento, educação e treino (Gottlieb, 2013) podendo ser uma ferramenta determinante no cuidado a famílias em situações de stresse ou crise, considerando toda a complexidade dos indivíduos e famílias, o modo como vivem e experienciam o ambiente e potenciando assim intervenções mais adaptadas e assim mais eficientes.

A teoria de enfermagem fornece fundamentos para a tomada de decisões racionais, guiando a prática (Medina, 2008). Na prática de enfermagem, a teoria e prática estão ligadas mas a sua relação não é linear, na medida em que, é influenciada por condicionantes pessoais e situacionais (Chicório, 2013). Na enfermagem, a utilização de conhecimentos e aplicação dos mesmos carece de uma prática refletida (Medina, 2008).

### **Avaliação e intervenção familiar**

A complexidade da unidade familiar torna essencial o recurso a modelos na avaliação e intervenção de enfermagem alicerçados numa visão sistémica à família e em que a mesma é considerada como foco dos cuidados.

O modelo de avaliação e intervenção de Calgary tem recebido reconhecimento mundial desde a sua primeira edição em 1984 (Wright & Leahey, 2011), é atualmente o Modelo utilizado no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal, aceite pelo colégio de especialidade de enfermagem de saúde comunitária.

Não obstante, existem outros modelos de avaliação e intervenção familiar, centrados na família enquanto unidade e foco de cuidados, que representam contributos importante ao cuidado às famílias, nomeadamente: o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão no Sistema Familiar, baseado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e o Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, baseado na TGS, Teorias de desenvolvimento e perspetivas estruturo-funcionais da família.

Com base no modelo de avaliação e intervenção de Calgary surge, fundamentado por uma tese de doutoramento, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo.

O modelo teórico a adotar fica ao critério do enfermeiro que o aplica, devendo o mesmo ter por base os referenciais abordados, basais no conhecimento no âmbito de Enfermagem no âmbito da família e estar adaptado ao contexto de atuação.

Relativamente ao modelo de avaliação e intervenção de Calgary, trata-se de uma estrutura multidimensional baseada na TGS, cibernética, comunicação e teoria da mudança e tem na sua base três principais categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2011). O foco da avaliação familiar é a interação entre os seus membros, não esquecendo os indivíduos que a constituem.

Cada uma destas categorias é composta por várias subcategorias, a avaliação das mesmas não é rígida, assim, é fundamental que o enfermeiro selecione as subcategorias adaptadas a cada família em cada momento, sendo que a avaliação de um maior número de subcategorias está associada a uma avaliação mais microscópica da família, e que tenha a capacidade de reunir e integrar toda a informação (Wright & Leahey, 2011).

A estrutura do modelo permite a sua aplicabilidade à medida que são discutidos problemas com a família, para além do “mapa da família” permite a avaliação de forças e problemas da família (Wright & Leahey, 2011). A exploração de áreas específicas do funcionamento familiar está relacionada com o nível de confiança e competência do enfermeiro (Wright & Leahey, 2011).

A utilização deste modelo tem o objetivo avaliar a família através da aplicação de questões à própria, e assim obter uma visão da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento num determinado período (Wright & Leahey, 2011). O trabalho de proximidade e colaboração com as famílias que a intervenção sistémica exige, em que o enfermeiro e a família trabalham num sistema terapêutico, associado aos conhecimentos e competências específicos no domínio da enfermagem de saúde familiar, tornam este momento de avaliação num potencial momento de intervenção, na medida em que o enfermeiro, neste processo de interação, para além de colocar questões e observar criticamente a família, consegue também estimular o seu funcionamento através do desenvolvimento de intervenções colaborativas.

Na avaliação da família importa o recurso a estratégias criativas aliadas a instrumentos de avaliação validados por forma avaliar de forma sistemática o ambiente familiar e assim ter uma melhor base para intervir de forma mais eficiente com a família. Quando utilizados de forma oportunista os instrumentos de avaliação favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica, identificação de necessidades da família e até para o desenvolvimento de intervenções e posterior avaliação da sua eficácia.

Destacam-se alguns instrumentos potenciadores da avaliação familiar, utilizados durante os estágios. São exemplos: o genograma- árvore familiar que retrata graficamente informação familiar e das relações; o ecomapa- retrata graficamente relações sociais e familiares com sistemas externos permitindo uma melhor compreensão da interação entre os elementos da

família e rede social; modelo de rede social- mapa que esquematiza a rede social dos indivíduos da família permitindo a perceção dos seus recursos ao nível da rede de suporte formal e informal; escala de Graffar- permite a estratificação da classe social da família permitindo prever situações de risco associadas ao estatuto socioeconómico da família; escala de adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão (APGAR) familiar- avalia o funcionamento familiar com base na perceção dos seus membros possibilitando a identificação de situações de risco e necessidades neste âmbito; A escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES) avalia várias áreas do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão e adaptabilidade, permitindo a identificação de riscos neste domínio; escala de Readaptação Social- utilizado na avaliação de eventos vitais no último ano e contribuído assim na identificação de risco associado a stresse e doença.

No âmbito do funcionamento familiar destaco a Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES IV), a versão mais recente desta escala. Desenvolvida por Olson e Gorall em 2006, com base no Modelo Circumplexo, FACES IV tem como finalidade compreender o funcionamento da família a partir de três dimensões- a flexibilidade, a coesão e a comunicação. A escala é utilizada em vários estudos e validada para a população portuguesa com boa capacidade para avaliar corretamente as famílias funcionais. A sua aplicação é individual, realizada através de questionários de autoavaliação no âmbito do funcionamento familiar, o seu objetivo é diferenciar os dois extremos da coesão (desmembrada e emaranhada) e os dois da flexibilidade (rígida e caótica), inclui também itens para avaliação da comunicação e satisfação familiar.

Existem mais instrumentos de avaliação, contudo é notório a existência de poucas escalas validadas em Portugal, sendo esta também uma área em desenvolvimento e que pode contribuir para a consolidação da área disciplinar de enfermagem de saúde familiar.

Os registos associados ao processo de enfermagem no âmbito da saúde familiar representam um desafio, na medida em que os sistemas de informação em saúde ainda não estão adaptados a este paradigma sistémico e colaborativo, no mesmo sentido a linguagem utilizada pelos enfermeiros, de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ainda não se encontra totalmente desenvolvida nesta área. Nota-se, contudo, uma evolução nesta área, nomeadamente através do sistema informático SClinico, com uma metodologia mais adaptada ao nível de diagnósticos e intervenções e Catálogo CIPE saúde comunitária. Esta é também uma área de importante reflexão e investimento no sentido da valorização da prática do enfermeiro de família.

### **3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR**

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS**

“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.18).

As competências comuns são independentes da área de especialidade, sendo partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e demonstrando elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

##### **3.1.1 Responsabilidade ética, profissional e deontológica**

Ao enfermeiro especialista é exigida uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade competindo-lhe desenvolver um exercício seguro, profissional e ético com base num corpo de conhecimento a nível ético e deontológico, numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). No mesmo sentido, deve o enfermeiro especialista garantir práticas que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais, gerindo situações potencialmente comprometedoras para o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Em todas as práticas o enfermeiro tem um papel fundamental na defesa e respeito pela dignidade das pessoas, competindo-lhe antes de tudo estabelecer uma relação humana e respeitar os seus direitos.

O contexto de proximidade e o fato de representar uma figura de referência para os utentes e famílias, coloca muitas vezes o Enfermeiro de Família em “linha de frente” perante situações complexas e novas nos diferentes contextos da sua prática, exigindo habilidades para a tomada de decisão ética e deontológica.

Neste âmbito, a prática de um trabalho de equipa coeso e de articulação entre vários profissionais é um fator de relevo, facilitando a construção da decisão em equipa. Para além do envolvimento da pessoa e família, o recurso a outros elementos da equipa, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, representa uma estratégia na resolução dos problemas éticos (Fernandes, 2010).

Na USF Pedro e Inês foi possível verificar a partilha e discussão de diferentes situações no âmbito do cuidado às famílias, tanto discutidas entre a equipa de enfermagem como entre a equipa de saúde (médico e enfermeira), com impacto nas tomadas de decisão nos cuidados à pessoa/família.

Ciente dos limites do meu papel associado ao âmbito académico da minha prática, para o desenvolvimento de competências neste âmbito, foi essencial, numa fase inicial uma apropriação da dinâmica da unidade através da consulta de documentação normativa, nomeadamente o seu regulamento interno e manual de procedimentos.

Durante os estágios foram também consultadas normas legais da prática de enfermagem com recurso ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico do Enfermeiro e circulares normativas pertinentes, aos momentos reflexivos e pesquisa bibliográfica seguiu-se a criação de vários momentos de discussão com a enfermeira orientadora, fundamentais para o planeamento de cuidados e avaliação dos resultados do meu pensamento crítico neste âmbito e tomadas de decisão.

O fato da enfermeira orientadora representar uma figura de referência para os utentes e a contextualização da minha presença nas consultas foram, na minha ótica, fatores facilitadores para a partilha de preocupações por parte dos utentes, considero então que a postura mantida fomentou o respeito pelos utentes no domínio da sua privacidade e da confidencialidade.

No mesmo sentido, o planeamento das visitas domiciliárias associadas ao desenvolvimento de processos familiares foi realizado de forma estruturada no sentido do respeito pelos direitos dos utentes. Antes do início da colheita de informação foi sempre realizada a apresentação e contextualização da minha atuação, com acompanhamento da enfermeira orientadora com culminar no consentimento informado.

Numa ótica negocial, o consentimento informado é um processo comunicacional contínuo entre o profissional de saúde e pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2015), neste processo de interação deve o enfermeiro compreender e respeitar a família nas suas crenças, valores e cultura, percebendo-a como sistema auto-organizado, tratando-a com dignidade e garantindo o acesso à melhor informação de forma acessível. É também dever do enfermeiro averiguar se a pessoa entendeu a informação e esclarecimentos prestados. O consentimento ou a recusa de certo tratamento são direitos dos utentes, salvo disposição legal contrária (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, avaliei as minhas práticas e seus resultados nas várias situações em que participei, refletindo desta forma sobre os processos de tomada de decisão à luz dos princípios éticos e deontologia profissional.

A família é algo que é íntimo a todos os profissionais, crescemos e desenvolvemo-nos nas nossas famílias, integrando de forma consciente ou não as suas normas e valores, o trabalho com as famílias pode ser assim especialmente desafiante, sendo fundamental estarmos

cientes da influência destes fatores intrínsecos na prática de cuidados durante todo o processo de enfermagem.

O conflito de valores entre profissionais e clientes pode gerar problemas éticos geradores de conflitos (Fernandes, 2010). De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro no seu artigo 102º alíneas a) e e) respetivamente, deve o enfermeiro “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” e “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”.

Esta foi uma área desafiante especialmente num dos processos familiares desenvolvidos, em que a alteração súbita do estado de saúde de um dos membros foi geradora de uma situação de crise e de mudanças estruturais no sistema familiar, com redefinição e readaptação de papéis inerentes ao processo transição de saúde/doença, nomeadamente introdução do papel de prestador de cuidados. A forte influência das questões de género nesta família, aceite por toda a família, resultou na sobrecarga da mulher associada a manifestações de stresse.

Foi desafiante compreender os padrões de funcionamento da família relacionado com a naturalidade com que a sobrecarga da mulher foi aceite por todos os membros. O respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas família é fundamental para a prática.

Neste contexto foi essencial refletir sobre a minha postura e pensamentos e partilhar preocupações com a enfermeira orientadora. O desenvolvimento da avaliação familiar guiada pelo modelo de Calgary e adaptada à família e a mobilização da teoria das transições foram fundamentais para a compreensão sistémica da família de uma forma estruturada e objetiva bem como para o estabelecimento de uma relação terapêutica e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas de forma colaborativa.

A postura adotada impulsionou um trabalho de cooperação com a família com respeito à sua autodeterminação, resultando na perceção da clara definição de papéis familiares presente na família como uma força e não uma fraqueza e assim um momento de aprendizagem importante para mim.

A partilha de resultados dos processos familiares desenvolvidos tanto com a equipa de enfermagem da unidade como em contexto de avaliação na escola foram também momentos importantes na avaliação dos processos de tomada de decisão, acabando por proporcionar momentos de discussão sobre as diferentes estratégias ponderadas para resolução de problemas, a fundamentação das estratégias adaptadas e os resultados dos processos de tomada de decisão.

### 3.1.2 Melhoria da qualidade

Em todo o ato profissional, o enfermeiro deve procurar a excelência profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O nº 6 do artigo 9º do REPE refere que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.103).

No sentido da excelência do exercício profissional são seis as categorias de enunciados descritivos de qualidade referidos no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, relativos à satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

O cuidado de enfermagem distingue-se pela formação e experiência dos enfermeiros, promotores da compreensão e respeito pelos outros. É dever do enfermeiro, de acordo com o REPE art. 109º alínea b), “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

O desenvolvimento de enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento produção de evidência científica no sentido da responder às necessidades da prática clínica. A prática de enfermagem baseada na evidência atribui-lhe credibilidade e sustenta possíveis alterações a nível político no âmbito da saúde (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012), associando-se à melhoria da qualidade do cuidado.

No sentido da qualidade dos cuidados, a prática baseada na evidência científica deve estar aliada à consciencialização do impacto da cultura, em que o autoconhecimento do próprio profissional de saúde, ao nível da sua própria cultura, padrões e valores culturais é fundamental para o desenvolvimento de competência cultural (Chicória, 2013). Na prestação de cuidados de qualidade, o profissional de saúde deve também desenvolver conhecimento, interesse e aceitação de representações e diferenças de outras culturas (Abreu, 2011) abstendo-se de juízos de valor. Para a efetividade terapêutica, o enfermeiro especialista deve assim criar condições para um ambiente centrado na pessoa gerador de segurança e proteção das pessoas e grupos com consciência e respeito pela sua identidade cultural e necessidades sentidas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

As intervenções de enfermagem devem ter como foco a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vivencia (Ordem dos Enfermeiros, 2001), o mesmo se aplica a famílias. O estabelecimento de uma relação terapêutica com utente e família torna-se assim base para a

prestação de cuidados de qualidade, em enfermagem, a relação terapêutica, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, com respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Neste âmbito procurei desenvolver competências e juízo crítico nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica. Nos vários momentos de interação com utentes e famílias procurei utilizar a comunicação de forma intencional desde a primeira abordagem.

Os estágios representaram também uma oportunidade para trabalhar com o sistema informático utilizado para os registos de enfermagem, SClínico. A documentação da prática de enfermagem é essencial para a visibilidade dos atos, contudo a sua importância é mais abrangente, podendo ter finalidades legais, éticas, de gestão, formação, investigação e avaliação, representando uma ferramenta potenciadora da qualidade e continuidade dos cuidados.

Foi possível perceber que ao nível da saúde familiar o sistema informático referido se encontrava muito aquém das necessidades, com focos de atenção e intervenções desorganizados e não adequados à linguagem CIPE, representando uma necessidade no âmbito da melhoria da qualidade.

Aliado ao facto de a enfermeira orientadora ser elo dinamizador do SClínico de Enfermagem ao nível do ACESON com especial enfoque em enfermagem de saúde familiar, surgiu a oportunidade de colaborar num projeto da área da qualidade cujo objetivo era a parametrização do SClínico.

Este projeto tem uma importância significativa relacionado com o facto de enfermagem de saúde familiar estar numa fase de importante desenvolvimento, na medida em que permitirá o registo mais adequado das práticas e assim a possibilidade de comparar dados, obter indicadores de qualidade, sustentar investigação e fundamentar possíveis tomadas de decisão política.

A colaboração neste projeto foi um grande desafio, exigindo uma mobilização de conhecimentos específicos da área de enfermagem de saúde familiar de forma crítica e estruturada. Representar a complexidade associada ao processo familiar através de um sistema de informação que se quer de utilização prática e intuitiva, exigiu uma reflexão e partilha constante com a enfermeira orientadora num esforço para adaptar a linguagem utilizada no sistema informático à linguagem CIPE bem como para organizar os focos e intervenções de uma forma lógica e prática.

A inclusão da CIPE é particularmente importante para a descrição dos cuidados de enfermagem na documentação de práticas, nomeadamente ao nível dos diagnósticos,

intervenções e resultados, na medida em que é unificadora para a linguagem utilizada pelos enfermeiros e assim potenciadora da produção de resultados coerentes e fiáveis

Embora não possa apresentar resultados, relacionado com o sigilo do projeto, o mesmo foi importantíssimo na apropriação da linguagem CIPE e na consciencialização da complexidade da organização dos sistemas informáticos bem como da importância da existência de enfermeiros que sejam ao mesmo tempo conhecedores da CIPE, sistemas informáticos e especialistas numa área de enfermagem com experiência profissional.

### **3.1.3 Gestão de cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, a ordem dos enfermeiros considera que o enfermeiro especialista: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos enfermeiros, 2019, p. 4748).

De acordo com o nº 2 do artigo 9º do REPE, a gestão está entre as áreas intervenções autónomas de enfermagem, realizadas de acordo com as qualificações profissionais sob a sua exclusiva iniciativa e responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na procura pela excelência no exercício profissional, no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, “o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.18).

O desempenho de funções de gestão por enfermeiros contribui para a obtenção de ganhos em saúde, contribuindo para a qualidade e segurança do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma, a gestão de recursos está associada à qualidade dos cuidados pelo que o acompanhamento de uma enfermeira especialista com funções de gestão, coordenação e organização dos recursos humanos (enfermeiros) durante os estágios foi uma mais valia.

Considero ter tido uma oportunidade única para perceber o estilo de liderança da enfermeira orientadora, tendo oportunidade de assistir à ação da enfermeira em várias situações no âmbito da gestão de cuidados no sentido da otimização de resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde bem como da garantia da qualidade dos cuidados.

Destaco os vários momentos de assessoria aos enfermeiros e equipa no âmbito dos cuidados, pelo que, de uma forma constante e informal, os profissionais recorriam à enfermeira no sentido de partilhar preocupações e problemas em vários domínios. Nestes momentos foi notória uma postura compreensiva, assertiva e justa da enfermeira, mesmo perante o

surgimento de vários problemas em simultâneo, a calma mantida e a capacidade de responder objetivamente e de forma prática aos problemas, bem como do reconhecimento das limitações na sua resolução, demonstraram ser facilitadores para o funcionamento da unidade ao nível da prestação de cuidados, bem como ao nível da gestão de conflitos com impacto na fomentação de um ambiente positivo e favorável à prática .

Na resolução de problemas percebi também que a negociação foi o método mais utilizado e que a própria enfermeira fazia parte da resolução dos mesmos, a apropriação da legislação, políticas e a fácil articulação com entidades hierarquicamente superiores, como a ARS, foram também identificados como facilitadores para a resolução justa e fundamentada de problemas.

Considero assim que o estilo de liderança adotado foi preferencialmente o democrático, baseando-se na orientação e apoio da equipa. Corroborando com o tipo de liderança referido, não notei constrangimentos na partilha de opiniões por parte dos diferentes profissionais e foi possível perceber o esforço de equipa para dar resposta a diferentes problemas, nomeadamente através da agilização da organização dos cuidados face a situações previstas e imprevistas.

Foi também possível acompanhar várias enfermeiras em várias tarefas, nomeadamente ao nível da gestão de armazém e gestão e organização de stock das várias salas direcionadas para consultas no âmbito dos vários programas de saúde (vacinação, planeamento familiar e saúde materna, tratamento de feridas e saúde infantil e juvenil). A distribuição de salas estava ajustada à realidade do serviço, embora o ideal seria uma sala por enfermeiro por forma a facilitar o atendimento holístico pelo enfermeiro de família, a limitação do número de salas influenciou a sua distribuição.

Ainda ao nível da gestão dos recursos humanos, enfermeiras e administrativas, foi possível perceber que a dinamização das formações internas tinha como impulso o interesse e capacitação dos diferentes profissionais nas diferentes áreas, estimulando assim a motivação dos mesmos. Neste âmbito, ao nível de enfermagem, destaco a organização da unidade inerente ao seu modelo organizativo que incorpora elos de ligação nas diferentes áreas e assim uma responsabilização maior.

Dispõe o REPE, no nº 3 do artigo 8º, “Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 102).

O trabalho dinâmico por equipa de saúde foi esclarecedor da importância do enfermeiro de família nas decisões para o processo de cuidar, notando-se um respeito mútuo entre médico

e enfermeira com uma clara definição de papéis, numa relação não hierárquica e conhecimento mútuo dos utentes em diferentes domínios no âmbito das diferentes profissões. No âmbito da prática de enfermagem, tendo em consideração a prática da enfermeira orientadora, destaco o impacto da proximidade aos utentes e famílias bem como da prática especializada em saúde familiar. Foi possível perceber o recurso a uma abordagem sistémica na avaliação e intervenção com as famílias, nas quais destaco a formulação de estratégias adaptadas às famílias aos vários níveis de cuidados.

O fato de o médico da equipa de saúde da enfermeira orientadora ser coordenador da unidade, permitiu assistir a vários momentos de discussão relativos a problemas da equipa, salientando-se aqui também o tipo de relação estabelecida entre médico e enfermeira no desenvolvimento de estratégias para a sua solução. O claro reconhecimento das funções e papéis autónomos e interdependentes de todos os membros da equipa com uma sólida base legal, capacidade crítica e humildade em assumir limites e procurar novas soluções bem como a proximidade da enfermeira à equipa de enfermagem foram facilitadores na resolução de problemas.

Foi ainda possível de assistir ao trabalho da equipa do conselho clínico da unidade no âmbito do desenvolvimento do plano de ação da unidade, destaco a atitude de respeito entre as várias classes profissionais e o esforço de adequação deste plano às necessidades identificadas por vários profissionais representados por um elemento de cada uma (um enfermeiro, um médico e um secretário clínico) através de um processo de negociação em que perante diferentes opiniões foi notório a tentativa de adotar diferentes soluções satisfatórias para as diferentes partes.

### **3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A formação em enfermagem é um determinante fundamental para a praxis clínica especializada. Aliada à evidência científica, o treino de competências no âmbito da enfermagem de saúde familiar deve iniciar-se com o desenvolvimento de habilidades perceptivas- referentes à capacidade para fazer observações relevantes; e habilidades conceituais- associadas à capacidade de dar significado às observações (Wright & Leahey, 2011). Neste sentido os estágios têm um papel preponderante no desenvolvimento de aprendizagens, destreza nas intervenções e habilidades e competências dos enfermeiros.

As habilidades perceptivas exigidas no trabalho com as famílias são diferentes das necessárias para o trabalho com o indivíduo, sendo que o enfermeiro deve ser capaz de observar as múltiplas interações e relacionamentos entre os membros da família e o próprio enfermeiro em simultâneo (Wright & Leahey, 2011). Também as habilidades conceituais são distintas

em enfermagem no âmbito da família, na medida em que exigem uma visão sistémica da mesma.

O contacto com várias famílias ao longo dos estágios, nomeadamente famílias de diferentes culturas, foram oportunidades chave para refletir sobre o impacto de fatores pessoais e situacionais no meu processo de aprendizagem, bem como da sua influência na prestação de cuidados no âmbito da minha prática profissional. Esta reflexão, associada a uma partilha constante com enfermeiras mais experientes, foi uma estratégia fundamental no meu processo de aprendizagem.

A procura constante de momentos de discussão com enfermeiras com formação e experiência na área de enfermagem de saúde familiar proporcionou momentos de grande aprendizagem, estimulando uma análise crítica e reflexiva, com base numa visão sistémica e integrativa, potenciadora do desenvolvimento de habilidades executivas associadas a intervenções terapêuticas com as famílias.

Reconhecendo o papel efetivo da enfermeira orientadora na USF nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) bem como do impacto do seu corpo de conhecimentos e competências na área de enfermagem de saúde familiar, destaco a importância da figura orientadora de estágio no desenvolvimento de aprendizagens e habilidades, reforçando a importância dos estudantes nesta área de especialidade serem orientados por enfermeiros especialistas em na área de enfermagem de saúde familiar.

O número insuficiente de profissionais com especialidade na área de saúde familiar representa uma limitação no âmbito da formação de enfermeiros especialistas na área. É uma especialidade que exige a utilização de modelos teóricos próprios e um treino de habilidades diferenciado por parte dos enfermeiros, podendo existir uma fraca base de conhecimentos e competências em enfermeiros não treinados para aspetos essenciais como a importância de cuidar da família como foco de cuidados e a abordagem sistémica. Soma-se o fato de as dotações seguras de enfermagem não serem muitas vezes respeitadas e ainda à perceção de que a dinâmica de trabalho ainda está fortemente direcionada para o modelo biomédico. Estes fatores fazem com que a orientação e coordenação dos estágios seja um desafio acrescido nesta área de especialidade, tanto para os enfermeiros orientadores e escolas, como para os próprios estudantes.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Enfermagem de saúde familiar é uma área de especialização com alvo de intervenção próprio, a família, e está “dirigida aos projetos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p.11122).

Enfermagem de saúde familiar surge para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem especializados numa área emergente e diferenciada, saúde familiar. O papel atribuído ao enfermeiro de família evidencia a evolução dos cuidados de saúde primários, cada vez mais importantes no tratamento e prevenção de doenças, neste sentido este profissional deve ser eixo estruturante e funcional na acessibilidade e prestação de cuidados neste contexto.

O Enfermeiro especialista na área de saúde familiar deve ser o profissional de referência no acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, no âmbito das competências de especialista preconizadas pela ordem dos enfermeiros (2018), o enfermeiro de família “cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357-19358).

Citando o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, os enfermeiros de saúde familiar têm como missão:

- “- A prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando -se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar;
- O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;

- Ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia;
- Ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- Ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17385)

Durante os estágios foi possível trabalhar com várias famílias, em contexto de visitas domiciliares e consultas de vigilância a par com a partilha e discussão de planos e resultados com a enfermeira orientadora.

Os desafios variam com a família e ambiente em que se inserem, bem como com os processos que vivenciam em determinado período de tempo, o que representa um desafio para o enfermeiro no sentido de ser necessário adotar abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos e que visem mais e melhor saúde da família e dos seus membros. Na relação com as famílias não existem intervenções padronizadas, em colaboração com a família deve o enfermeiro determinar as intervenções que mais fazem sentido para a experiência de determinada doença (Wright & Leahey, 2011).

A abordagem colaborativa, a criação de um ambiente seguro, o conhecimento da família, assim como a confiança da mesma na enfermeira de família revelaram-se como facilitadores na interação com as famílias no sentido da promoção e recuperação do seu bem-estar.

Neste capítulo, por forma a evidenciar o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar, terei essencialmente por base dois processos familiares desenvolvidos, relacionado com a sua riqueza para o desenvolvimento de habilidades. A seleção das famílias para os processos familiares relacionou-se com a indicação para intervenção com foco na família e ao facto de pertencerem ao grupo de utentes adstritos à enfermeira orientadora.

A escolha da família A relacionou-se com o fato de estar a vivenciar, na altura da avaliação, uma crise acidental associada a um processo de transição saúde-doença, impulsionada pela doença súbita incapacitante de um dos membros da família e com relação terapêutica pré-estabelecida com a enfermeira de família.

A enfermeira de família, como profissional de saúde mais próximo e com conhecimento do histórico familiar, encontra-se numa posição privilegiada para favorecer um processo de

transição saudável perante a crise vivenciada, num processo de colaboração e parceria com a família e com os mais serviços da comunidade, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários através da URAP (psicóloga e terapeuta familiar) e da UCC, através da referenciação para a Especialidade de Enfermagem Reabilitação.

A seleção da família B relacionou-se com a maior procura desta família dos cuidados de saúde, que associado ao conhecimento da enfermeira orientadora do agregado familiar e da situação de dependência de um dos membros, foi interpretado como possível sintoma para problemas no âmbito da saúde familiar. A avaliação sistémica desta família permitiu perceber a saturação do papel de prestadores de cuidados e falta de recursos, confirmando a pertinência da intervenção no âmbito da saúde familiar.

A intervenção de enfermagem no âmbito de saúde familiar visou a compreensão do funcionamento familiar e identificação de focos de atenção para desenvolver uma intervenção colaborativa com a família, no sentido de desenvolver competências da mesma e criar um contexto facilitador, nomeadamente pela mobilização de recursos externos à família.

Na altura de avaliação as famílias vivenciavam uma situação crise, na medida em que se sentiam ameaçadas face às necessidades de mudança e à imprevisibilidade das mesmas (Alarcão, 2000). A seleção de famílias em crise e o contacto em contexto domiciliário foram determinantes para perceber oportunidades de mudança e mobilizar conhecimentos no sentido de desenvolver processos de enfermagem adaptados.

A relação terapêutica e contínua estabelecida entre a enfermeira de família e as famílias, associada à formação da enfermeira e assim à sua visão sistémica, facilitou a identificação de focos de atenção no âmbito da saúde familiar com base em sintomas dos elementos da família motivando o desenvolvimento dos processos familiares no contexto de estágio.

### **3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

A competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” é referida no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, descrevendo que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19357).

A organização deste subcapítulo é orientada pelas várias unidades de competência atribuídas no regulamento de competências específicas ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, contudo é de salientar a clara interligação entre todas as unidades de competência.

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

O desenvolvimento das entrevistas familiares iniciou-se pelo *engajamento*, fase inicial em que procurei convidar as famílias ao estabelecimento de uma relação terapêutica numa postura colaborativa e consultiva (Wright & Leahey, 2011).

O desenvolvimento de processos familiares, pelo tempo passado com as famílias, possibilitou o treino habilidades comunicacionais para a relação terapêutica. Ao longo do contacto com as famílias procurei incentivar a sua curiosidade e interesse pelo processo a ser desenvolvido através de, por exemplo, utilização de instrumentos de avaliação estimuladores de uma visão sistémica da família sobre si mesma bem como do reforço das suas forças. Procurei desta forma promover uma relação não hierárquica, de maior igualdade e valorização das suas características e história.

A consciência da importância e complexidade da comunicação potenciaram a intencionalidade da sua utilização como instrumento, com a valorização da sua componente verbal e não verbal num o esforço para a identificação de possíveis obstáculos a nível ambiental, na identificação necessidades sentidas pela família no âmbito da sua saúde bem como das suas expectativas, perceções, emoções e personalidades.

O enfermeiro deve desenvolver conhecimentos e habilidades que lhe permitam usar a comunicação de forma terapêutica, centrando os cuidados na pessoa e não na tarefa e desta forma garantindo a satisfação das pessoas e qualidade dos cuidados prestados (Coelho, 2013).

Na abordagem terapêutica, o enfermeiro deve conseguir recolher informação clínica e lidar eficazmente com as preocupações dos utentes e famílias, o que exige competências interpessoais (Gottlieb, 2013). No mesmo sentido, são essenciais as competências comunicacionais, que colocam as pessoas no centro do cuidar, focando a sua individualidade e pontos fortes num trabalho colaborativo (Gottlieb, 2013). Estabelecer uma relação com doentes e famílias em momentos de crise e stresse depende da capacidade do enfermeiro em comprometê-los e ganhar confiança num curto período de tempo (Gottlieb, 2013).

No desenvolvimento dos processos familiares procurei abordar as famílias com disponibilidade para responder às suas necessidades, para tal foi essencial o recurso a várias técnicas comunicacionais nomeadamente a escuta ativa, para fraseamento, clarificação, resumo, silêncio e até humor. A postura descontraída, as posições adotadas, a distância mantida, o toque e o olhar ajustados aos vários momentos da interação, com base em indícios verbais e não verbais transmitidos pelos utentes e famílias, foram determinantes para estabelecer o que considero ter sido uma relação terapêutica. O fato de as entrevistas terem sido desenvolvidas em contexto domiciliário foi facilitador na adoção de uma posição confortável para os elementos da família, potenciadora de uma relação horizontal com resultado numa maior facilidade para trocas.

No primeiro contacto com a família A foi possível observar a interação entre a família e a enfermeira de família bem como entre os elementos da família presentes, o que foi fundamental para o planeamento das visitas domiciliárias posteriores. Percebendo, por exemplo, que as questões da família se direcionavam para questões técnicas e que a partilha de emoções não parecia reconhecida como prioritária para a família, hipótese corroborada pela enfermeira orientadora, a visita domiciliária realizada posteriormente iniciou-se por intervenções mais técnicas. Numa primeira fase avalei parâmetros vitais e executei a algaliação vesical; ensinei, demonstrei e treinei técnicas de posicionamento e transferências. Com a progressão da interação, e mediante uma maior descontração manifestada pela família fui explorando questões relacionadas com a componente emocional e vida relacional da família.

Neste contexto a posição adotada e o olhar foram muito importantes com foco no membro acamado, no início da interação foi possível perceber que o utente se sentia fragilizado na sua nova condição, com agravamento por uma acuidade auditiva reduzida, esforcei-me por reajustar a minha posição às suas necessidades manifestadas sobretudo de forma não verbal, e assim garantir o máximo de conforto para o utente. Notei que no decorrer da entrevista este membro da família se revelou mais participativo, o que despoletou uma atitude também mais positiva nos restantes membros da família presentes.

Relativamente à família B, foi possível perceber a valorização dos sentimentos e emoções bem como da importância da religião para esta família, a validação destas hipóteses com a enfermeira orientadora foi facilitadora na abordagem a esta família. Neste contexto, embora com objetivos definidos, recorri maioritariamente à escuta ativa e silêncio, permitindo que se exprimissem de forma livre, a um ritmo próprio. A interação com esta família foi especialmente desafiante, com especial esforço para recorrer aos vários órgãos sensoriais para captar o conteúdo e a relação da comunicação.

A família B interage com profissionais de saúde desde o nascimento do filho, com experiências positivas, mas, maioritariamente negativas, o que manifestou ter impacto nas expectativas da mesma sobre a minha prática, assim, foi especialmente importante neste contexto demonstrar esta disponibilidade e compreensão das narrativas, pelo que a mobilização de técnicas comunicacionais facilitadoras da validação, sistematização e orientação da entrevista foram essenciais.

As características da família foram assim condutoras das abordagens adotadas, recorri ao reforço das forças das famílias ao longo da interação, adotando uma postura colaborativa e colocando as famílias como líderes na definição de objetivos de saúde.

A relação terapêutica deve desenvolver-se com base numa sinergia de competências entre enfermeira e família, em que a enfermeira contribui com habilidades de como lidar com a doença e os membros da família com as próprias experiências da doença (Wright & Leahey, 2011). Nas relações estabelecidas procurei assim identificar as necessidades sentidas pelas famílias, perceber as suas características, a sua história e os seus recursos por forma a potenciador contextos de mudança.

O término das entrevistas foi ditado pelas famílias e não pelos objetivos delineados para as visitas domiciliárias por forma a desenvolver um processo familiar adaptado. Neste sentido, foi especialmente importante a atenção a indícios não verbais, o que na família A se traduziu em visitas domiciliárias mais curtas, e necessidade de realizar mais visitas que o planeado, e na família B por uma visita mais prolongada e única. Em ambas as situações, não foi possível a avaliação de todos os parâmetros de avaliação, a partilha dos resultados da avaliação com a enfermeira orientadora fez-se no sentido da continuidade da intervenção por parte da mesma.

Não obstante, todos os momentos de interação com utentes e famílias foram oportunidades para desenvolver habilidades no âmbito da componente relacional do cuidado no sentido da compreensão das suas necessidades e dificuldades e partilha de angústias, crenças e expectativas, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Durante as consultas de vigilância foi possível intervir em famílias de outras realidades culturais, nomeadamente famílias imigrantes, momentos em que senti muitas dificuldades ao nível da comunicação, com influência na qualidade da informação fornecida e recebida.

Estas oportunidades foram especialmente importantes no treino de habilidades comunicacionais, essenciais para a clara identificação e compreensão do impacto de crenças e culturas familiares na saúde das famílias e seus membros bem como para a segurança dos cuidados.

Na linha de pensamento de Leininger, a prestação de cuidados de enfermagem deve focar os valores e a especificidade cultural das pessoas no sentido de as apoiar na recuperação e manutenção do seu bem-estar (George, 2000).

Foi exemplo o contacto com uma família indiana, e um dos membros falava pouco inglês, as barreiras linguísticas e culturais tornaram a educação para a saúde um desafio, nomeadamente ao nível de hábitos alimentares. As estratégias para ultrapassar esta dificuldade passaram por recorrer a imagens e uma linguagem simples com repetição de ideias, contudo senti que não foi o suficiente.

A presença de um membro da família que falasse inglês foi facilitador, bem como a relação pré-estabelecida que estas famílias tinham com a enfermeira orientadora, sua enfermeira de família.

A envolvimento de elementos significativos da família foi especialmente importante neste contexto, evitando mal-entendidos e contribuindo na perceção das suas necessidades com influência na qualidade e segurança dos cuidados.

Esta foi uma área que me inquietou e impulsionou para a reflexão sobre os meus próprios valores e para a pesquisa de evidência na área e desenvolvimento da RS apresentada na parte II deste relatório.

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

A avaliação da família, segunda etapa da entrevista familiar, é caracterizada pela exploração e identificação de problemas e à identificação de pontos fortes (Wright & Leahey, 2011).

No âmbito dos processos familiares, procurando preparar-me para a prática clínica, antes do contacto com as famílias, procurei recolher o máximo de informação possível, nomeadamente através da consulta dos processos clínicos. Este momento foi importante na medida em que orientou algumas questões à família nomeadamente sobre experiências anteriores no âmbito de processos de saúde-doença com foco no impacto das mesmas na família.

Ainda numa fase pré-entrevista foram estabelecidos objetivos adaptados ao contexto da minha prática, permitindo-me pensar abordagens técnicas e teóricas adaptadas.

Observar com qualidade está associado ao observar o que é importante e relevante e à forma como as observações são relatadas (Gottlieb, 2013). A importância da observação crítica na avaliação familiar em simultâneo com a criação de um ambiente facilitador em que a família consegue expressar as suas necessidades percebidas e medos, associada a uma relação muito recente entre mim e as famílias, tornou as entrevistas familiares muito desafiantes,

reforçando a necessidade de desenvolver estratégias para desenvolver a qualidade das observações em simultâneo com a criação de um ambiente seguro.

A colheita de dados foi guiada pelo modelo de avaliação familiar de Calgary, fundamental para guiar a entrevista e orientar a observação da dinâmica familiar. O recuso ao modelo referido facilitou a obtenção de informações pertinentes relacionadas com o seu estado de saúde e favoreceu o desenvolvimento de processos familiares adaptados, potenciadores da eficácia das intervenções.

O recurso ao modelo suprarreferido foi a base condutora da colheita de informação, permitindo uma avaliação sistematizada da família com foco nas suas principais dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O recurso ao modelo revelou ser enriquecedor pela sua complexidade e possibilidade de avaliar componentes das diferentes categorias em simultâneo e de forma dinâmica, contribuindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família. Reconheço que a destreza associada à experiência na utilização deste modelo pode ser um fator importante na eficiência da sua aplicação.

Nem tudo o que planeei foi implementado da forma prevista, nomeadamente ao nível da utilização de instrumentos de avaliação, priorizando o sentido de oportunidade da sua aplicação, a sua real importância para cada família bem como a disponibilidade da mesma em todo o processo. A observação da dinâmica da interação familiar revelou-se como instrumento chave para todo o processo.

O recurso aos parâmetros de diagnóstico de Minuchin, nomeadamente a tipologia estrutural, maleabilidade do sistema, ressonância à individuação, fontes de stresse e suporte e função do sintoma (Minuchin, 2003) nortearam também a avaliação da família, contribuindo para uma observação crítica e orientada para o diagnóstico no âmbito da saúde familiar.

O recurso a instrumentos de avaliação, embora sem valor diagnóstico (Figueiredo, 2012), demonstrou ser eficaz não só na colheita de dados familiares, mas também no estabelecimento de uma relação terapêutica com a família favorecendo a compreensão do funcionamento familiar.

O genograma, por exemplo, permitiu para além da identificação da estrutura familiar com compreensão da composição e vínculos familiares, a perceção dos seus problemas e recursos, representando uma estratégia para perceber forças internas da família. O seu desenvolvimento em parceria as famílias, demonstrou ser facilitador para o desenvolvimento de uma relação colaborativa com a família, reforçando a intenção de valorizar a sua história e favorecendo a perspetiva sistémica sobre ela mesma. A normalização da perceção das

famílias sobre si facilita a atribuição de significados alternativos a experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro (Figueiredo, 2012).

A informação recolhida foi assim muito para além da estrutura familiar e acontecimento biográficos, facilitando a colheita de dados referentes ao histórico familiar numa perspetiva transgeracional com influência no estado atual de saúde, nomeadamente através da identificação de pontos fortes e fracos da família na resposta a transições de vida, em relação por exemplo à sua capacidade de se manter unida e agilizar processos de mudança.

Dos vários instrumentos de avaliação utilizados destaco o recurso ao ecomapa, que potenciou uma visão sistémica e ecológica da família sobre ela própria, esta ferramenta foi fundamental na identificação conjunta de forças e recursos da família como unidade.

Relacionado com os poucos recursos externos da família B e pela necessidade da promoção da autonomização dos membros do núcleo familiar e a criação de espaços para o casal, foi também desenvolvido num processo colaborativo um mapa de rede direcionado para o filho. Desta forma, foi possível identificar alguns recursos e forças deste membro da família que não tinham sido identificados no ecomapa, representado potenciais recursos para integrar estratégias de *coping* de um dos membros da família com influência no *coping* familiar.

Foi assim desenvolvida o segundo estágio da entrevista familiar, *avaliação* (Wright & Leahey, 2011), com a exploração e identificação de problemas da família no âmbito da sua saúde enquanto sistema bem como a identificação de pontos fortes.

Embora o curto período de relação com as famílias, considero que foi possível criar espaço para a família contar a sua história e assim perceber os problemas sentidos, desenvolver hipóteses sistémicas e clarificar algumas metas da família, o que gostariam que acontecesse, potenciando o terceiro estágio da entrevista familiar, *intervenção* (Wright & Leahey, 2011) e explorar estratégias para lidar com problemas específicos.

Nos vários momentos com as famílias procurei descobrir e desocultar forças, procurando perceber o que funcionou e funcionava bem e perceber os recursos para lidar com a situação atual. Em vários momentos recorri a forças identificadas da família para a elogiar. Tendo por base o processo em espiral no âmbito do SBC considero ter trabalhado ao nível das suas duas primeiras fases, “explorar e ficar a conhecer” e “aproximação do alvo”.

Na família A, pela hipótese sistémica levantada de falta de espaço para a comunicação expressiva como padrão de funcionamento normal da família destaco, no âmbito da avaliação do funcionamento expressivo, a utilização da FACES IV. A aplicação desta escala foi especialmente importante na avaliação familiar e validação de hipóteses sistémicas. Considero que perante as características da família, o fato de ser realizada individualmente,

foi um método eficaz para permitir conhecer a autoavaliação dos membros da família relativamente ao seu funcionamento nas dimensões referidas.

Relacionado com uma labilidade emocional aumentada da parte de um dos membros da família A, idoso que passou a uma situação de dependência após acidente vascular cerebral, decidi aplicar as escalas de Depressão Geriátrica e *Mini-Mental State Examination* com uma influência positiva na relação com o mesmo e com a família.

No âmbito da utilização de instrumentos de avaliação percebi que o genograma, ecomapa, Escala de Graffar e APGAR Familiar, pela sua fidelidade e simplicidade, representam instrumentos muito úteis na avaliação familiar e identificação de situações de risco. Não obstante, a utilização de outros instrumentos, direcionados tanto para a família como unidade como para os indivíduos, demonstraram ser potenciadores da identificação de necessidades e estabelecimento de relação terapêutica quando utilizadas de forma oportuna.

Destaco também o recurso a escalas de avaliação de risco, como Escala de Risco de Garcia-Gonzalez e a escala de Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe, na medida em que o conhecimento do risco permite uma melhor adequação dos cuidados face às necessidades familiares, com a definição de metas que permitem identificar e atuar sobre fatores que podem levar a resultados indesejáveis (Simões & Rosendo, 2011). Embora a abordagem do risco esteja centrada em aspetos negativos, permite atuar sobre os mesmos com antecedência, aumentando a probabilidade de os evitar aos vários níveis de prevenção (Simões & Rosendo, 2011).

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

Ao longo do tempo, a família e os indivíduos transformam-se simultaneamente, como indivíduos e como unidade, num caminho feito de progressos e retrocessos num movimento espiral que acomete todos os domínios da unidade bio-psico-social (Alarcão, 2000). A valorização do histórico familiar, das transições vividas, foi fundamental para perceber o atual estado de saúde das famílias bem como os seus padrões de resposta.

A abordagem sistémica à família associada ao desenvolvimento dos processos familiares com base no Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary, permitiu o desenvolvimento de avaliações familiares ajustadas e sistematizadas integrando informações importantes fornecidas pela própria família relativamente à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento no momento da entrevista.

Observar criticamente a família inserida num ambiente que influencia e pelo qual é influenciada, conhecer os recursos disponíveis e os que mobiliza, conhecer as suas crenças culturais e espirituais, as suas forças e fragilidades bem como a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual foram primordiais ao desenvolvimento de hipóteses sistémicas, orientação das entrevistas e planeamento de cuidados.

Em situação de crise é fundamental perceber os esforços mobilizados por parte da família para se adaptar às novas situações, no sentido da co-construção de um novo nível de funcionamento e assim de uma melhor qualidade de vida.

As narrativas familiares foram essenciais na monitorização de respostas da família em diferentes momentos da sua história. A relação estabelecida com as famílias permitiu criar espaço para a família se expressar livremente, pelo que foram falados momentos de conquistas, mas também de sofrimento e superação, permitindo compreender os significados da família sobre estes momentos e desocultar forças que permitiram à família desenvolver-se.

A família desenvolve-se a um ritmo próprio, influenciado pelo seu passado, presente e objetivos futuros (Wright & Leahey 2011).

A compreensão do desenvolvimento de cada família é essencial à compreensão do seu funcionamento atual, perceber de que forma a família se modificou, enquanto grupo e enquanto indivíduos, permite perceber padrões de resposta da família ao longo do seu desenvolvimento e assim desenvolver estratégias adaptadas à família em parceria com a mesma. O contexto domiciliário, a relação estabelecida com as famílias e a aplicação de instrumentos como o genograma e o ecomapa foram especialmente enriquecedoras.

#### 3.2.1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

A prática de enfermagem é determinada por um caráter científico definido pela sua orientação instrumental e base disciplinar assente em conhecimento científico (Chicória, 2013). O recurso à ciência deve ser orientado para a humanização dos cuidados. A aplicação de conhecimento científico deve ser crítica, caracterizada por uma racionalidade prática em relação aos resultados esperados e condições situacionais devendo a mesma ser avaliada para a sua heurística e poder explicativo (Kim, 2010).

Enfermagem de saúde familiar, como área de intervenção profissional do enfermeiro, tem como base quadros de referência de saúde familiar que evidenciam a família como foco de cuidados numa perspetiva sistémica e uma abordagem colaborativa com a mesma.

A informação colhida numa fase pré-entrevista, através do processo clínico e informações da enfermeira de família, foi importante para perceber a pertinência da intervenção no âmbito da prática avançada de enfermeiro de saúde familiar bem como planear as entrevistas familiares e possíveis referenciais teóricos a mobilizar.

Na família A, por exemplo, os objetivos foram delineados para explorar a transição saúde-doença na sua complexidade, explorando a consciência da família relativamente à situação atual, no que se referia às suas perceções, conhecimentos e reconhecimento de que estavam a vivenciar uma transição; perceber o nível de comprometimento no processo de transição; perceber as mudanças associadas ao processo de transição vivenciado; e a duração da transição (*time span*) entre a antecipação, perceção ou demonstração de mudança e a estabilidade da nova condição (Meleis, 2010).

De acordo com Gongora (2000) e Rolland (2000) citados por Figueiredo (2012), a família A encontrava-se na fase aguda da doença. Nesta fase, a doença geralmente funciona como organizadora da dinâmica familiar, com impacto na distribuição de tarefas para dar resposta às necessidades da família (Figueiredo, 2012). a fase da doença foi também orientadora da avaliação à familiar, contribuindo para uma observação de aspetos relevantes e levantamento de hipóteses sistémicas.

No âmbito do Modelo de Avaliação de Calgary, relativamente à estrutura familiar, tive especial foco o tipo de limites entre subsistemas no âmbito da estrutura interna, os recursos externos da família no âmbito da estrutura externa e edifício residencial no âmbito estrutural do contexto. No âmbito da avaliação do desenvolvimento familiar, procurei explorar as tarefas e vínculos tanto referentes ao momento atual como a outras situações de saúde-doença já vivenciadas pela família. Ao nível do funcionamento instrumental procurei perceber a dinâmica das atividades de vida diárias e ao nível do funcionamento expressivo explorar padrões de resposta na solução de problemas e o papel de prestador de cuidados.

Reportando à família A, a crise vivenciada estava associada a um processo de transições de padrão simultâneo e relacionado (Meleis, 2010). O processo transição saúde- doença, com hospitalizações frequentes e dependência de um dos seus membros com necessidade de reorganização das dinâmicas familiares com a introdução do papel de prestador de cuidados, pode tornar despercebida a transição desenvolvimental que estão também a vivenciar associada a ao envelhecimento do casal.

Neste sentido, foi essencial a mobilização da teoria das transições associada à perspetiva sistémica e ecológica, tornando a avaliação do processo de transição desenvolvimental,

pouco valorizada no momento, um foco de atenção em que o enfermeiro deve intervir também através de cuidados antecipatórios, prevenindo necessidades e problemas potenciais associados ao processo de transição.

Por forma a orientar a minha prática, ao longo das entrevistas desenvolvi focos de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar que foram discutidos várias vezes com a enfermeira orientadora reconhecendo que a interação com as famílias está associada a intersubjetividade e contextualidade. Nesta família, por exemplo, foram áreas de atenção a comunicação, papéis familiares, papel de prestador de cuidados e solução de problemas.

Assim, a mobilização de conhecimentos associados à teoria das transições de Meleis bem como à pragmática da comunicação, TGS, Teoria Bio- ecológica de Bofnenbrenner e Modelo de Sistemas de Betty Neuman foram pilares para a prática avançada de enfermagem e saúde familiar. Não obstante foi essencial a utilização do modelo de Calgary e pesquisa bibliográfica adaptada.

Na família referida, a observação da dinâmica familiar e valorização das suas narrativas com base em referenciais teóricos e guiada pelo modelo de avaliação e intervenção de Calgary, permitiu, por exemplo, levantar a hipótese sistémica de que a distribuição de tarefas estava muito associada a expectativas relacionadas com crenças de valores da família com forte impacto do contexto em que estava inserida, sendo notada forte influência das questões de género, representando tanto um fator de stress para a esposa, relacionado com tarefas atribuídas à mulher na prestação de cuidados ao marido, como ao sentimento de inutilidade referido pelo marido relacionado com a sua incapacidade de conduzir e tratar das questões financeiras da casa. Não obstante, esta característica foi interpretada também como uma força, no sentido em que foi facilitadora para a clara definição de papéis na família em estudo.

A evolução da problemática de saúde e a dinâmica familiar estão relacionadas, na medida em que a adaptação de cada indivíduo a um problema de saúde está relacionado com o contexto doméstico (Figueiredo, 2012), enfermagem de família emerge da reciprocidade entre a saúde e o funcionamento familiar, na medida em que as perceções e comportamentos influenciam a saúde dos membros da família (Figueiredo,2012).

A intervenção colaborativa com a família, numa perspetiva sistémica, visou facilitar uma adaptação saudável à mudança, ajudando-a a identificar problemas e desenvolver estratégias de *coping*, nomeadamente através da promoção de contextos facilitadores para uma relação positiva entre os suprassistemas da comunidade e outros os sistemas familiares.

A situação de vulnerabilidade da família, que afeta todos os seus membros e vários dos seus relacionamentos, potencia a abertura da família a processos de mudança no sentido do seu crescimento e desenvolvimento, representando uma excelente oportunidade de intervenção devendo o enfermeiro centrar-se nas forças da família no sentido de promover as suas potencialidades e soluções próprias para os seus problemas (Hanson S. , 2005).

A identificação colaborativa das necessidades da família com desenvolvimento de diagnósticos representa um elemento organizador nos cuidados com as famílias. A abordagem sistémica da família permite que os problemas identificados nos diagnósticos estejam enquadrados na identificação de forças e recursos para a resolução dos mesmos (Figueiredo,2012).

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

A *intervenção*, é considerada o terceiro estágio da entrevista de enfermagem à família (Wright & Leahey, 2011). Esta fase é desenvolvida num trabalho colaborativo entre enfermeira-família em que se procura desenvolver um planeamento viável de intervenções no sentido da mudança com foco nas forças da família de forma a que exista comprometimento da parte da família.

A promoção, manutenção e restauração da saúde familiar são os objetivos da intervenção do enfermeiro de saúde familiar, assim, esta etapa focaliza-se na concretização da mudança com a maximização do potencial de saúde familiar (Figueiredo, 2012) na sua singularidade.

Na intervenção sistémica colaborativa, o enfermeiro e a família estabelecem uma relação não hierárquica numa relação positiva potenciadora do comprometimento da família com o plano negociado, pretende-se a criação de um ambiente facilitador de mudança, com a transformação de narrativas familiares estimulando um pensamento reflexivo. É utilizada uma abordagem colaborativa em que são valorizados os conhecimentos e competências da família, são respeitados os pontos de vista de cada membro da família com incentivo à colaboração entre todos e evicção de linguagem patológica num diálogo centrado em soluções adequadas aos contextos.

Na família A, embora não tenha sido possível desenvolver, foi planeada uma intervenção sistémica colaborativa associada à hipótese sistémica de que os membros da família nuclear e alargada aceitavam a falta de espaço para a comunicação expressiva como padrão de funcionamento normal da família, contudo estavam a surgir sintomas associados. Apresenta-se o plano de intervenção familiar sistémica referido no Apêndice I.

A intervenção sistémica colaborativa é complexa e rica na avaliação da interação da família, permitindo a análise de padrões de funcionamento da família e de cada um dos seus membros (Melo, 2011). Exige neutralidade e pensamento sistémico em que o terapeuta tem como função principal criar alternativas para a mudança, sendo a família o protagonista principal.

É uma intervenção muito exigente para o profissional, exigindo a observação crítica da interação familiar bem como da condução da entrevista e criação de um ambiente de colaboração e respeito por todos os intervenientes numa postura de neutralidade clarificando a comunicação. São técnicas deste tipo de intervenção: o interrogatório circular, assente nos pressupostos de circularidade, neutralidade e hipotetização; a conotação positiva e o reenquadramento.

Intervir com a família exige ao enfermeiro uma estrutura conceitual clara no domínio da saúde familiar e é potenciada por uma abordagem baseada na resiliência, com foco nos pontos fortes da família. É essencial que o enfermeiro acredite na capacidade da família solucionar os seus próprios problemas, só assim pode ser agente facilitador para a mudança e apoiar a família a desenvolver as suas próprias soluções para os seus problemas.

A estruturação da resiliência familiar é um processo e integra uma perspetiva de desenvolvimento (Figueiredo, 2012). A organização da família, como sistema aberto, faz-se no sentido das suas finalidades, o que implica “elementos de crescimento, de crise e de criatividade, elementos característicos de uma auto-organização na evolução” (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro de família deve ter um corpo de conhecimento que favoreça uma abordagem sistémica à família, com capacidade para desenvolver uma colheita pertinente de dados relacionados com o seu estado de saúde. É o profissional que acompanha a família e os seus elementos ao longo do seu ciclo vital, conhecendo e monitorizando as respostas a diferentes situações de saúde e doença e então os seus pontos fortes e fragilidades. Representa um profissional privilegiado para intervir com a família no sentido de a auxiliar na resposta a perturbações normativas e acidentais no sentido da promoção e recuperação do bem-estar da família.

O enfermeiro família interpreta as intervenções como elementos promotores da capacitação da família na resposta aos seus problemas, integrando respostas afetivas, cognitivas e comportamentais num sistema terapêutico, em que a mudança é definida pela coerência biopsicossocial da família como sistema (Figueiredo, 2012).

Senti que o desenvolvimento dos estudos de caso, embora limitado no tempo, permitiu mobilizar competências importantes e criar um ambiente facilitador de mudança fundamentais para a intervenção com a família.

Na avaliação e intervenção às famílias, procurei uma abordagem ao nível quatro, *família como cliente* (Friedman, 1998). Embora enfermagem de família abranja os níveis de cuidados um, dois, três e quatro, é no último referido, em que a família é considerada como sistema, que o enfermeiro desenvolve uma prática avançada dos cuidados de enfermagem com foco na família (International Council of Nurses, 2002).

Considero esta abordagem um dos grandes desafios de enfermagem de saúde familiar, pelo que não existe uma resposta padrão, não existem protocolos, não existe um único caminho para alcançar a meta. A intervenção do enfermeiro de saúde familiar, em contexto de USF/UCSP é facilitador pela interação de proximidade e de acompanhamento das famílias ao longo de todas as etapas do seu ciclo vital, contudo, a limitação temporal, relacionada com o excedente número de famílias adstritas a cada enfermeiro.

#### 3.2.1.6. Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

A família é constantemente confrontada com perturbações normativas, tais como o nascimento das crianças, o seu crescimento e o envelhecimento dos pais bem como perturbações e acidentais (Alarcão, 2000). Considerando assim que o objetivo do sistema familiar é transformar-se e evoluir e que a instabilidade e os desvios fazem parte de um processo dinâmico de crescimento (Alarcão, 2000) a crise familiar pode representar um momento ideal na óptima da intervenção sistémica, na medida em que a família se torna mais permeável à mudança e assim a desenvolver padrões de resposta alternativos representando uma oportunidade para introduzir a mudança.

Quando as famílias acreditam em si têm mais propensão em assumir o controlo das suas vidas e contruir um futuro sustentável, concentrando-se em aspetos positivos das suas vivências (Gottlieb, 2013). Uma atitude de respeito num ambiente terapêutico, em que é oferecido suporte, ajuda e recursos no sentido de planear soluções próprias para os problemas facilita esta atitude positiva face aos problemas, neste âmbito, umas das bases para a minha prática foi o cuidar baseado nas forças.

Nesta linha de pensamento orientei a minha prática no sentido de ajudar os indivíduos e famílias a enfrentar os desafios de forma construtiva no sentido da sua evolução, tentando contribuir para a identificação, mobilização e capitalização das forças existentes. Embora o contacto com as famílias tenha sido reduzido a nível temporal, senti em ambas as famílias que as questões aplicadas as convidaram a refletir sobre a sua evolução, nomeadamente

experiências com a doença, num processo de conscientização, com identificação de forças, recursos e assim uma visão mais positiva de oportunidades de crescimento e mudança.

Reconhecendo a família como sistema auto-organizado, os instrumentos foram utilizados de forma ativa, num trabalho colaborativo com a família, o que potenciou a perceção da família sobre si e se revelou como facilitador para a conscientização dos seus pontos fortes e fragilidades, nomeadamente perante momentos de crise, com um efeito positivo no desenvolvimento de um plano de cuidados adaptado ao contexto e história familiar.

A criação de um ambiente solidário e seguro numa atitude de respeito e valorização pela história e perspetivas da família, com recurso a instrumentos de avaliação adaptados, demonstraram ser facilitadores para a relação terapêutica, nomeadamente para descobrir e descultar forças. A avaliação familiar deve evidenciar as suas forças e potenciais, requerendo uma abordagem colaborativa num processo de co-evolução processual (Figueiredo, 2012).

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

A par da evidência científica, é essencial a perícia clínica, processo através do qual o profissional desenvolve juízo clínico com integração de diversos conhecimentos (experencial e pessoal, incorporando as preferências do utente mediante os recursos disponíveis (Chicória, 2013).

Assim, a prática baseada na evidência está associada atualmente à reflexão sobre a ação, valorizando todos tipos de conhecimentos nas decisões clínicas, na medida em que a evidência se associa essencialmente à prática refletida e não só à investigação (Rolfe, 1999).

O desenvolvimento de processos familiares permitiu o treino da mobilização teorias bem como o treino de competência percetivas e conceituais. A complexidade de cada sistema familiar, associada à sua unicidade, torna o contacto com cada família uma oportunidade única de aprendizagem sendo que a avaliação de cada família se tornou uma experiência enriquecedora nomeadamente na avaliação da interação entre os seus elementos, aspeto fundamental na abordagem à família.

Neste sentido, foi essencial a orientação por enfermeiras experientes e conhecedoras das famílias, com conhecimento de base científica na área de enfermagem de saúde familiar, associada à sua formação e ao seu corpo de conhecimento empírico.

A experiência do profissional pode ser um fator determinante na perícia do cuidado e assim na decisão clínica, incorporando e sintetizando o conhecimento proveniente da ciência, experiência própria e o conhecimento dos utentes no contexto dos seus recursos (Rolfe,

1999). A formação da enfermeira orientadora aliada ao facto de ser enfermeira de família das famílias estudadas, acompanhando-as ao longo do seu ciclo vital, facilitou a abordagem sistémica e assim o levantamento de focos de intervenção de enfermagem de saúde familiar. A participação em consultas de vigilância no âmbito dos vários programas de saúde proporcionou vários momentos de reflexão oportunos partilhados e discutidos principalmente com a enfermeira orientadora, onde foram discutidas avaliações familiares, diagnósticos e estratégias de resolução trabalhadas em parceria com os utentes num esforço para ser agente dinâmica no desenvolvimento de competências.

A articulação entre a enfermeira orientadora e médico da equipa de saúde demonstrou ser potenciadora de comportamentos de adesão por parte dos utentes, beneficiando de um trabalho de equipa contínuo no tempo, discussão frequente sobre situações clínicas e conhecimento das famílias.

A observação da interação das famílias com a sua enfermeira de família facilitou a perceção do tipo de relação bem como das expectativas da família face ao enfermeiro, permitindo em ambos os casos perceber uma visão positiva e de confiança da família face à enfermeira de família e aos serviços de saúde, fator que também considero ter sido facilitador na relação estabelecida com a família.

No processo de observação das famílias foi importante refletir em vários momentos sobre a minha postura e pensamentos. É importante perceber a influência do comportamento na qualidade da informação recolhida, os doentes têm mais facilidade em partilhar informação pessoal com um enfermeiro de confiança, inteligente e compassivo (Gottlieb, 2013).

Esforcei-me também na tomada de consciência sobre a interferência dos meus conhecimentos, experiências, crenças e premissas, aspetos determinantes na interpretação da informação recolhida (Gottlieb, 2013). No mesmo sentido, do treino de competências ao nível da observação, aliada à prática reflexiva, a discussão de hipóteses e observações com a enfermeira orientadora, com prévia relação com a família, foi uma estratégia chave.

Importa também refletir sobre a realidade da minha prática associada ao tempo limitado de contato com as famílias. O acompanhamento da família e seus membros ao longo do seu ciclo vital, bem como a visão sistémica da mesma, a clareza do âmbito da prática orientada por documentos reguladores e a perícia na aplicação de modelos de avaliação são alguns dos fatores que identifico como potenciadores da intervenção com famílias em contexto de cuidados de saúde primários.

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

O registo dos dados colhidos nos processos familiares e em algumas consultas de vigilância foram realizados no programa SClinico, embora as limitações do mesmo no âmbito de enfermagem de saúde familiar, foi possível preencher algumas das escalas existentes, nomeadamente relativas a habitação, escala de Graffar, Ciclo de Duvall e Tipo de Família.

Neste programa, no âmbito do processo familiar, foram também preenchidas as escalas de Risco Familiar Garcia-Gonzalvez, que permite classificar o risco familiar avaliando parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde e a escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer, que classifica, com base em fatores de risco diversos, a família como de médio ou alto risco (Simões & Rosendo, 2011). Embora sobre as duas últimas escalas referidas não se encontrem publicações sobre a construção, validação ou análise de validade ou consistência interna (Simões & Rosendo, 2011) elas estão no programa informático podendo ser uma mais valia, contudo reforçam a necessidade de melhoria no âmbito dos registos da prática clínica no domínio de Enfermagem de Saúde Familiar.

### **3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

A competência específica “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” é referida no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, com o descritivo referente ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, “Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19358).

A organização deste subcapítulo é guiada pelas várias unidades de competência atribuídas no regulamento de competências específicas ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde família.

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

O enfermeiro de família tem um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem (Ministério da Saúde, 2014). Neste âmbito é fundamental a articulação com os várias unidades funcionais e serviços na comunidade no sentido da capacitação das famílias. É fundamental conhecer os recursos disponíveis bem como os meios para os ativar.

O fato da USF Pedro e Inês situar-se no mesmo edifício Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP), e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pode ser facilitador para a comunicação entre equipas e referência, bem com a articulação e complementaridade entre as várias especialidades de enfermagem prevista no Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No caso da família A, relacionado com a dependência nos autocuidados por parte de um dos membros e ao seu potencial de reabilitação foi realizada referência para Rede Nacional de Cuidados Integrados em articulação com assistente social, resultando na admissão num centro de reabilitação, com resultados muito positivos no processo de transição saúde-doença vivenciado.

No caso da família B, face à hipótese de saturação do papel de prestador de cuidados, a articulação com uma instituição na comunidade podia ser um recurso externo adaptado. Contudo, uma experiência negativa da família com a instituição faz com que o membro da família com necessidade de cuidados não considerasse a opção. Nesta situação foi determinante respeitar a opção da família não tendo sido feita articulação.

As atividades desenvolvidas permitiram uma visão mais macroscópica dos cuidados de saúde primários, da complexidade da sua gestão, da complexidade da abordagem à família nas várias etapas do ciclo vital e da importância do Enfermeiro de Saúde Familiar como profissional próximo e capacitado para a gestão dos problemas da família através da intervenção ao nível dos focos de intervenção de enfermagem e referência para outros profissionais.

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

O enfermeiro de saúde familiar não é ainda uma figura bem definida nos cuidados de saúde, pelo que o seu papel está ainda muito associado à dimensão instrumental da prática com forte associação à prática médica.

A mudança de paradigma associada à abordagem sistémica da família é complexa e beneficia da motivação dos profissionais com formação na área. O impacto da existência de enfermeiras com formação na área de enfermagem de saúde familiar foi notório durante os estágios. Durante as reuniões setoriais da equipa de enfermagem, e intersectoriais, das várias categorias profissionais, que foram possíveis de assistir, a discussão da família como foco aconteceu em vários momentos com importante contributo das enfermeiras com formação especializada na área de saúde familiar.

A orientação por uma enfermeira com formação específica na área de saúde familiar permitiu uma maior clareza na perceção do papel e competências do enfermeiro especialista na área de saúde familiar. O fato de a enfermeira desempenhar funções de coordenação e o seu empenho, em parceria com a restante equipa de enfermagem, traduziu-se, na minha ótica, em cuidados de saúde mais acessíveis e abrangentes à família, com evidente visibilidade da importância do enfermeiro tanto para os utentes como para a equipa.

Associado ao facto de ser uma especialidade em desenvolvimento com um corpo de conhecimentos e competências muito específicas, destaco a importância das ações formativas que tive oportunidade de assistir e participar, facilitadoras da consciencialização da importância abordagem à família como foco de cuidados numa perspetiva sistémica e desta forma promotoras da visibilidade ao conhecimento da enfermagem de saúde familiar.

Destaco neste âmbito a formação dinamizada no âmbito da formação interna da USF intitulada de “Saúde familiar: família e registos em SClinico” com a colaboração de duas enfermeiras com formação em enfermagem de saúde familiar e o plano de formação contemplado no Plano de Ação de 2019 da USF Pedro e Inês abordado no capítulo I deste trabalho.

Na sessão que tive oportunidade de dinamizar, os objetivos delineados foram: compreender a importância da saúde familiar nos cuidados de saúde e compreender as funcionalidades do SClinico 3.1.2 no âmbito da saúde familiar. Neste sentido, foi abordada numa primeira fase da sessão, a família numa perspetiva sistémica e a utilização do modelo de avaliação e intervenção de Calgary com ênfase na importância e impacto da avaliação estrutural da família na gestão e prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários. Numa segunda fase da sessão, foram exploradas as funcionalidades do programa informático utilizado, SClinico, no âmbito do Processo Familiar e a sua articulação com a avaliação familiar, com evidência dos focos de atenção de enfermagem. A apresentação da sessão apresenta-se no Apêndice II.

O resultado da sessão foi muito positivo, na medida em que a envolvimento de toda a equipa multidisciplinar sensibilizou os diferentes profissionais no seu papel dentro da equipa familiar na perspetiva da saúde familiar. Esta sensibilização foi possível de aferir, por exemplo, pela participação de vários grupos profissionais através da partilha de experiências próprias e dúvidas, especialmente equipa médica, e curiosidade e empenho das administrativas demonstrada através da sua participação na organização das famílias através do SClinico.

Considero que o empenho contínuo das enfermeiras com formação na área de saúde familiar, através de uma abordagem menos formal da família como sistema e como foco de cuidados

durante reuniões de enfermagem, onde se discutem famílias numa perspetiva sistémica e se planeiam cuidados e, de uma forma mais estruturada, através de ações de formação à equipa multidisciplinar, contribuíram para o sucesso da sessão sendo possível discutir e abordar os cuidados de saúde e os impactos na ótica da saúde familiar.

A seleção de famílias numa situação de crise, a articulação com a enfermeira orientadora, conhecedora da história familiar e a oportunidade de desenvolver os processos familiares em contexto domiciliário foram determinantes para perceber oportunidades de mudança das famílias e assim, embora por uma questão de tempo não tenha sido possível intervir de acordo com todos os focos levantados, num trabalho colaborativo com a família, desenvolver as suas potencialidades para dar resposta aos seus problemas.

## PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

### 4. REVISÃO *SCOPING* - ENFERMAGEM TRANSCULTURAL – CUIDAR DE INDIVÍDUOS/ FAMÍLIAS IMIGRANTES

#### INTRODUÇÃO

A Enfermagem transcultural refere-se ao conhecimento e práticas relacionadas com cuidados saúde-doença, crenças e valores, visando o estabelecimento de uma relação terapêutica e ajustada aos valores culturais e contextos das pessoas cuidadas no sentido de um cuidado significativo e eficaz, ajustado à cultura (Leininger, 1991). No cuidado a indivíduos/famílias imigrantes o enfermeiro enfrenta vários desafios relacionados tanto com o desconhecimento das suas características étnicas e culturais, como da forma como se podem enquadrar as mesmas na prática clínica (Reis, 2015), é assim essencial que o enfermeiro de família encontre estratégias para ultrapassar estas barreiras por forma a prestar cuidados de qualidade.

No contexto de estágio e da minha prática clínica, foi verificado que a abordagem a indivíduos/famílias imigrantes representa vários desafios aos enfermeiros de família no contexto de cuidados de saúde primários, mais especificamente USF e UCSP onde exerço funções, nomeadamente ao nível da comunicação e adequação das práticas.

Nos contextos referidos, USF e UCSP, foi reconhecido pelos enfermeiros a necessidade de conhecer fatores determinantes para cuidado a indivíduos/famílias imigrantes, o que foi impulsionador para a implementação desta revisão de literatura. Neste sentido procurei contribuir com evidência científica para cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos indivíduos/famílias imigrantes, focando o conceito de Enfermagem Transcultural.

Neste sentido foi relevante mapear o conhecimento sobre o tema, optando-se por isso por uma Revisão *Scoping*, “um tipo de síntese de evidencia que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte...” (Amendoeira, 2021, p. 5).

De acordo com a problemática identificada, e com base nos referenciais teóricos: Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary, de Wright & Leahey, e Cuidado Baseado nas Forças, de Gottlieb, define-se a questão de investigação: “Quais são alguns dos fatores promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes?”. Empreende-se como objetivo geral para esta revisão: mapear alguns fatores

promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários. Como objetivos específicos definiram-se os seguintes: identificar alguns fatores facilitadores da prática de enfermagem transcultural junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários; e identificar algumas barreiras que dificultem a prática de enfermagem transcultural junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários.

#### **4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A globalização é um fenómeno social atual relacionado com o aumento de processos migratórios, de acordo com dados das Nações Unidas em junho de 2019 existiam quase 272 milhões de migrantes a nível mundial, mais 51 milhões que em 2010. Na Europa estima-se que em 2019 viviam mais de 82 milhões de imigrantes internacionais (IOM,2020).

Portugal, país tradicional de emigração tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração. Segundo dados do relatório de Imigração, Fronteiras de Asilo de 2020, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, verificou-se, pelo quinto ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 12,2% face a 2019, totalizando 662.095 cidadãos estrangeiros com autorização de residência, valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento em 1976.

A abertura do mundo coloca diferentes modos de vida, diferentes culturas em contacto, coabitam tradições, competências e saberes. A globalização é indissociável da diversidade cultural, impulsiona a partilha da riqueza cultural e o desenvolvimento humano (Coutinho, Rodrigues, Carvalho, & Parreira, 2018).

Com a vinda de mais imigrantes e diversificação da sua proveniência, emerge a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde por forma a responder adequadamente às necessidades dos imigrantes. Atualmente, o estado de saúde dos imigrantes é reconhecido como indicador de integração nas sociedades de acolhimento (Carballo & Nerukar ,2001; IOM, 2003). O impacto dos fluxos migratórios reflete-se ao nível da saúde das populações e dinâmicas dos serviços de saúde (Dias et al.,2018).

No terreno, os profissionais de saúde são desafiados com novos tipos de problemas, que decorrem tanto das dificuldades de comunicação em contexto intercultural, relacionadas com especificidades culturais e linguísticas, como de constrangimentos logísticos, como seja, por exemplo, o da falta de tempo para conduzir uma relação terapêutica que se quer eficaz (Maurício, 2009).

Os cuidados de saúde primários, nomeadamente as USF e UCSP, constituem-se serviços de primeira linha nos cuidados e no contato dos indivíduos/famílias com os serviços de saúde em que são prestados cuidados integrais às pessoas e famílias ao longo da vida e em função das suas necessidades. Este contexto de cuidados é especialmente importante na sinalização e intervenção em situações de risco (Machado, et al., 2006). Em conformidade com legislação em vigor, os enfermeiros que integram as USF devem ser especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

*“Os cuidados de saúde primários decorrem de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o articulado do Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)” (WHO, 2021).*

Os contextos multiculturais caracterizam-se por “pessoas e grupos multiculturais (...) destinatários de cuidados” (Nunes as cited in Reis, 2015, p.3). Nestes contextos, os cuidados devem ser culturalmente coerentes e a intervenção deve ser planeada pelos diferentes profissionais envolvidos (Reis, 2015). Destacam-se alguns determinantes particulares no cuidado a indivíduos/famílias imigrantes, nomeadamente relacionados com condições no país de origem, percurso migratórios e país de acolhimento, na medida em que podem expor o indivíduo/família a situações de risco para a saúde, (Dias & Gonçalves, 2007; IOM, 2005; Kristiansen, Mygind & Krasnik, 2007). No cuidado a indivíduos/famílias imigrantes é importante ter em consideração determinantes associados às diferentes fases de migração, que tanto podem ser negativos como positivos para a saúde (IOM, 2020).

Fatores como nível de educação, sucesso financeiro ou ser uma família multicultural, podem estimular a assimilação de uma cultura dominante, por outro lado, o isolamento numa área rural ou num gueto urbano tende a promover a continuidade de padrões étnicos (Wright & Leahey, 2011).

Fatores relacionados com sistemas de saúde, com comportamentos, estilos de vida, contexto físico, socioeconómico, político e cultural são também determinantes para o estado de saúde de uma população (Davies, Basten & Frattini, 2009; Peiro & Benedict, 2009; Reijneveld, 1998; WHO, 2010). A estigmatização e discriminação face à origem étnica, crenças religiosas ou condições dos imigrantes são também determinantes no estado de saúde e bem-estar destas populações (Wolffers, Verghis & Marin, 2003).

A imigração pode levar ao afastamento e rutura de laços familiares bem como das relações sociais com impacto na rede de suporte emocional e social dos indivíduos/famílias, podendo perpetuar uma maior exposição a fatores de risco e assim aumentar a vulnerabilidade destas populações (Carballo & Nerukar, 2001; Fox, Burns, Popovich e Ilg, 2001; Hermansson, Timkpa & Thyberg, 2002; Keyes, 2000) e favorecer adoção de práticas prejudiciais à saúde como abuso de álcool e substâncias ilícitas (Dias & Gonçalves, 2007; UNAIDS/IOM, 2001).

Alguns grupos de imigrantes tendem a ter maior vulnerabilidade a determinados problemas de saúde por desigualdades sociais (Dias et al., 2018). As diferenças encontradas nos países de acolhimento, nomeadamente ao nível social, estrutural, cultural e linguístico podem constituir-se como fatores de vulnerabilidade em saúde (Dias et al., 2018). Contudo, é importante ressaltar que os imigrantes não são automaticamente vulneráveis a problemas de saúde, a população imigrante é heterogénea e inclui vários subgrupos com diferentes níveis de vulnerabilidade e necessidades em saúde (Dias et al., 2018).

Na sua prática, o enfermeiro de família depara-se com desafios particulares perante cada indivíduo/família, devendo reunir esforços no sentido de desenvolver competências e estratégias que permitam apoiar indivíduos/famílias de forma adequada às suas necessidades e capacidades singulares. Cada indivíduo/ família é única, com práticas, crenças, valores e tradições orientadas por padrões culturais. Os atos, interações e linguagem refletem significados simbólicos influenciados pela cultura (Martín & Martín, 2020). É fundamental perceber que não existe uma realidade única e objetiva, bem como os significados atribuídos, na medida em que refletem perceções, experiências e ações relacionadas com contextos sociais e culturais (Martín & Martín, 2020). A narrativa cultural da família deve sobrepor-se à perspetiva do profissional (Wright & Leahey, 2011).

No âmbito dos cuidados de saúde a imigrantes e com especial foco na saúde familiar, destaca-se, a “pessoalidade” da família relacionada com combinação da sua história, raça, classe social e religião (Wright & Leahey, 2011). O sistema de crenças integrado pela família define a sua identidade e influencia as suas tomadas de decisão, o que, ao nível da saúde, se relaciona com solução de problemas e comportamentos de saúde (Wright & Leahey, 2011; Figueiredo, 2012). O equilíbrio dinâmico da família potencia a harmonia e estabilidade através de forças que impulsionam a mudança, relaciona-se com o sistema de crenças do sistema familiar onde se incluem aspetos relacionados com funções, relações e valores reguladores da interação (Alarcão 2000; Figueiredo, 2012).

Cuidar na diversidade cultural exige sensibilidade e respeito perante as tomadas de decisão sensíveis a crenças e práticas culturais, exige disponibilidade para mudar “filtros étnicos” (Wright & Leahey, 2011).

É importante que o enfermeiro aprofunde o seu conhecimento de culturas diversas e desenvolva capacidade de capacitar cada indivíduo/família/comunidade no seu potencial. A aquisição de competências culturais deve ser percebida como um processo contínuo, em que o enfermeiro se esforça para conseguir trabalhar de forma eficaz dentro do contexto cultural da comunidade (Campinha-Bacote, 2002).

A relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa/família/comunidade é o foco do exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência potenciadora para o entendimento e respeito pelos outros, onde procura abster-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro, em particular o enfermeiro de família, representa um elo de ligação entre o indivíduo/família cuidada, a equipa de saúde e a comunidade, posicionando-se como gestor de cuidados de enfermagem (Ministério da Saúde, 2014). O trabalho com imigrantes pode exigir a mobilização de vários recursos tanto ao nível dos serviços de saúde como da comunidade, no sentido de prestar cuidados culturalmente adequados, reforçando a importância do enfermeiro de família em contextos multiculturais de cuidados pelo seu papel na equipa multidisciplinar.

O cuidado transcultural deve orientar a prática dos enfermeiros, em geral, e em particular dos enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, em que o cliente foco de cuidados é a família e é privilegiada uma abordagem sistémica, integrando-se aspetos relacionados com a sua dinâmica. No cuidado a famílias imigrantes evidencia-se a importância da cultura da família, única e diferente em cada uma, numa interação constante e dinâmica com o meio em que se insere e que influencia e pelo qual é influenciada.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, representa um elemento chave para a saúde das famílias. Orientado para um trabalho colaborativo, o enfermeiro com formação diferenciada em saúde familiar tem especial foco nos pontos fortes da família e está capacitado para a prática sistémica, podendo compreender o sistema familiar de uma forma mais aprofundada e assim intervir de forma mais ajustada e eficaz à individualidade do mesmo. É o profissional de excelência para gerir os cuidados às famílias e intervir em contexto de cuidados de saúde primários no âmbito do domínio da prática clínica com famílias num trabalho interdisciplinar com outros enfermeiros, profissionais e elementos da comunidade.

A perspetiva sistémica permite uma visão apreciativa dos potenciais da família (Alarcão, 2000; Figueiredo, 2012). Considerar a família como unidade de transformação, um sistema entre sistemas, que se auto define e auto-organiza, criando as suas próprias determinações e

finalidades integrando informações que recebe é potenciador de cuidados de qualidade, adaptados à realidade e necessidades da família e indivíduos (Alarcão, 2000).

A criação de um clima de confiança é uma das competências fundamentais no trabalho com indivíduos/famílias. A empatia, o respeito pelas diferenças culturais, hábitos e costumes, potenciam uma interação positiva e uma interpretação menos limitada de atitudes que nos podem parecer desadequadas. Ambientes solidários e seguros, em que as pessoas se sentem seguras e respeitadas na sua individualidade e onde podem explorar questões que as preocupa, maximizam o seu potencial e capitalizam as suas forças (Guttlieb, 2016).

Proporcionar um cuidado culturalmente coerente deve ser uma meta no cuidado a indivíduos/família imigrantes, um cuidado que se pretende humanístico, seguro e significativo para pessoas de diferentes culturas. Neste âmbito surge Enfermagem Transcultural, conceito desenvolvido por Leininger desde os anos 60 potenciador da prestação de cuidados de enfermagem a famílias culturalmente diferenciadas (Brito et al., 2015),

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, centra-se no cuidado baseado na cultura, crenças de saúde e doença, valores e práticas das pessoas/famílias (Martín & Martín, 2020), é uma proposta para compreender as diferenças inerentes às pessoas de diferentes origens culturais face às do enfermeiro (Brito et al., 2015). Nesta linha de pensamento, a saúde é compreendida como um estado percebido ou cognitivo, que, embora universal, também é diversificada, refletindo crenças, valores e práticas de determinada cultura (George, 2000). Já o conceito de cuidado de enfermagem culturalmente congruente definido por Leininger (1991) refere-se a intervenções ajustadas a valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo/grupo/instituição no sentido de proporcionar um atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório.

Compreendendo que enfermagem ultrapassa aspetos instrumentais do cuidado e da sua compreensão intelectual ressalva-se a importância de conhecer a pessoa/família através de uma relação holística. Ir ao encontro da singularidade do indivíduo/família, conhecer todas as suas dimensões, potencia a relação terapêutica e a prestação de cuidados culturalmente congruentes (Coutinho et al., 2018).

A capacitação dos enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes integra-se no desenvolvimento da competência cultural (Brito et al, 2015). A competência cultural implica aceitação e respeito pelas diferentes culturas, exige sensibilidade para compreender a influencia das diferenças na relação enfermeiro-utente e a habilidade para desenvolver estratégias que melhorem os encontros culturais (Martín & Martín, 2020). Mais do que o reconhecimento das diferenças e semelhanças entre as culturas, a

competência cultural enfoca na habilidade para intervir de forma coerente com esse reconhecimento (Martín & Martín, 2020).

Neste contexto surge o modelo do *Processo of Cultural Competence in the delivery of Health Care Services* desenvolvido por Campinha-Bacote (1998), à frente referido como modelo de Campinha-Bacote. Este modelo pode servir como guia para a prática de enfermagem culturalmente congruente, pelo que, no âmbito desta revisão parece do maior interesse analisá-lo.

O modelo de Campinha-Bacote integra as Teorias Transculturais de Enfermagem, das quais Leininger foi precursora (Coutinho et al., 2018). A autora defende que a prestação de cuidados de saúde de qualidade está diretamente relacionada com a competência cultural dos prestadores de cuidados, considerando que conhecer os significados atribuídos aos processos de saúde-doença enquadrados na cultura, experiências e vivências é fundamental (Coutinho et al., 2018).

Campinha-Bacote define competência cultural como “processo onde o prestador de cuidados de saúde se empenha incessantemente de forma a adquirir a habilidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente no contexto cultural do seu cliente” (Coutinho et al., 2018, p.68-69). A competência cultural é considerada neste modelo como um processo contínuo, que nunca acaba, exigindo que o profissional de saúde trabalhe continuamente para desenvolver competências no sentido de prestar cuidados de qualidade no contexto cultural de indivíduo, família ou comunidade (Martín & Martín, 2020).

No modelo de Campinha-Bacote são definidos 5 constructos para o desenvolvimento da competência cultural num processo de sistemática reflexão e autoavaliação: a consciência cultural, o conhecimento cultural, a habilidade cultural, o desejo cultural e os encontros culturais.

“A *consciência cultural* envolve o autoexame intencional e a análise profunda dos vieses, preconceitos, estereótipos, juízos e “ismos” em relação aos indivíduos/famílias/grupos com diferentes culturas” (Coutinho et al., 2018, p.70). Este constructo expressa a noção do impacto da cultura nas diferenças entre o próprio enfermeiro e o outro, numa postura de recetividade para aprender a dimensão cultural que é diferente (Coutinho et al., 2018).

O *conhecimento cultural* é entendido como um processo de procura e obtenção das diferentes visões do mundo nas diferentes culturas, com foco nas crenças em saúde e valores culturais (Coutinho et al., 2018).

A *habilidade cultural* é referente à capacidade de integrar informações culturalmente relevantes na colheita de dados e de desenvolver uma avaliação do ponto de vista da cultura

do outro de maneira culturalmente sensível (Coutinho et al., 2018).

Os *encontros culturais* referem-se ao processo contínuo de interação entre cliente e enfermeiros de diferentes culturas, são atualmente considerados como centrais neste modelo, permitindo potenciar todos os outros constructos (Coutinho et al., 2018). Os encontros culturais permitem avaliar a habilidade cultural, na medida em que podem revelar preconceitos e exigir, numa atitude de reflexão e autoavaliação, o desenvolvimento da consciência cultural pela análise aprofundada desse preconceito/ estereótipo, impulsionando a procura de conhecimento cultural e ao desejo de ser culturalmente competente (Coutinho et al., 2018).

Os encontros culturais mais relevantes são aqueles em que o enfermeiro procura aprender com as experiências e significados atribuídos ao nível da saúde, conseguindo desenvolver uma comunicação efetiva, com recurso a uma linguagem e nível de literacia adequados (Coutinho et al., 2018).

O *desejo cultural* refere-se à motivação dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente competentes e de usar essa experiência no sentido da transformação, aumentando os encontros culturais, o conhecimento cultural, as habilidades culturais e a consciência cultural (Coutinho et al., 2018).

Criar ambientes positivos nos cuidados de enfermagem potencia um trabalho colaborativo entre enfermeiro e indivíduos/famílias, o reconhecimento de que a família é a principal responsável pelo sua saúde e decisões relativamente aos cuidados de saúde deve orientar a práticas dos enfermeiros. O desenvolvimento de uma abordagem na perspetiva do CBC potencia a dinamização de forças existentes bem como o desenvolvimento de novas forças para lidar com os desafios (Gottlieb, 2013).

### **4.3. METODOLOGIA**

A presente revisão scoping (RS) teve início numa concetualização teórica e numa primeira pesquisa através de acessos livres com recurso ao google académico, o que permitiu a definição do problema de investigação.

Seguindo a metodologia científica da Joanna Briggs Institute (JBI), a presente RS teve como ponto de partida a questão de investigação: “Quais são alguns dos fatores promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes?”. A mnemónica PCC utilizada foi: P(população): Enfermeiros de família; C(conceito): Enfermagem transcultural; C(contexto): cuidados de saúde primários

As palavras chave definidas foram: Enfermagem Transcultural; competência cultural; enfermeiros, imigrantes, cuidados de saúde primários.

O objetivo geral estabelecido foi: mapear alguns fatores promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários.

Enumeram-se os objetivos específicos: (1) identificar alguns fatores facilitadores da prática de enfermagem transcultural junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários; (2) identificar algumas barreiras que dificultem a prática de enfermagem transcultural junto de indivíduos/famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde primários.

Posteriormente foram validados termos de pesquisa em plataformas de vocabulário controlado, com base nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), apresentados no quadro 1.

**Quadro 1-Termos e descritores**

<b>Termos</b>	<b>MeSH Terms</b>	<b>DeCS Terms</b>
Enfermagem Transcultural	Transcultural Nursing	Enfermagem Transcultural
Competência cultural	Cultural competency	Competência cultural
Imigrantes	Immigrants	Imigrantes
Cuidados de saúde primários	Primary health care	Atenção primária à saúde

Nesta revisão, aos operadores booleanos (delimitadores) utilizados para realizar combinação dos descritores, foram o “AND” e “OR”. A pesquisa decorreu em setembro e outubro de 2021.

Numa segunda fase de pesquisa foi realizada pesquisa na base de dados EBSCO (<http://web.ebscohost.com>), selecionando as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library, Information Science & Technology Abstracts, e MedicLatina. Foi também consultado o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) através de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém (<https://repositorio.ipsantarem.pt>).

Por forma a obter o maior número de artigos que fossem ao encontro dos objetivos do estudo foi realizada também pesquisa no site Observatório Migrações (OM) onde é possível aceder publicações científicas da *Revista Migrações*, entre outras fontes, sobre as temáticas Migrações, Integração de Imigrantes, e Diálogo Intercultural.

Na base de dados EbSCO a combinação de descritores foi Transcultural Nursing [TI Título] OR Cultural Competency [TI Título] AND Primary Health Care [All Fields] os limitadores determinados foram: “Texto completo PDF” e “Humano”.

No Repositório Científico do instituto politécnico de santarém foram realizadas duas pesquisas na Escola Superior de Saúde com o descritor “enfermagem transcultural”, a primeira com palavra “cuidado” como filtro e a segunda com a palavra “imigrantes”.

Foi também realizada pesquisa na PubMed, B-on, BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), sem obtenção de resultados novos ou considerados de relevo.

A pesquisa foi no friso cronológico de janeiro de 2015 a junho de 2021 por forma a obter artigos que traduzissem evidencia científica recente.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos são apresentados no quadro seguinte.

**Quadro 2- Critérios de inclusão e exclusão**

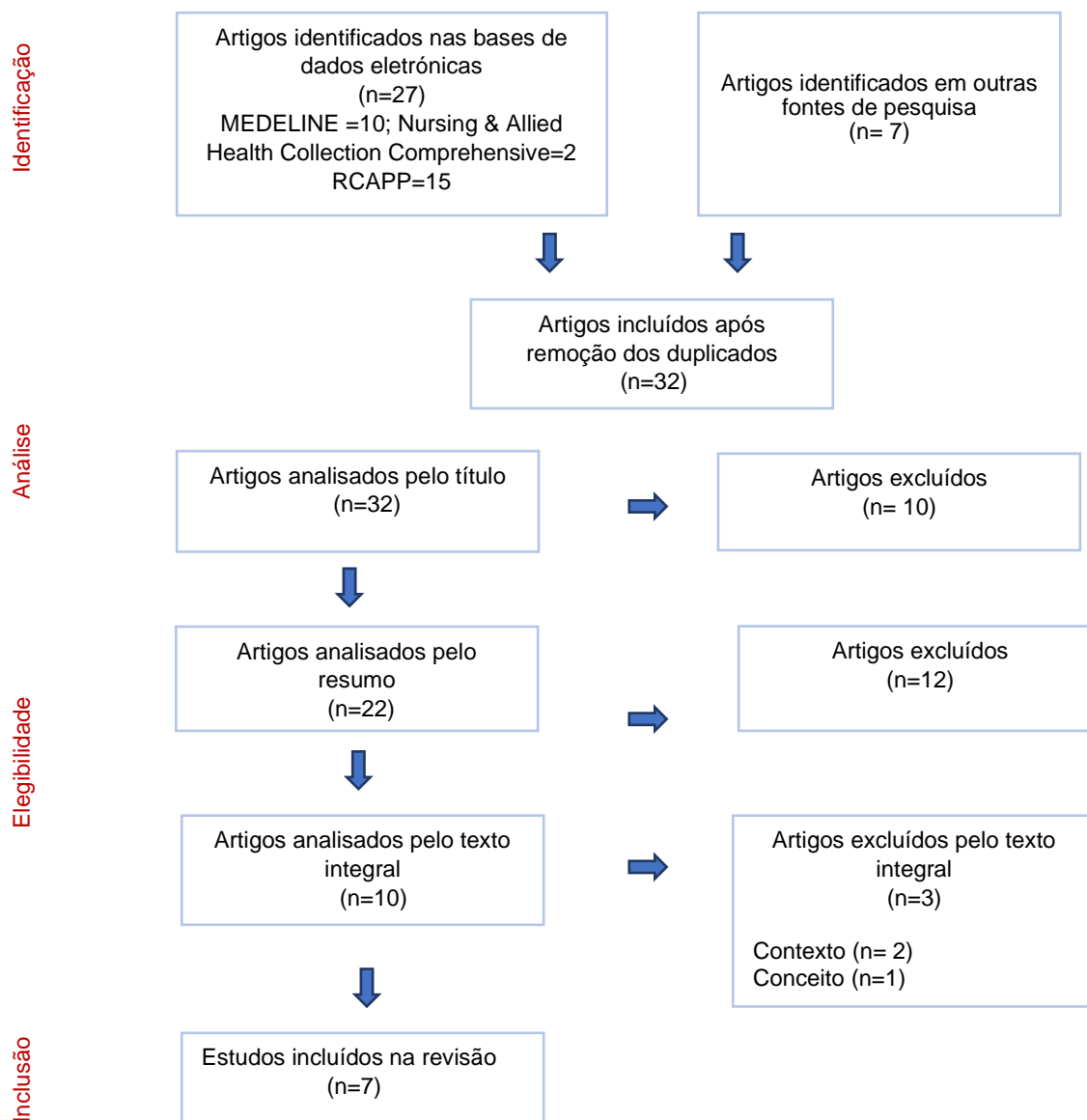
	<b>Critérios inclusão</b>	<b>Critérios exclusão</b>
<b>P(população)</b>	Estudos com enfermeiros de família	Estudos com enfermeiros noutras contextos; Estudo com estudantes de enfermagem
<b>C (conceito)</b>	Com base no conceito de enfermagem transcultural os estudos devem abordar fatores promotores da prática de enfermagem transcultural	Estudos que não abordem fatores promotores da prática de enfermagem transcultural
<b>C (contexto)</b>	Cuidado dirigido a indivíduos//famílias imigrantes em contexto de CSP	Estudos com famílias imigrantes em outro contexto que não CSP; Estudos que não abordem indivíduos/famílias imigrantes
<b>Período</b>	Estudos publicados entre janeiro de 2015 e junho de 2021	Estudos anteriores a 2015
<b>Idiomas</b>	Estudos em português, inglês e espanhol	Estudos noutros idiomas que não português, inglês e espanhol
<b>Outros</b>	Texto completo em PDF ou HTML de acesso livre	Estudos aos quais não se obteve acesso gratuito e integral ao texto
<b>Tipo de estudo</b>	Estudos de natureza quantitativa ou qualitativa e protocolos de estudo	

#### 4.4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os artigos selecionados foram avaliados por uma investigadora, procedeu-se à análise dos artigos cumprindo critérios de inclusão previamente definidos com vista a dar resposta à questão de investigação e objetivos definidos, processo de identificação e inclusão dos estudos apresentado na figura 1- fluxograma PRISMA.

Relativamente à estratégia de pesquisa aplicada nas bases de dados científicas da *EBCSOhost* foram identificados 10 artigos nas bases de dados MEDLINE Complete e 2 na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. No RCAPP, através de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém, com o filtro “cuidados”, foram identificados 11 registos e com o filtro “imigrantes” 4 registos. Através do *site* do Observatório de Migrações foram identificados 7 artigos. 2 dos quais repetidos. Em seguida foi realizada leitura do título

dos 32 artigos, excluindo-se 10. Posteriormente procedeu-se à leitura dos resumos, excluindo-se 12 artigos. 3 dos registos não tinham acesso livre a texto integral, tendo sido excluídos. Da leitura integral dos 10 artigos em análise, foram seleccionados 7 por cumprirem critérios de inclusão pré-estabelecidos.



**Figura 1- Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de estudos**

Dando seguimento às orientações do JBI apresenta-se agora a extração de dados dos artigos seleccionados e a sua análise. No quadro 3 são apresentados dados relativos aos estudos seleccionados: autore(s), ano de publicação, país de origem, desenho de estudo, população alvo e objetivo(s) de cada estudo. Posteriormente é apresentado um sumário descritivo de

cada artigo onde será explicado o método de investigação e os resultados no âmbito da questão de investigação e objetivos desta RS.

Posteriormente é apresentada a discussão de resultados no sentido de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos, bem como identificar lacunas de conhecimento, com objetivo de contribuir para futuras investigações nomeadamente através de novas revisões sistemáticas e estudos primários.

Baseado no Protocolo da JBI, Amendoeira (2021) sugere a avaliação da qualidade dos artigos/estudos incluídos, como uma etapa essencial da RS, embora ressalve que esta “pode não ser realizada” (Amendoeira, 2021, p.13; The Joanna Briggs Institute, 2020).

**Quadro 3 – Identificação dos estudos incluídos e desenho de estudo**

	<b>Título autor(es), (ano), país</b>	<b>Desenho de estudo</b>	<b>População</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Estudo 1 (E1)</b>	“Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural” Martín, S. & Martín, S. (2020) Espanha	Revisão narrativa da literatura	Enfermeiros	Desenvolver uma reflexão crítica e prática sobre a competência cultural em contexto de serviços de saúde, analisando-a na perspetiva da enfermagem transcultural
<b>Estudo 2 (E2)</b>	“Analysis of Publications in Turkey Addressing on Transcultural Nursing” Gumus, K. & Dogan, N. (2018) Turquia	Revisão sistemática da Literatura	Enfermeiros	Investigar publicações relativas à Turquia sobre enfermagem transcultural em relação ao método e conteúdo
<b>Estudo 3 (E3)</b>	“Constrangimentos nos contextos de cuidados de saúde: entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e imigrantes” Reis, A (2015) Portugal	Revisão narrativa da literatura	Profissionais de saúde (incluindo enfermeiros), mediadores interculturais e imigrantes	“Caraterizar constrangimentos nos contextos de cuidados de saúde – entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e imigrantes.” Reis, Alcinda (2015) p.1
<b>Estudo 4 (E4)</b>	“Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes” Brito,A. Vicente, B, Reis,A. & Amentodeira, J. (2015) Portugal	Revisão sistemática da Literatura	Enfermeiros	“Caracterizar a evidência científica obtida sobre o processo de comunicação nas intervenções de enfermagem com imigrantes em cuidados de saúde primários” (Brito et al, 2015, p.75)

<b>Estudo 5 (E5)</b>	<p>“Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes”</p> <p>Dias,S., Gama, A., Silva,A., Cargaleiro, H., Horta,R.,Lemos,L., Martins,M. (2018) Portugal</p> <p><b>E5a-</b> “Estudo quantitativo com profissionais de saúde”</p>	<p>5a- estudo quantitativo do tipo descritivo, observacional e transversal</p>	<p>Profissionais de saúde (incluindo enfermeiros), e imigrantes</p> <p>5a-320 profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa a Vela do Tejo</p>	<p>“...explorar as atitudes e representações face à saúde, doença, acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, tanto na perspetiva destas comunidades como dos profissionais que exercem funções nos centros de saúde.” (Dias,S. et al., 2018, p. 23-24)</p> <p>5a- “...identificar as perceções dos profissionais de saúde face a saúde, doença, acesso e utilização dos serviços de saúde dos imigrantes em Portugal, bem como descrever os fatores que condicionam o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes na perspetiva destes profissionais.” (Dias, et al., 2018, p. 75)</p>
	<p><b>E5b-</b> “Estudo qualitativo com imigrantes e profissionais de saúde”</p>	<p>5b- Estudo qualitativo</p>	<p>5b-20 imigrantes e 32 profissionais de saúde</p>	<p>5b- “...aprofundar o conhecimento das perceções, atitudes e representações das comunidades imigrantes e dos profissionais de saúde sobre saúde, doença, acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes, bem como dos fatores que condicionam o seu acesso e utilização destes serviços.” (Dias et al., 2018, p. 101)</p>
<b>Estudo 6 (E6)</b>	<p>“A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva”</p> <p>Coutinho, E., Rodrigues, E, Carvalho, E. &amp; Parreira,V. (2018) Portugal</p>	<p>Revisão narrativa da Literatura</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>“Compreender o cuidado culturalmente congruente, centrado no modelo de competência cultural de Campinha-Bacote e guiado pelos princípios da mediação intercultural preventiva.” (Coutinho et al., 2018, p.66)</p>
<b>Estudo 7 (E7)</b>	<p>“Interculturalidade em saúde: tomando consciência de si”</p> <p>Rainha, L.; Pinto, M. &amp; Madeira, A. (2018) Portugal</p>	<p>Revisão Narrativa da Literatura</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Refletir sobre a utilização da estratégia VaKE na qualidade da assistência em saúde a pessoas de outras culturas/valores.</p>

O E1, desenvolvido por Martín & Martín (2020), explora questões relacionadas com a preparação dos profissionais no cuidado cultural; curriculum de enfermagem- no âmbito de aspetos culturais do cuidado e ferramentas; e estratégias que podem ser utilizadas nos serviços de saúde na perspetiva de enfermagem transcultural.

Neste estudo foi evidenciada a importância do desenvolvimento da competência cultural para a enfermagem transcultural, refletindo sobre a importância da consciência social e cultural nos cuidados de saúde (Martín & Martín, 2020).

A consciência social é referida neste estudo como a capacidade de indivíduos, grupos e organizações estarem conscientes e perceberem realidades circundantes, considerado, neste estudo, como o primeiro passo para alterar estruturas de discriminação exercidas em determinados grupos.

Em relação às barreiras para enfermagem transcultural, foram associadas a fatores relacionados com os profissionais, indivíduos e comunidade. As barreiras identificadas foram: barreira cultural; barreira linguística de informação; barreira sociodemográfica, económica, administrativa e legal (Martín & Martín, 2020).

As estratégias descritas neste estudo para a implementação de enfermagem transcultural foram: incorporação de mediadores culturais; elaboração de guias de saúde em diferentes idiomas; criação de espaços de diálogo com associações de imigrantes; formação dos enfermeiros em interculturalidade (Martín & Martín, 2020).

O E2, desenvolvido por Gumus & Dogan (2018), é uma revisão sistemática da literatura referente ao período de 1999 a 2017 com as palavras chave “transcultural nursing”, “cross cultural nursing”, “cultural health care” e “nursing in diferente cultures” realizada a nível nacional (Turquia) e internacional. Os autores analisaram um total de 45 artigos, um qualitativo e os restantes descritivos com o objetivo de explorar enfermagem transcultural a nível de conteúdo e método (Gumus & Dogan, 2018).

Neste estudo foi evidenciada importância da aceitação dos serviços por parte dos indivíduos. A prática da enfermagem transcultural é considerada neste estudo como responsabilidade profissional e moral dos enfermeiros (Gumus & Dogan, 2018).

No estudo em análise foram identificadas as barreiras: linguagem, crenças religiosas, perceção de higiene pessoal e práticas tradicionais relacionadas com a saúde (Gumus & Dogan, 2018). Os autores verificaram não existir nenhum modelo/guia orientador para a prática transcultural na Turquia, nomeadamente a nível da avaliação, reconhecendo a necessidade do seu desenvolvimento com base em modelos de enfermagem transcultural por forma a desenvolver eficientemente a avaliação cultural.

No E3, Reis (2015) reflete sobre constrangimentos entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e imigrantes em Portugal, tanto a nível de Cuidados de Saúde Primários como Cuidados Hospitalares, focando-se na prática dos enfermeiros. Explora três áreas:

“multiculturalidade nos contextos de cuidados de saúde”; “os enfermeiros e os contextos multiculturais de cuidados” e “o que acontece nos encontros com imigrantes”.

As estratégias apresentadas neste estudo evidenciam a importância da articulação entre diferentes profissionais para dar resposta às necessidades dos imigrantes, com a criação de unidades de saúde culturalmente recetivas onde a integração de mediadores interculturais é considerada fundamental.

Neste estudo foram identificadas as barreiras cultural, religiosa e linguística bem como o etnocentrismo e a subvalorização das necessidades dos imigrantes por parte dos profissionais (Reis A. , 2015).

No E4 os autores formularam a questão de investigação “Como se caracteriza o processo de comunicação que os enfermeiros estabelecem com imigrantes nas intervenções de enfermagem em cuidados de saúde primários?” e definiram como palavras chave: “competência cultural”; “Imigrantes”; “Intervenções de Enfermagem” e “Comunicação” (Brito et al., 2015). A pesquisa foi referente ao período entre janeiro de 2010 e junho de 2015.

No E4 o foco incide sobre a importância da comunicação em contextos multiculturais. Neste estudo é apresentada a estratégia de mobilização de promotores de saúde, referindo-se a mulheres cabo-verdianas na comunidade, como recurso para o cuidado com imigrantes. O recurso a promotores de saúde foi considerado como facilitador no processo de comunicação enfermeiro-imigrante, contribuindo para diminuir o risco de choques culturais (Brito et al., 2015).

O E5 é um projeto de investigação que visa analisar o impacto de fatores relacionados com profissionais de saúde, imigrantes e serviços de saúde no acesso e utilização de serviços públicos (Dias et al., 2018). No âmbito deste projeto foram desenvolvidos três estudos ao nível dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo. Dois estudos quantitativos, com recurso a um inquérito por questionário a imigrantes residentes em Portugal, e a profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos) dos serviços e um estudo qualitativo, em que foram desenvolvidos grupos focais com imigrantes e profissionais de saúde.

No âmbito dos objetivos desta RS foram selecionados dois estudos do projeto suprarreferido, o estudo quantitativo com os profissionais de saúde (E5a) e o estudo qualitativo com imigrantes e profissionais de saúde (E5b).

No E5a foram aplicados dois questionários entre outubro de 2008 e fevereiro de 2009, um direcionado para médicos e enfermeiros e outro para administrativos. Os questionários incluíram questões relacionadas com:

“características sociodemográficas; experiência de emigração e imigração; experiência profissional; atitudes e representações face à imigração, à saúde e prestação de cuidados a imigrantes; percepção do estado de saúde, práticas de saúde e doença dos imigrantes; percepção sobre o perfil sociodemográfico do utente imigrante; percepção e autoavaliação dos conhecimentos e competências para lidar com utentes imigrantes; percepção e atitudes dos profissionais de saúde sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes; percepção dos fatores que condicionam o acesso e utilização” (Dias et al., 2018, p.78).

No estudo 5b foram organizados dois grupos focais entre março e abril de 2010 com amostras intencionais constituídas por 20 imigrantes e 32 profissionais de saúde.

Em relação aos grupos de profissionais de saúde foram avaliadas as dimensões: “conhecimentos e competências para lidar com os imigrantes, atitudes e representações face à migração, saúde e doença dos imigrantes, acesso e utilização dos serviços de saúde e propostas para melhorar o seu acesso e utilização.” (Dias et al, 2018, p.126).

O projeto utiliza o conceito “imigrante” de IOM (2004) - “qualquer pessoa que não nasceu em Portugal e que imigrou com fins de instalação no país” (Dias et al, 2018, p.102).

No estudo 5b os fatores facilitadores identificados pelos participantes foram: conhecimentos específicos no âmbito da imigração, conhecimento de outras línguas, maior investimento por parte do estado na integração de imigrantes.

A generalidade dos profissionais de saúde neste projeto identificou um conjunto de barreiras associadas à utilização dos serviços de saúde, relacionadas com os imigrantes, profissionais de saúde e serviços.

Associadas a utilização de serviços foram identificadas como barreiras na perspetiva dos profissionais de saúde: ausência de intérpretes, situação administrativa, sociocultural, barreiras linguísticas (idioma, linguagem científica), barreiras económicas, legislativas e estruturais, (Dias et al,2018).

Associadas aos imigrantes: desconhecimento sobre direitos, estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, medo de denúncia face a situações de irregularidade, mudança frequente de residência, falta de recursos económicos, tempo de permanência em Portugal, mitos, crenças, tabus, tradições religiosas e culturais (Dias et al,2018).

Associadas aos profissionais: desconhecimento da legislação relativa ao acesso a cuidados de saúde; atitudes dos profissionais associadas a estereótipos e preconceitos, limitadas competências sociais e culturais, falta de sensibilidade para diferenças culturais,

desconhecimento das práticas culturais e religiosas dos imigrantes); desconhecimento dos planos de vacinação dos países de origem e aplicação do plano de vacinação português (barreira referida pelos enfermeiros) (Dias et al,2018).

Os autores do projeto identificam também como barreiras: desconhecimento dos profissionais sobre recursos disponíveis na área da mediação intercultural.

No estudo 5a, a maioria dos profissionais considera ter conhecimentos e competências para trabalhar com imigrantes como razoáveis (64,2%). Mais de metade dos inquiridos refere ter conhecimentos razoáveis em relação a legislação relativa a acesso dos imigrantes a serviços de saúde e um terço refere desconhecer. A grande maioria refere como importante a aquisição de conhecimentos na área.

De acordo com o mesmo estudo, as fontes de conhecimento sobre saúde imigração mais referidas foram: experiência profissional (88,5%), colegas (84,3%), contatos com imigrantes (73,9%) e meios de comunicação social (56%). Livros técnicos da área de investigação e formações académicas foram menos referidas 22,2% e 24,1% respetivamente.

Neste estudo, 90,9% dos profissionais refere não desenvolver atividades específicas para imigrantes e a maioria (69,4%) refere discordar que os imigrantes não recebem esclarecimentos, cuidados e tratamentos específicos que necessitam.

De acordo com o mesmo estudo: 39,5% dos participantes concorda que o aumento de imigrantes em Portugal representa uma ameaça para o país; 40,2% dos participantes discorda que os imigrantes desrespeitam as normas dos serviços; uma parte significativa dos administrativos concorda que os imigrantes são reivindicativos (49,1%); 60,2% dos administrativos, 53,3% dos médicos e 36,4% dos enfermeiros concorda que os imigrantes são considerados difíceis, agressivos e perigosos; 48,6% dos administrativos concorda que os imigrantes abusam das regalias sociais; 45% dos administrativos concorda que os imigrantes exageram os problemas, enquanto 46,7% dos enfermeiros discorda.

Neste estudo a maioria dos participantes (64,3%) reconhece que o acolhimento de imigrantes valoriza as sociedades. O impacto da integração dos imigrantes no seu estado de saúde é reconhecido por 68,5% dos participantes (Dias et al, 2018).

Enfermeiros e administrativos associam a vulnerabilidade em saúde dos imigrantes, condições socioeconómicas precárias e situações de exclusão social, reconhecendo que não são um grupo homogéneo (Dias et al, 2018).

Em relação às atitudes e dos profissionais de saúde, os resultados deste projeto revelam que na maioria os profissionais apresentam atitudes positivas face aos imigrantes, contudo,

mostram que uma proporção de profissionais de saúde apresenta atitudes menos positivas em relação aos imigrantes. Os enfermeiros foram o grupo profissional que mais importância atribuiu às competências sociais e culturais dos profissionais de saúde no cuidado a imigrantes (Dias et al, 2018).

Em relação a estratégias, no estudo 5a, a maioria dos enfermeiros refere que perante dificuldades de compreensão dos imigrantes recorrem a um colega (38,1% às vezes; 56,2% sempre), pedido de colaboração de familiar ou amigo (35,5% às vezes; 60% sempre). 91,5% dos enfermeiros refere nunca recorrer a interprete oficial (Dias et al, 2018).

Ao nível dos serviços e profissionais de saúde os autores apresentam várias sugestões de intervenção, nomeadamente: “difusão abrangente de orientações técnicas relacionadas com o acesso dos cidadãos estrangeiros ao Serviço Nacional de Saúde e o seu atendimento”; “realização de ações de formação e sessões de informação (...) dirigidas aos responsáveis das várias áreas profissionais dos serviços de saúde”; “realização de ações de formação continuada para o desenvolvimento de conhecimentos e competências” dos profissionais de saúde; “...promoção da cooperação entre profissionais de saúde e a criação de equipas multidisciplinares...”; “Integração de mediadores socioculturais nos serviços de saúde...”; “Reforço da relação de proximidade com a comunidade...” (Dias et al., 2018, p.164-166).

O E6 foi motivado por uma situação da prática do enfermeiro, uma primeira consulta de enfermagem no âmbito da vigilância da gravidez a uma grávida imigrante de 28 semanas em que o enfermeiro se questiona sobre o porquê da procura tão tardia dos serviços de saúde. Os autores exploram a situação com base no modelo de competência cultural de Campinha-Bacote com recurso às questões ASKED deste modelo e tendo como eixo estruturante a mediação intercultural preventiva (Coutinho et al., 2018).

Os autores do estudo em análise concluem que o recurso a modelos de competência cultural representa uma mais-valia para cuidar de casais grávidos em situação migratória. Neste estudo é defendido que a mediação intercultural preventiva seja contemplada na formação em enfermagem. No âmbito da saúde familiar é reforçada a importância do trabalho na diversidade cultural ao nível da família e indivíduos.

O E7, desenvolvido por Rainha, Pinto & Madeira (2018) explora a estratégia Values and Knowledge Education (VaKE) no âmbito da prática dos enfermeiros com pessoas culturalmente diferentes, reconhecendo-a como uma estratégia para a prática de enfermagem com ganhos ao nível da assistência em saúde a pessoas de outras culturas e/ou com valores diferentes do enfermeiro.

#### 4.5. DISCUSSÃO

Na prestação de cuidados culturalmente sensíveis a imigrantes, alguns fatores facilitadores evidenciados foram: atitudes positivas dos profissionais; visão positiva da migração como fenómeno enriquecedor para as sociedades; existência de unidades de saúde culturalmente recetivas associada à integração de mediadores interculturais nas equipas, sensibilização sobre a prática dos mediadores interculturais e formação diferenciada dos vários grupos de profissionais.

Relativamente às barreiras para o cuidado transcultural evidenciaram-se nomeadamente: barreira linguística, barreira cultural, atitudes discriminatórias, postura etnocêntrica dos profissionais, visão negativa de imigração e competências limitadas dos profissionais. Foram também referidas a barreira sociodemográfica, económica, administrativa e legal.

O recurso a modelos de competência cultural pode representar uma mais valia no trabalho com indivíduos/famílias (Coutinho et al., 2018). A mobilização do modelo de Campinha-Bacote, baseado no paradigma de Leininger e desenvolvido na fundamentação teórica desta RS, pode guiar os enfermeiros no sentido da prestação de cuidados culturalmente congruentes (Martín & Martín, 2020), podendo representar uma estratégia para o cuidado de enfermagem transcultural. Não obstante, existem poucos estudos referentes à sua aplicação na prática clínica dos enfermeiros de família, sendo que seria necessário o desenvolvimento de estudos neste sentido.

Para Campinha- Bacote (2011), para ser culturalmente competente o profissional de saúde deve manter uma atitude de sistemática reflexão e autoavaliação, reconhecendo o processo de competência cultural como processo e não como evento (Parreira et al., 2018). As intervenções de enfermagem com base na autoavaliação de competências potenciam o cuidado culturalmente competente, impulsionando a análise de atitudes, valores e convicções que influenciam a prática, permitindo o desenvolvimento de habilidades essenciais para o cuidado de enfermagem transcultural (Parreira et al., 2018).

A mnemónica “ASKED” (Consciência, Habilidade, Conhecimento, Encontros e Desejo), esquematizada na figura 2, apresentada no modelo de Campinha- Bacote, pode ser uma estratégia para o enfermeiro de família na busca da prestação de cuidados congruentes com valores culturais, esta ferramenta propõe questões potenciadoras de reflexão e autoavaliação. As questões refletem os cinco constructos, explorados na fundamentação teórica desta RS, sobre os quais o modelo defende que se deve desenvolver a competência cultural: consciência cultural, habilidade cultural, conhecimento cultural, encontros culturais e desejo cultural de cada um (Parreira et al., 2018).

<b>Cultural competence in Healthcare Delivery: Have we ASKED the right questions?</b>	
<i>Awareness</i> (consciência)	Are you aware of your biases and the presence of isms?
<i>Skill</i> (habilidade)	Do you know how to conduct a cultural assessment, in a sensitive manner?
<i>Knowledge</i> (conhecimento)	Do you know about different cultures worldview and the field of biocultural ecology?
<i>Encounters</i> (encontros)	Do you have sacred encounters with people from cultures different than yours and are you committed to resolving cross-cultural conflicts?
<i>Desire</i> (desejo)	Do you want to become culturally competent?

**Figura 2 - Mnemónica ASKED**

**Fonte: Rainha, Pinto, & Madeira, 2018**

A consciência cultural, um dos cinco constructos defendidos neste modelo, envolve uma atitude de autoconhecimento por parte do enfermeiro. No E7 é apresentada a ferramenta VaKE, uma ferramenta construtivista que potencia a tomada de consciência de valores pessoais e o autoconhecimento, contribuindo para a superação de barreiras culturais e potenciando relações interpessoais positivas, especialmente no cuidado de pessoas com diferentes culturas (Rainha et al.,2018).

VaKE tem como objetivo que os profissionais discutam dilemas com base nos próprios valores e conhecimentos integrando valores, opiniões e conhecimentos de outros (Rainha et al. ,2018). A discussão é organizada em etapas. Após reflexão e discussão de um dilema, de forma individual ou em pequenos grupos, é realizada a reflexão e discussão sobre o mesmo num grupo mais alargado e é identificada a falta de informação relacionada com o dilema discutido, o que leva ao passo seguinte: a colheita de informação (Rainha et al. ,2018).

Depois de recolhida informação acontece uma segunda discussão, produzindo-se uma nova perspetiva, a perspetiva final que engloba todas as opiniões, valores, experiências e conhecimentos anteriores refletindo uma opinião global (Rainha et al. ,2018).

O recurso à estratégia VaKE pode assim facilitar a compreensão de diferentes perceções de valores, a discussão de diferentes soluções e perceções entre profissionais bem como a compreensão do que foi aprendido e a sua aplicação em situações futuras (Rainha et al. ,2018), contribuindo para o desenvolvimento da competência cultural. A mobilização da ferramenta VaKE pode assim representar uma potencial estratégia para a prática de enfermagem transcultural, sendo, contudo, importante o desenvolvimento de estudos que permitam perceber a sua aplicabilidade e eficácia em contexto específico de cuidados, nomeadamente em contextos de cuidados de saúde primários (USF e UCSP).

A consciência cultural envolve também a receptividade para aprender a dimensão cultural que é diferente (Coutinho et al, 2018). Destaca-se a este nível a importância da consciência do impacto da cultura na saúde e nos cuidados a indivíduos/famílias imigrantes pelos enfermeiros de família associada ao desenvolvimento da competência cultural.

Estar consciente do impacto da competência cultural na relação terapêutica é fundamental para o cuidado de enfermagem transcultural (Martín & Martín, 2020). No mesmo sentido é também fundamental reconhecer as principais funções da cultura, homogeneizar comportamentos e reconhecer que cada indivíduo/família representa um informador cultural (Coutinho et al., 2018).

Cabe ao enfermeiro assumir o compromisso de tomar consciência e aceitar as diferenças culturais e valores de cada um, enfatizando a importância de evitar estereótipos e preconceitos para conseguir uma relação efetiva (Martín & Martín, 2020; Brito et al, 2015).

O desenvolvimento da habilidade cultural, outro dos construtos do modelo de Campinha-Bacote, potencia a avaliação dos problemas apresentados pelos indivíduos/famílias com foco na sua cultura e de forma culturalmente sensível (Parreira et al., 2018). Para um planeamento e prestação de cuidados culturalmente congruentes a indivíduos/famílias imigrantes é essencial colher dados culturalmente enquadrados, prevenindo riscos associados a diferentes perceções de saúde e doença (Reis, 2015).

Neste sentido, a mobilização de instrumentos de avaliação que permitam aos enfermeiros de família desenvolver uma avaliação cultural, não esquecendo a singularidade dos indivíduos/famílias, pode representar uma estratégia eficaz na prestação de cuidados a imigrantes (Gumus & Dogan, 2018). Nesta avaliação devem ser contemplados aspetos como desafios de comunicação, papéis familiares e sociais bem como práticas de saúde e doença (Gumus & Dogan, 2018).

O Modelo de Avaliação de Calgary de Avaliação da família defende que a narrativa cultural da família e a compreensão de como é co construída e desconstruída é fundamental no momento da avaliação familiar, devendo sobrepor-se à “perspetiva do observador” (Wright & Leahey,2011). As categorias avaliadas neste modelo contemplam, ao nível da avaliação estrutural de contexto, a avaliação das subcategorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey,2011).

Não obstante, a avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary, permite a avaliação do histórico familiar e potencia uma visão sistémica da família, essencial na perceção das suas forças e recursos. Este modelo de avaliação pode assim potenciar uma avaliação

sistematizada e centrada na cultura de famílias imigrantes, não descorando as restantes categorias e subcategorias incluídas.

A avaliação familiar a imigrantes deve ter em consideração determinantes específicos como: motivo de imigração, adaptação ao país de acolhimento (ambiente físico, alimentação hábitos e estilos de vida e vestuário) e sentimentos associados a discriminação pela sociedade de acolhimento (Coutinho, 2012) bem como a manutenção ou não da estrutura familiar, valores étnicos e religiosos e acesso a práticas tradicionais relacionadas com a saúde (Ramos, 2008; Coutinho, 2012).

A fase de transição vivida pelos imigrantes quando entram num novo país, coloca em destaque fatores situacionais. Neste âmbito é importante avaliar também fatores como condições irregulares a nível judicial, precariedade; rendimento pessoal e familiar; compromissos económicos com pessoas no país de origem; condições de trabalho e habitacionais precárias; desempenho escolar; estratégias e expectativas relacionadas com projeto migratório (Romero, 2001).

Os encontros culturais, constructo central do modelo de Campinha-Bacote, referem-se aos momentos de interação entre enfermeiros e indivíduos/famílias, influenciando diretamente a qualidade de cuidados. A existência de um canal de comunicação eficaz é central no processo de interação, fundamental para cuidados de qualidade e seguros (Brito et al, 2015).

Na prestação de cuidados de culturalmente congruentes a imigrantes, as barreiras mais referidas nos estudos em análise relacionam-se como processo de comunicação, nomeadamente a barreira linguística e a barreira cultural (E1, E2, E3, E5, E6, E7).

A comunicação intercultural relaciona-se com processos de interação verbais e não-verbais entre pessoas de culturas diferentes (Coutinho et al., 2018). As dificuldades comunicacionais em saúde podem relacionar-se tanto com barreiras linguísticas- relacionadas com diferenças de idiomas e níveis de linguagem; como com barreiras culturais- associadas a falta de conhecimento e de respeito face às representações e crenças de saúde e doença do indivíduo/família e à forma como interage nos contextos sociais, espirituais, culturais e comunitários (Coutinho et al., 2018).

A barreira linguística representa uma dificuldade importante na prática dos enfermeiros de família (E1, E2, E3, E5, E6), esta barreira pode dificultar o cuidado junto de indivíduos/famílias imigrantes nomeadamente no processo de obtenção de dados e no âmbito da educação para a saúde. Também a transmissão de necessidades em saúde pelos indivíduos/famílias imigrantes e a transmissão de informação pelos profissionais de saúde podem estar inibidas.

A segurança e qualidade dos cuidados pode assim ser afetada pela barreira linguística, pelo que é essencial encontrar estratégias válidas para a ultrapassar.

A mobilização de famílias como tradutoras no processo de cuidados, é referida pelos profissionais no estudo 5a como estratégia frequentemente utilizada perante a barreira linguística relacionada com idioma, o que pode configurar situações de insegurança relacionadas com vínculos emocionais e interpretações distintas da mensagem relacionadas com desconhecimento de conceitos e linguagem técnica (Reis,2015), e assim causar mal-entendidos, aumentando a probabilidade de erros de diagnóstico e tratamento.

A mobilização de mediadores interculturais foi referida em vários estudos como estratégia para o cuidado culturalmente sensível (E1, E3, E5 e E6), podendo ajudar a ultrapassar barreiras relacionadas com diferenças linguísticas e culturais.

O objetivo da mediação intercultural relaciona-se com a gestão positiva e preventiva da diversidade (Coutinho et al., 2018) potenciando cuidados culturalmente adaptados às necessidades dos imigrantes.

O mediador intercultural intervém no sentido da aprendizagem e desenvolvimento da convivência, do reconhecimento do outro e aproximação entre partes, da comunicação e compreensão mútuas, da regulação do conflito e adequação institucional (Reis,2015). Estes profissionais funcionarão como facilitadores para a prestação de cuidados culturalmente congruentes, nomeadamente através da obtenção de dados fundamentais como idioma, etnia e religião, rede de suporte formal e informal, crenças saúde-doença, questões de género e papéis familiares (Reis,2015).

Na sua prática, o enfermeiro de família ao deparar-se com barreiras linguísticas e culturais no cuidado a indivíduos/famílias imigrantes, deve avaliar a necessidade de mobilização de mediadores interculturais. A mobilização de mediadores interculturais pode ser feita em qualquer momento da interação, nomeadamente durante a anamnese, permitindo avaliar fatores pessoais, situacionais e culturais e no planeamento de cuidados, permitindo negociar e reenquadrar os cuidados propostos no contexto sócio cultural do indivíduo/família (Coutinho, et al.,2018).

O Plano Estratégico para as Migrações do Alto Comissário para as Migrações prevê reforços ao nível da formação e integração de mediadores interculturais e a promoção de cursos para os profissionais da Função Pública (Alto Comissário para Migrações, I.P., 2015).

A mobilização de mediadores interculturais pode ser uma ferramenta chave para o cuidado culturalmente congruente, contudo não se deve presumir que estes profissionais sejam “especialistas” na etnia de uma família em específico, sendo sempre essencial a consciência

de que não estamos na posse total da “verdade” e de que impera o trabalho colaborativo com a família na prestação de cuidados (Wright & Leahey, 2011).

Embora a evidência demonstre as vantagens da mobilização de mediadores interculturais nos serviços de saúde e se perceba a evolução positiva que as políticas de acolhimento e integração de imigrantes têm registado, de acordo com E5, esta é uma estratégia raramente utilizada pelos profissionais de saúde, o que pode representar uma barreira para a cuidado culturalmente congruente e uma oportunidade de melhoria significativa no cuidado a indivíduos/famílias imigrantes. O desenvolvimento de mais estudos nesta área poderia ser importante para perceber este fenómeno bem como evidenciar a eficácia e praticidade da estratégia.

Neste âmbito, a inclusão de mediadores interculturais nas equipas multidisciplinares surge como estratégia organizacional, representando um fator facilitador para cuidados culturalmente congruentes (Reis, 2015). Difundir as competências dos mediadores culturais e investir na formação e sensibilização contínua dos profissionais para a importância do cuidado transcultural podem ser fatores facilitadores para uma mobilização de mediadores interculturais mais eficaz (Dias et al, 2018).

A mobilização de promotores de saúde, entendendo-se por promotores de saúde, pessoas com a mesma origem cultural das pessoas cuidadas, foi também identificada como estratégia facilitadora para o processo de comunicação entre enfermeiros e imigrantes (Brito et al, 2015). Foi encontrado apenas um estudo com referência a esta estratégia, pelo que é importante o desenvolvimento de mais investigação sobre a sua implementação e resultados.

A utilização consciente de técnicas de comunicação é proposta como estratégias no âmbito da capacitação dos profissionais de saúde na diversidade cultural (Dias et al, 2015). Assim, a consciência da complexidade do processo comunicacional bem como do impacto da cultura no mesmo é fundamental para o cuidado de enfermagem transcultural.

No âmbito da comunicação é sugerida no E1 a elaboração de guias de saúde em diferentes idiomas. Esta estratégia pode representar uma oportunidade no sentido de facilitar a transmissão de informação de forma clara a indivíduos/famílias imigrantes. Neste âmbito não foi também encontrada evidência científica, podendo ser uma estratégia melhor explorada através de investigação.

A atitude do enfermeiro pode marcar a mensagem transmitida, influenciando a comunicação não verbal (Wright & Leahey, 2011). Numa visão construtivista, os encontros culturais representam oportunidades para o desenvolvimento da competência cultural, representando esta visão um fator facilitador para o cuidado de enfermagem transcultural.

Os encontros culturais podem assim ser fortemente influenciados pela a atitude dos profissionais. A criação de ambientes solidários e seguros maximizam o potencial dos indivíduos/famílias, num ambiente em que se sentem aceites na sua individualidade e singularidade, sem juízos de valor, facilitando a exploração de questões e necessidades sentidas (Gottlieb, 2016). Uma atitude empática, humilde, que demonstre aceitação e respeito pelas diferenças culturais, disponibilidade para ouvir e perceber o outro são potenciadores de um clima de confiança entre enfermeiros e imigrantes (Martín & Martín, 2020; Gumus & Dogan, 2018; Brito et al,2015) o que por sua vez é promotor da qualidade de cuidados.

Por outro lado, a postura etnocêntrica dos profissionais de saúde, em que os mesmos assumem que apenas as próprias crenças e valores culturais são válidas, é identificada no E3 como barreira nos cuidados a imigrantes, potenciando a subvalorização das suas necessidades específicas (Reis,2015).

Situações de discriminação e estigmatização associadas a pré-conceitos e estereótipos foram descritas no E5. Atitudes negativas dos profissionais podem comprometer o diagnóstico e tratamento dos imigrantes, condicionando os cuidados (Betancourt, Green, Carrillo & Ananeh-Firempong, 2003). Este tipo de atitudes pode refletir a insuficiente capacidade dos profissionais para trabalhar com pessoas culturalmente diferentes (Eshiett & Parry,2003).

O desenvolvimento de mais investigação ao nível das atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros de família, tendo em consideração características socio demográficas de cada população bem como o seu impacto na qualidade de cuidados pode contribuir também para cuidados culturalmente mais congruentes (Dias et al., 2018).

No modelo de Campinha-Bacote, o conhecimento cultural é outro dos constructos para o desenvolvimento da competência cultural, potenciando a compreensão das diferentes visões do mundo (Coutinho et al, 2018).

O estudo 5a conclui que, de uma forma geral, os profissionais de saúde reconhecem como dificuldade para a sua prática, o seu desconhecimento relativo a práticas culturais e religiosas das comunidades imigrantes. Os enfermeiros destacaram-se em relação aos restantes profissionais ao nível da importância atribuída à cultura e às competências culturais e sociais dos profissionais de saúde, o que pode sugerir uma maior sensibilidade para estas questões (Dias et al., 2018).

O desconhecimento de padrões culturais dos imigrantes, das características étnicas e culturais, representa uma barreira para a prática de enfermagem com imigrantes em Portugal (Reis ,2015).

Neste âmbito, a posição de proximidade do enfermeiro de família aos indivíduos/famílias pode ser uma mais valia para conhecer e compreender diferentes visões do mundo.

A promoção de uma relação de proximidade com a comunidade e menos hierarquizada, é referida por alguns profissionais no E5b como uma estratégia potenciadora do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes. O desenvolvimento de competências que permitam conhecer a comunidade, pode potenciar o cuidado transcultural (Brito et al., 2015).

Neste contexto, no E1 é sugerida a criação de espaços de diálogo com associações de imigrantes, reforçando a importância da articulação entre USF/UCSP e os vários serviços de saúde, nomeadamente UCC e USP, e entre serviços de saúde e comunidade. A este nível não foram encontradas evidências relevantes, podendo ser uma área de investigação pertinente.

O investimento na formação académica na área da interculturalidade bem como a procura de evidência científica foram identificados como pouco mobilizados pelos enfermeiros (Dias et al, 2018), o que pode representar uma barreira da prática de enfermagem transcultural.

A eficácia da prática de enfermagem transcultural, em contexto de cuidados de saúde primários, relaciona-se não só com os enfermeiros de família, mas também com os restantes profissionais de saúde.

A aceitação dos serviços por parte dos indivíduos e famílias influencia o seu acesso a serviços de saúde (Gumus & Dogan 2018), sendo que a insuficiente utilização dos serviços de saúde pode traduzir oportunidades perdidas ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde (Dias,2018). O isolamento social e a separação da família limitam a procura de cuidados de saúde (IOM,2020) reforçando a importância de diminuir as barreiras de acesso a cuidados de saúde para o desenvolvimento de enfermagem transcultural.

Faz assim sentido abordar a importância da criação de unidades de saúde culturalmente recetivas (Reis,2015) com profissionais culturalmente capazes de cuidar em contextos de multiculturalidade. Barreiras associadas aos serviços como a falta de tempo associada a falta de recursos humanos pode ter um grande impacto na qualidade de cuidados prestados, sendo fundamental também o investimento nas equipas a este nível.

A subvalorização das necessidades dos imigrantes nas equipas de saúde, associada à não discussão da temática na equipa multidisciplinar é referida com barreira para o cuidado de enfermagem transcultural (Reis, 2015).

Neste sentido, é sugerida a discussão sobre a temática nas reuniões de equipa numa abordagem holística e integrada em saúde associada a um trabalho de cooperação entre profissionais de saúde (Dias et al., 2018).

O enfermeiro de família, pode ampliar as competências, desenvolvendo a competência cultural na prestação de cuidados culturalmente congruentes junto de indivíduos/ famílias imigrantes. Como elemento de uma equipa multidisciplinar pode contribuir nomeadamente através da criação de momentos de discussão, num ambiente de aceitação das diferenças, sem juízos de valor e de respeito pelos indivíduos/famílias culturalmente diferentes (Reis,2015).

No mesmo sentido é importante a formação na área da diversidade cultural com base em evidência científica, com divulgação de orientações técnicas, ações de formação e sessões de informação (Dias et al., 2018). As ações de formação continuada devem ser adequadas a cada grupo profissional por forma a dar uma resposta mais adaptada (Dias et al., 2018).

Os artigos são unânimes no que se refere à importância da formação académica para a capacitação dos estudantes para o cuidado culturalmente sensível, referindo a importância de maior investimento neste âmbito. Neste sentido é sugerida no E2 a integração de enfermagem transcultural nos planos de formação (Gumus & Dogan, 2018).

O desenvolvimento de competências culturais reflete-se em melhores cuidados às famílias imigrantes, representam uma melhoria significativa para a população residente em Portugal, influenciando a saúde dos cidadãos autóctones que convivem com estas pessoas, investir nos profissionais significa assim, um investimento global da saúde comunitária (Reis, 2015).

Do ponto de vista metodológico, parece importante o investimento em estudos que assegurem outro nível de conhecimento, tais como estudos quasi-experimentais, para avaliar o efeito de intervenções de enfermagem na saúde e bem-estar dos indivíduos/famílias imigrantes.

## CONCLUSÃO

A revisão emergiu como uma oportunidade para mapear o conhecimento sobre o cuidado transcultural com o objetivo de gerar propostas que pudessem ser implementadas na prática clínica do enfermeiro especialista em saúde familiar no cuidar de famílias imigrantes.

Ao longo do estudo a motivação foi reforçada pelo apoio das enfermeiras da USF que valorizaram todas as fases do processo, contribuindo para a reflexão em equipa sobre estas práticas, colocando em evidência as principais dificuldades sentidas.

A abordagem a famílias imigrantes, maioritariamente de origem brasileira, indiana e venezuelana, revela-se um desafio permanente para os enfermeiros das unidades funcionais de saúde onde decorreu o Estágio. De forma a responder com evidência à pergunta: *Quais são alguns dos fatores promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes?* Implementou-se uma revisão *scoping*,

Identificaram-se algumas estratégias, descritas sob a forma de fatores facilitadores, nomeadamente: a promoção de atitudes de empatia, humildade, aceitação, respeito, disponibilidade e sensibilidade associada a uma visão positiva da migração como fenómeno enriquecedor para as sociedades por parte dos profissionais; o desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas, com profissionais capacitados para o cuidado na diversidade cultural; o recurso a modelos de competência cultural, nomeadamente o modelo de Campinha-Bacote com recurso a mnemónica “ASKED”; a utilização consciente da comunicação; a mobilização de mediadores interculturais e promotores de saúde; o estabelecimento de uma relação mais próxima com a comunidade; a elaboração de guias de saúde nos diferentes idiomas; o recurso à ferramenta VaKE; a utilização de modelos de avaliação que contemplem a avaliação cultural

Identificaram-se também algumas barreiras, para sua superação importa, nomeadamente: o controlo da barreira linguística, cultural, de atitudes discriminatórias associadas a pré-conceitos e estereótipos, da postura etnocêntrica dos profissionais e competências limitadas dos profissionais e também a dotação adequada de profissionais nos serviços.

O acervo desta investigação, nomeadamente para compreender alguns fatores facilitadores e barreiras para a prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família no cuidado a imigrantes pode contribuir para práticas culturalmente congruentes e assim para cuidados de qualidade. Relacionado com o tipo de investigação, revisão *scoping*, as implicações para a prática carecem de estudos de outros níveis de conhecimento, nomeadamente revisões sistemáticas (The Joanna Briggs Institute, 2020).

Esta revisão permitiu concluir que o enfermeiro de família com a competência cultural desenvolvida, amplia as suas competências específicas, nomeadamente, para a facilitação da resposta da família em situação de transição complexa, como o é a imigração.

Os resultados obtidos representam contributos para a prática clínica, nomeadamente: para a tomada de consciência de uma dificuldade pouco difundida; para a sensibilização para alguns fatores facilitadores disponíveis que garantem a recolha e registo de dados no processo de enfermagem e orientam a implementação do cuidado cultural; para a sensibilização da necessidade de adequar recursos humanos quanto à dotação e atitude; tempo e materiais; para orientar intervenções do enfermeiro de família na prática especializada noutras áreas da sociedade, facilitando o trabalho transdisciplinar e para a criação de redes e parcerias comunitárias cooperativas (intencionais, específicas e significativas).

A escassez de estudos sobre o cuidado transcultural, a implementação de apenas três idiomas; o acesso limitado a artigos de acesso livre disponíveis *online*; a não avaliação da qualidade dos estudos incluídos, associado ao tipo de revisão desenvolvida e fundamentado por Amendoeira (2021) e Joanna Briggess Institute (2020), representaram algumas limitações desta RS.

## CONCLUSÃO INTEGRATIVA

O enfermeiro de família, na sua prática especializada, avalia a família na sua complexidade e contexto e desenvolve um trabalho colaborativo com a família no sentido da sua evolução, reconhecendo-a como sistema autorreferencial, com uma lógica interna, autónomo no seu processo de transformação, num ambiente terapêutico em que o profissional é perito nos processos de relação e a família é perita nela mesma, integrando ou não as propostas de transformação. Neste processo a função do profissional é "...investigar-sugerir-reorganizar-sugerir de novo... até que uma nova história apareça" (Alarcão, 2000, p.31).

Como a, até então, impensável História da crise sanitária à escala mundial, devido à Pandemia por sars cov 19 e a atual História da Guerra Rússia-Ucrânia, ambas com profundo e imediato impacto geopolítico, económico, social e humanitários, as vagas de imigrantes não param e estão associadas à desestruturação das dinâmicas familiares, desafio e oportunidade para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Família.

A relação de proximidade do enfermeiro de família com as famílias, o seu conhecimento e valorização da história da família aliados ao um corpo de conhecimentos e competências clínicas e humanas resultantes da teoria, prática e reflexão associados à perspetiva sistémica, capacitam-no para a trabalhar com as famílias com problemas relacionados com funcionamento familiar, com reflexo do sofrimento da família e seus indivíduos.

A complexidade associada às competências na área de saúde familiar foi desafiante para a sistematização de informação na Parte I deste relatório, a forte interligação entre as competências tornou difícil a sua organização de acordo com competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária na área de saúde familiar.

O desconhecimento sobre a prática especializada do enfermeiro de família reflete-se na resistência das equipas a intervenções de enfermagem no âmbito da saúde familiar. É importante investir com investigação, sistemas informativos mais adaptados, formação e sensibilização dos enfermeiros, estudantes e equipas no sentido da mudança de paradigma.

O não cumprimento das dotações seguras ao nível dos serviços pode também comprometer a capacidade para explorar determinantes de saúde com efeitos na saúde familiar e assim uma efetiva promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, no sentido da promoção da máxima autonomia.

No contexto da prática clínica, a intervenção com famílias foi um processo muito enriquecedor para o desenvolvimento de competências e mobilização de conhecimentos em diversas áreas bem como para a humildade sentida em relação à fase em que me encontro no meu percurso profissional.

O conhecimento teórico prévio ao estágio associado à reflexão crítica potenciou a compreensão das famílias e sua adaptação face às suas particularidades e contextos. O trabalho com as famílias exigiu constantes momentos de reflexão e partilha e mobilização de teorias e modelos no sentido do desenvolvimento de competências para o cuidado.

Desenvolver um trabalho de parceria com as famílias representa-se especialmente desafiante quando as realidades são tão distantes das dos enfermeiros de família como pode ser o caso das famílias imigrantes. Ressalva-se a importância da aceitação, compreensão e valorização da história da família, dos contextos, valores, crenças, dinâmicas familiares e recursos.

Os desafios no cuidado a indivíduos/famílias imigrantes, exigem um esforço constante no sentido da prestação de cuidados culturalmente congruentes, a busca de conhecimento científico potencia práticas de enfermagem mais eficazes. Espera-se que a RS desenvolvida contribua para a cuidados transculturais pelos enfermeiros de família.

Desenvolver investigação na área da interculturalidade pode representar um pequeno passo no sentido de construção de visões mais positivas da diversidade. É importante um maior investimento na investigação no âmbito da enfermagem transcultural, no impacto da prática do enfermeiro de família em contextos multiculturais específicos.

O desenvolvimento desta RS permitiu o mapeamento de evidência quanto a alguns fatores promotores da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família junto de indivíduos/famílias imigrantes em CSP.

Foram esclarecidos e definidos conceitos fundamentais à compreensão da prática de enfermagem transcultural, nomeadamente o conceito de saúde na ótica do cuidado transcultural, o conceito de cuidado culturalmente congruente, consciência social, comunicação intercultural e o conceito de competência cultural e dos seus vários constructos de acordo com Campinha-Bacote (consciência cultural, o conhecimento cultural, a habilidade cultural, o desejo cultural e os encontros culturais).

Investir na saúde das famílias significa melhorar a saúde das comunidades, cada pessoa transforma o ambiente em que se insere e é por ele transformado, cada indivíduo, na complexidade das interações em que se envolve, influencia e é influenciado pela partilha intercultural, num caminho que pode permitir a construção de uma nova comunidade, mais igual e de paz (Coutinho et al., 2018). Os enfermeiros de família podem promover visões mais inclusivas e tolerantes em relação à imigração, potenciando uma participação mais justa e igualitária dos diferentes grupos culturais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. *Formasau- Formação e Saúde*, p. 156.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários- DiOR-CSP*. ACSS. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guia-de-Aplicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (fevereiro de 2019). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019. Obtido em 28 de fevereiro de 2020, de [file:///D:/Mestrado/Relat%C3%B3rio/biblio/20190214\\_Operacionalizacao\\_CSP\\_2019\\_vf.pdf](file:///D:/Mestrado/Relat%C3%B3rio/biblio/20190214_Operacionalizacao_CSP_2019_vf.pdf)
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Alto Comissário Alto Comissário para as Migrações, I.P. (2015). Plano Estratégico para as Migrações. Obtido em outubro de 2021, de [https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM\\_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195](https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195)
- Amendoeira, J. (2021). *Tutorial Revisão Sistemática de Literatura – A Scoping Review*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, E., & Ananeh-Firepong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*, 118(4), pp. 293-302.
- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista UI\_IP*, 3(6), pp. 75-89. Obtido em outubro de 2021, de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1982/1/ArtigoRevista%20UIIPS2015%2C%203%286%29.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological models of human development. Em U. Bronfenbrenner. Oxford: Elsevier. Obtido em 01 de março de 2020, de <http://edfa2402resources.yolasite.com/resources/Ecological%20Models%20of%20Human%20Development.pdf>
- Butler, J. (2008). The family diagram and genogram: comparison and contrasts. *Am J Fam Ther*, 36, pp. 169-180.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. G., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs*, 13(3), pp. 181-184.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Immigration, refugees and health risks. *Conference Panel Summaries*, 7(3), pp. 556-560. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf>
- Chicória, M. I. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Prática Baseada na Evidência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 01 de 03 de 2020, de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D27656%26code%3D210+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Coelho, M. T. (2013). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do

- Porto. Obtido em 01 de março de 2020, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Coutinho, E. (2012). Pregnant women immigrants in Portugal: Why they left their country? *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1, pp. 99-118.
- Coutinho, E., Rodrigues, E., Carvalho, E., & Parreira, V. (2018). A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. *Revista Migrações*(15), pp. 66-81. Obtido em outubro de 2021, de [https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/PAGINACAO\\_06\\_REV15\\_online.pdf/57c28a51-a2ee-4e1f-9d09-780bd00d826c](https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/PAGINACAO_06_REV15_online.pdf/57c28a51-a2ee-4e1f-9d09-780bd00d826c)
- Cowan, J. (2009). *Como ser um professor universitário inovador: reflexão na ação*. Porto Alegre: Artmed.
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Geneva: IOM Immigration Health Department.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. *Revista Migrações*(1), pp. 15-26. Obtido em setembro de 2021, de [https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)
- Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, L., & Martins, M. (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. *Revista Migrações*. Obtido de <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Direção-Geral da Saúde. (04 de novembro de 2015). 015/2013. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por escrito*. Obtido em 01 de março de 2020, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Obtido em março de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Eshiett, M., & Parry, H. (2003). Migrants and health: a cultural dilemma. *Clinical Medicine*(3), pp. 229-231.
- Fernandes, S. J. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fox, P., Burns, K., Popovich, J., & Ilg, N. (2001). Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women in the U.S. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 59, pp. 778-792.
- Freitas, M. J. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: Um contributo para a gestão de unidades de saúde*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20702/1/TESE%20DOTA%20C3%87%20%83O%20SEGURA%20PARA%20A%20PR%20C3%81TICA%20DE%20ENFERMAGEM%20-%20Maria%20Joao%20Freitas.pdf>
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton e Lange.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (s.d.). Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Obtido em março de 2020, de <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Fam%20adlias-29>
- Gaut, D., & Leininger, M. (1991). *Care: The compassionate healer*. New York: Naiconal

- League for Nursing.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed editora.
- Gottlieb, L. (2013). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e a sua aplicabilidade para enfermagem. Obtido em 01 de março de 2020, de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Gumus, K., & Dogan, N. (2018). Analysis of Publications in Turkey Addressing on Transcultural Nursing. *Internacional Journal of Caring Sciences*, II(3), pp. 1890-1900. Obtido em setembro de 2021, de <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=cadf7a9c-592d-4adb-89b1-a06490a38a8a%40redis>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de saúde à Família* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hanson, S., & Boyd, S. (1996). *family health care nursing: theory practice and research*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Hermansson, A., Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, pp. 374-380.
- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). *Censos 2011*. Obtido em 27 de fevereiro de 2020, de XV Recensamento geral da População e V Recensamento geral da Habitação: [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística- Statistics Portugal. (2014). *Famílias nos Censos 2011: diversidade e mudança*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais.
- International Longevity Centre Brazil. (2015). *Active ageing: a policy framework in response to*. Rio de Janeiro.
- International Council of Nurses. (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN.
- IOM-International Organization for Migration. (2005). *World migration 2005*. IOM: Geneva. Obtido de [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2005\\_3.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2005_3.pdf)
- IOM-International Organization for Migration. (2020). *World Imigration Report 2020*. Geneva: IOM. Obtido em setembro de 2021, de [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf)
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Praticice and Research* (4ª ed.). Filadélfia: F.A DAVIS Company.
- Keyes, E. (2000). Mental health status in refugees: an integrative review of current research. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, pp. 397-410.
- Kim, H. (2010). *The Nature of Theroical Thinking in Nursing*. New York: Spring Publishing Company.
- Kristiansen, M., Mygind, A., & Krasnik, A. (2007). Health effects of migration. *Danish Medical Bulletin*. 54(1), pp. 46-47.
- Loveland- Cherry, C. (2006). Where is the family in famiky interventions? . *Journal os Family Nursing*, 12(1), pp. 4-6.
- Machado, M., Santana, P., Carreiro, M., Nogueira, H., Barroso, M., & Dias, A. (2006). *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma*. Lisboa: Bial. Obtido de [https://www.bial.com/media/2169/iguas\\_ou\\_diferentes.pdf](https://www.bial.com/media/2169/iguas_ou_diferentes.pdf)

- Martín, S., & Martín, S. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermaria en Cardiologia, XXVII(80)*, pp. 6-10. Obtido em setembro de 2021, de <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=cadf7a9c-592d-4adb-89b1-a06490a38a8a%40redis>
- Martins, M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais, 50*, pp. 52-56.
- Maurício, I. (2009). Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 25(1)*, pp. 56-64. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10591/10327>
- Medina, J. (2008). De mapas y territorios. *Revista Rol de Enfermeria, 31(7-8)*, pp. 533-536.
- Medina, J. (2008). De mapas y territorios. *Revista Rol de Enfermeria, 31(7-8)*, pp. 533-536.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development e progress*. United States: Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserarch and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Melo, A. I. (2011). *As forças dos profissionais e da família multidesafiada na proteção da criança- um modelo de avaliação e intervenção familiar ubtegrada para os CAFAP*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra. Obtido em março de 2020, de [file:///C:/Users/Rita%20Domingues/Downloads/A.Isabel%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Rita%20Domingues/Downloads/A.Isabel%20(1).pdf)
- Ministério da Saúde. (5 de Agosto de 2014). Decreto-lei nº.118/2014. *Diário da República, I(149)*, pp. 4069-4071. Obtido em março de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (2003). *Famílias Y Terapia Familiar*. doi:<https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Neuman, B. (1974). The betty neuman health care systems model: a total person approach to patient problems. *Conpeccetual models for nursing practice*, pp. 99-114.
- International Organization for Migration. (2003). *World migration 2003: managing migration*. Génova: IOM.
- Olson, D. (1986). Circumplexo Model VII: Validation and studies and FACES III. *Fam Process, 25(3)*, pp. 337-351.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual - enunciados descritivos. Obtido em fevereiro de 2020, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (08 de março de 2011). Regulamento No. 168/2011- Regulamento da Individualização das Especialidades. *Diário da República, II(47)*, pp. 11120-11123. Obtido em fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/home/-/dre/1979442/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Obtido em fevereiro de 2020, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2015b). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Obtido em fevereiro de 2021, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de junho de 2015c). Regulamento nº. 367/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Obtido em fevereiro de 2020, de

- <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>. *Diário da República, II(124)*, pp. 17384 - 17391. Obtido em fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE ®Versão 2015- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusidacta. Obtido em 27 de fevereiro de 2020, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento No. 76/2018. *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Obtido em 01 de março de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/114599495>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018a). Regulamento No. 428/2018-Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, II(135)*, pp. 19354 - 19359. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de fevereiro de 2019a). Regulamento No. 140/2019-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II(26)*, pp. 4744-4750. Obtido em março de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019b). Regulamento No. 743/2019-Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, II(184)*, pp. 128 - 155. Obtido em Dezembro de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Peiro, M., & Benedict, R. (2009). *Migration health: better health for all in Europe*. Brussels: IOM.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), pp. 55-62. Obtido de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a06.pdf>
- Potter, P. (2005). *Fundamentos de Enfermagem*. São Paulo: Guanabara.
- Rainha, L., Pinto, M., & Madeira, A. (2018). Interculturalidade em saúde: tomando consciência de si. *Revista Migrações(15)*, pp. 82-85. Obtido em outubro de 2021, de [https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/PAGINACAO\\_06\\_REV15\\_online.pdf/57c28a51-a2ee-4e1f-9d09-780bd00d826c](https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/PAGINACAO_06_REV15_online.pdf/57c28a51-a2ee-4e1f-9d09-780bd00d826c)
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade – prespetivas teóricas e práticas*. Brasil: Universitária da UFPB.
- Reijneveld, S. (1998). Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants. *Journal of Epidemiology and Community Health(52)*, pp. 298-304. Obtido de <https://jech.bmj.com/content/jech/52/5/298.full.pdf>
- Reis, A. (2015). Constrangimentos nos contextos de cuidados de saúde: entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e imigrantes. *I Jornada da RESMI "Entre Iguais e Diferentes"*. Obtido em outubro de 2021, de [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2001/1/Cap%C3%ADtulo%20Final%20ACM\\_RESMI\\_I%20Jornadas\\_21%20maio%202015.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2001/1/Cap%C3%ADtulo%20Final%20ACM_RESMI_I%20Jornadas_21%20maio%202015.pdf)
- Reis, A. C. (2013). Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental*, 7, pp. 18-20. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1981/1/Revista%20Seguran%C3%A7a%20Comportamental.pdf>

- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Rolfe, G. (1999). Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, pp. 433-442.
- Romero, C. (2001). Modelos de Mediación y su Aplicación en Mediación Intercultural. *Migraciones*, 10, pp. 59-110. Obtido em setembro de 2021, de <file:///C:/Users/Rita%20Domingues/Downloads/4376-Texto%20del%20art%C3%ADculo-9994-1-10-20141011.pdf>
- RYN, M., & Fu, S. (2003). Paved with good intentions: do public health and human service providers. *American Journal of Public Health*, 93, pp. 244-255. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447725/>
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Silva, A., & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações*, 1, pp. 155-159. Obtido em setembro de 2021, de [https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1\\_art8.pdf](https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_art8.pdf)
- Silva, M. (2015). *Validação da FACES IV- O funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Obtido de <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/593>
- Silva, M. A., & Gaveto, J. (2º semestre de 2008). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto”. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 67-70. Obtido em 28 de fevereiro de 2020, de [http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id\\_revistaartigo=11&id\\_revista=6](http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=11&id_revista=6)
- Simões, J. A., & Rosendo, I. (2011). *Estudar a família de um paciente em medicina geral e familiar. Quando, como fazê-lo e porquê*. doi:[https://www.researchgate.net/profile/Jose-Augusto-Simoes/publication/309456566\\_SimoesJARosendoI2011EstudarFamiliaPaciente/links/5810f9dd08ae009606be7824/Simoes-JARosendo-I2011EstudarFamiliaPaciente.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Augusto-Simoes/publication/309456566_SimoesJARosendoI2011EstudarFamiliaPaciente/links/5810f9dd08ae009606be7824/Simoes-JARosendo-I2011EstudarFamiliaPaciente.pdf)
- Simões, J., Alação, I., & Costa, N. (junho de 2007). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros cooperantes. (R. Referência, Ed.) 2ª série(6), pp. 91-108. Obtido em 27 de fevereiro de 2020, de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- UNAIDS/IOM. (2001). *Migrants' right to health*. Geneva: UNAIDS. Obtido de [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc519-migrantsrighttohealth\\_en\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc519-migrantsrighttohealth_en_0.pdf)
- Unidade de Saúde Pública Zé Povinho. (Agosto de 2017). Região Oeste Norte-Perfil de Saúde 2017. *Um Retrato da Região Oeste Norte*, 1. Obtido em 27 de fevereiro de 2020, de <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/09/perfil-de-sac3bade-2017.pdf>
- USF Pedro e Inês. (2021). *Plano de Ação 2019*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal Percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais.
- WHO. (2010). *Health of migrants: the way forward. Report of a Global consultation Madrid, Spain, 3–5 March 2010*. Geneva: WHO. Obtido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44336/9789241599504\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44336/9789241599504_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- WHO. (1 de abril de 2021). *World Health Organization*. Obtido em setembro de 2021, de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact->

sheets/details/primary-health-care

Wolffers, I., Verguis, S., & Marin, M. (2003). Migration, human rights, and health. *Lancet*, 362, pp. 2019-2020.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias*. Roca Ltda.

## APÊNDICE I

### PLANO DE INTERVENÇÃO FAMILIAR SISTÊMICA

**Família utente:** núcleo familiar e um membro da família alargada

**Recursos:** 7 cadeiras dispostas em círculo

**Dinamizado por:** Enfermeira Mafalda Girão e Rita Domingues

**Tempo previsto:** máximo 1h, frequência quinzenal/mensal

#### **Objetivos Colaborativos da Intervenção:**

- Construir uma visão colaborativa com a família Pimentel, promovendo uma visão sistémica em relação a si e aos seus problemas, por forma a redefinir os pedidos individuais num pedido sistémico conjunto;
- Promover uma comunicação funcional no sistema intrafamiliar, facilitando construção de narrativas familiares mais compreensivas e promovendo a criação espaços de comunicação expressiva;
- Aumentar espaços de comunicação expressiva de emoções.

**Hipótese sistémica:** Os membros da família nuclear e alargada parecem aceitar a falta de espaço para a comunicação expressiva como padrão de funcionamento normal da família, contudo estão a surgir sintomas associados, como o não consenso relativo ao papel de cuidador principal e o sentimento de culpa de M.J. Associado a uma perceção errónea da mesma em relação à perceção dos filhos face à sua prestação como mãe e cuidadora.

**Estratégias a utilizar:** interrogatório circular, reenquadramento, conotação positiva

#### **1ª sessão (objetivos):**

- Avaliar satisfação dos membros relativamente à expressão de sentimentos;
- Avaliar impacto dos sentimentos de cada um na família;
- Avaliar clareza da comunicação familiar;
- Enumerar os problemas percebidos, de uma forma priorizada de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos;
- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Promover o envolvimento da família;
- Promover a consciencialização sobre importância da comunicação de emoções;
- Otimizar a comunicação na família;
- Definir objetivos comuns para as sessões seguintes de forma colaborativa com a família;
- Estabelecer um contrato terapêutico (número de sessões, objetivos...).

## APÊNDICE II

### APRESENTAÇÃO SESSÃO: SAÚDE FAMILIAR: FAMÍLIA E REGISTOS EM SCLÍNICO

# Saúde Familiar: Família e Registos em SClínico

## Formação Interna

Dinamizadoras: Enfermeiras Elsa Bispo, Mafalda Girão e Rita Domingues

Público Alvo: Equipa Multidisciplinar USF Pedro e Inês



#### ▪ Objetivos:

- Compreender a Importância da Avaliação Familiar (estrutura familiar) nos CSP
- Compreender as funcionalidades do SClínico 3.1.2 (Tipos de Família, Ciclo Vital (Duvall), Escalas de Risco de Garcia Gonzalez e Segovia Dreyer)

#### ▪ Conteúdos:

- Conceitos de Família; Modelo de Calgary; Evolução da Família e condicionantes; Tipos de Família; Importância da abordagem Sistémica; Focos de atenção de Enfermagem; Funcionalidades e evolução do SClínico; Realidade da USF

#### ▪ Resultados

- Equipa demonstrou interesse na temática

Legenda: Sumário de apresentação de sessão de formação à equipa multidisciplinar da USF Pedro e Inês