



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Intervenções de Enfermagem em Saúde Familiar

Maria Rosa Ferreira Marques

Leiria, março 2023



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Intervenções de Enfermagem em Saúde Familiar

Apresentado para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Maria Rosa Ferreira Marques, nº 5210044

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional,

em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família,

em Contexto de USF, com Relatório Final

Professora Orientadora: *Doutora Teresa Kraus*

Leiria, março, 2023

A persistência é o
caminho para o êxito.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho apenas foi possível devido à colaboração de diferentes pessoas, que caminharam ao meu lado de forma profissional, dedicada e amiga, reconhecendo que estes tempos não foram só bons momentos, mas também momentos muito difíceis, sem nunca me terem deixado perder a esperança, acreditando também eles na causa que eu escolhi defender. Todos contribuíram de forma genuína, porque todos entenderam a importância desta etapa na minha vida pessoal e profissional.

Gostaria de agradecer em especial às seguintes pessoas:

A Professora Doutora Teresa Kraus, pela orientações e disponibilidade demonstrada ao longo da realização do relatório que permitiram a sua realização.

A destacar o acolhimento, e a disponibilidade, principalmente da equipa de enfermagem da USF- Almonda, em especial à Enfermeira Sandra Bispo, que supervisionou o processo de integração e aprendizagem disponibilizando o seu conhecimento e documentação relativa a USF Almonda.

A Enfermeira Eunice Botelho companheira e amiga que embarcou nesta aventura e motivou e apoiou neste percurso.

As Enfermeiras Carla Carvalho, Telma Carvalho e Marta Rosa pelo apoio incondicional e estiveram sempre lá e me mostraram que podemos chegar à meta mesmo que o caminho seja difícil.

A minha mãe pelo tempo que não lhe dediquei.

A minha família pelo apoio que me deram.

RESUMO

A responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem é assumida, numa parceria colaborativa com as famílias, pelo enfermeiro de família que integrado numa equipa multiprofissional atua nos mais variados contextos comunitários e nas diversas fases da vida (DL 118/2014). Tendo como foco a família como unidade de cuidados, procura apoiá-la e promover a saúde na sua globalidade através da prevenção da doença e reabilitação, agindo na procura de soluções que fomentem competências biopsicossociais nos e com os indivíduos e famílias (OE20).

As teorias de enfermagem referem-se à relação enfermeiro/utente como fulcral no sucesso dos cuidados, o “saber ser” do enfermeiro quando intervém com utentes/famílias faz a diferença no cuidar (Gottlieb,2016 p.299).

No sentido de desenvolver a prática baseada na evidencia e valorizando uma intervenção concertada e sistémica, optamos por uma revisão integrativa da literatura para dar resposta à questão: Quais são as intervenções do enfermeiro de família em Cuidados de Saúde Primários que promovam o envolvimento da família?

Como conclusão, evidenciamos que as principais intervenções facilitadoras do envolvimento das famílias no cuidar, são a comunicação, a educação, a formação e a capacitação.

Palavras chave: Intervenções do enfermeiro; Família; Enfermeiro de família; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

The responsibility of providing nursing care is assumed, in a collaborative partnership with families, by the family nurse who, as part of a multidisciplinary team, acts in various community settings and at different stages of life (DL 118/2014). Focusing on the family as a care unit, the nurse seeks to support it and promote health as a whole through disease prevention and rehabilitation, seeking solutions that promote biopsychosocial skills in and with individuals and families (OE20).

Nursing theories refer to the nurse/user relationship as central to the success of care, the nurse's "knowing how to be" when intervening with users/families makes the difference in care (Gottlieb, 2016, p. 299).

In order to develop evidence-based practice and value a concerted and systemic intervention, we conducted an integrative literature review to answer the following question: What are the family nurse's interventions in Primary Health Care that promote family involvement?

In conclusion, we found that the main interventions that facilitate family involvement in caregiving are communication, education, training and empowerment.

Key words: Nurse interventions; Family; Family nurse; Primary Health Care.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE QUADROS.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	14
1. PRÁTICA CLÍNICA.....	14
1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	14
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	15
1.3. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	20
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1. FAMÍLIA.....	23
2.1.1. Enfermagem de saúde familiar.....	24
2.2. CONTRIBUTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR.....	27
2.2.1. Teoria das ciências sociais.....	28
2.2.2. Teorias da terapia familiar.....	31
2.2.3. Modelos e teorias de enfermagem.....	33
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITARIA NA ÁREA DE SAUDE FAMILIAR	39
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	39
3.1.1. Responsabilidade ética e deontológica.....	39
3.1.2. Melhoria da qualidade.....	40
3.1.3. Gestão de cuidados.....	41
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	42
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	42
3.2.1. 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.....	43
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	48

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	50
4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA – ESTRATEGIAS PARA INTEGRAR A FAMILIA NOS CUIDADOS.....	50
4.1. INTRODUÇÃO.....	50
4.2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	53
4.3. RESULTADOS.....	59
4.4. DISCUSSÃO.....	61
CONCLUSÃO.....	64
CONCLUSÃO INTEGRATIVA.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	
APÊNDICE I- Formação em PowerPoint- Competências do Enfermeiro de Família e MDAIF	
APÊNDICE II-Folheto - Referenciar para a Rede Cuidados Continuados	
APÊNDICE III- Identificação dos Estudos Seleccionados	
ANEXOS	
ANEXO I- Declaração de Autorização de Acesso aos Dados do MIM@UF	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora por grupo e etário e género.....	18
Tabela2- Distribuição dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora por grupo e etário e género.....	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Área geográfica do ACES.....	15
Figura 2 - Freguesias do concelho Torres Novas.....	16
Figura 3 - Logotipo da USF Almonda.....	16
Figura 4 - Pirâmide envelhecida segundo Sunbarg.....	18
Figura 5 - BI-CSP Indicadores.....	20
Figura 6 - Fluxograma PRISMA.....	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão.....	54
Quadro 2 - Palavras chaves e termos de pesquisa/descriptores.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento Centros de Saúde Medio Tejo;

ARSLVT -Administração Regional Lisboa e Vale Tejo;

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários;

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature;

CIPE - Classificação internacional para prática de Enfermagem;

EEECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de enfermagem de Saúde Familiar;

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem;

IDS - Índice de Desempenho Setorial;

IFPSF- Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar;

JBI - Joanna Briggs Institute;

MCAF- Modelo de Calgary de avaliação familiar;

MCIF- Modelo de Calgary de intervenção familiar;

MDAIF- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar;

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online;

MIM@UF - Módulo de informação e Monitorização das Unidades Funcionais;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde

p.- Página;

PBI - Prática Baseada na Evidência;

PCC - População, Contexto e Conceito;

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta –Analyses;

RIL- Revisão Integrativa da Literatura;

SBC- Cuidado Baseado nas Forças;

UCC - Unidade de Cuidados Continuados;

UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados;

USF - Unidade de Saúde Familiar;

VD - Visitação Domiciliária.

INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra o percurso desenvolvido no “Estágio de Natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) com Relatório Final”, no âmbito da Unidade Curricular Estágio III, do 2º ano, 3º semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. O estágio decorreu na USF Almonda, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo, com a duração de 18 semanas num total de 810 horas tendo início a 6 de setembro 2022 e terminando a 31 de janeiro de 2023, com os seguintes objetivos de estágio:

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

G2-Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área da saúde familiar em contexto de vulnerabilidade.

Objetivos Específicos:

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

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

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

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

Este relatório, tem como desígnio documentar conhecimentos adquiridos durante a componente teórica, e nos ensinamentos clínicos anteriores, reconhecendo importância da Enfermagem de Saúde Familiar, e dar resposta aos objetivos no âmbito do desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermagem especializada na área da saúde familiar em contexto de vulnerabilidade.

A família requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde de forma a tomar consciência e saber lidar com a sua situação, ou seja, na interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença (Martins et al, 2012).

A família considerada como o alvo dos cuidados de saúde, permite pôr em evidência o papel essencial do enfermeiro de família, enquanto agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integrados numa comunidade específica. Os cuidados de enfermagem à família desenvolvem-se numa relação terapêutica, dinâmica e recursiva caracterizada pela elaboração de soluções promotoras de mudanças a partir das potencialidades da família respeitando a sua realidade (Figueiredo, 2012).

Prestar cuidados à família, vendo-a como um sistema, é hoje considerado um fator imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade. Esta opinião é reforçada por Wright e Leahey (2011), que reconhecem que a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo este cuidado centrado na família como parte integrante da prática da profissão.

Sendo essencial ter a família como parceira nos cuidados, os profissionais de saúde também devem estar capacitados para reconhecer a capacidade e a presença das famílias nos cuidados, revelando atitudes promotoras e facilitadoras no cuidar.

Tendo por base que as decisões e as ações dos enfermeiros no cuidar das famílias se enraízam nas atitudes que estes têm para com a família, face à realidade do contexto de desenvolvimento do estágio, foi fundamental a pesquisa da evidência através de uma Revisão Integrativa da Literatura para responder à seguinte questão: Quais são as intervenções do enfermeiro de família em Cuidados de Saúde Primários que promovam o envolvimento da família?

O relatório de estágio encontra-se estruturado em duas partes e quatro capítulos: na primeira parte abordamos a prática especializada em enfermagem de saúde familiar na segunda parte desenvolve-se prática especializada baseada na evidência.

O primeiro capítulo refere-se à caracterização da unidade – USF Almonda, onde serão descritos os contextos da prática clínica e a sua, fundamentação teórica, que no segundo capítulo dará ênfase aos conceitos de enfermeiro de família e seus contributos teóricos e conceptuais para a enfermagem saúde familiar.

No terceiro capítulo serão descritas as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista e como se relacionam com a responsabilidade ética e deontológica, a melhoria da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens pessoais e profissionais.

No capítulo quarto, no intuito de conhecer as intervenções dos enfermeiros de família no envolvimento das famílias nos cuidados, contribuir para o desenvolvimento das competências e para a difusão dos conhecimentos, dá-se resposta à questão de investigação por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

Por último será apresentada a conclusão com uma breve descrição do percurso desenvolvido, com enfoque nos objetivos de estágio, seguindo-se as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1. PRÁTICA CLÍNICA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram realizados diferentes módulos de estágios, no sentido de adquirir competências na área de especialização em enfermagem de saúde familiar. O estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados à família realizados em contexto da USF-Almonda do Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo', desenvolveu-se no período entre 06/09/2022 a 31/01/2023 num total de 297,5 horas (16 horas por semana) contabilizando um total de 810 horas.

1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE FAMILIAR

Os contextos da prática constituem-se como locais privilegiados de contacto com a realidade profissional, permitindo aos estudantes prepararem-se para o futuro através das experiências que vão adquirindo, desenvolvendo e aperfeiçoando saberes, bem como tomando consciência das zonas de não saber que ainda vão estando presentes no seu percurso (Martinho, Pires, Carvalho & Pimenta, 2014).

Alarcão e Rua (2005), referem que as trajetórias de formação em enfermagem ganham sentido, se perspectivadas numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais, pois constituem momentos de aproximação à vida profissional.

Conhecer os valores e costumes da população, assim como os recursos e redes de apoio disponíveis da comunidade é fundamental para o enfermeiro de família colaborar na gestão de cada caso com o propósito de capacitar, gerir e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados ao utente /família.

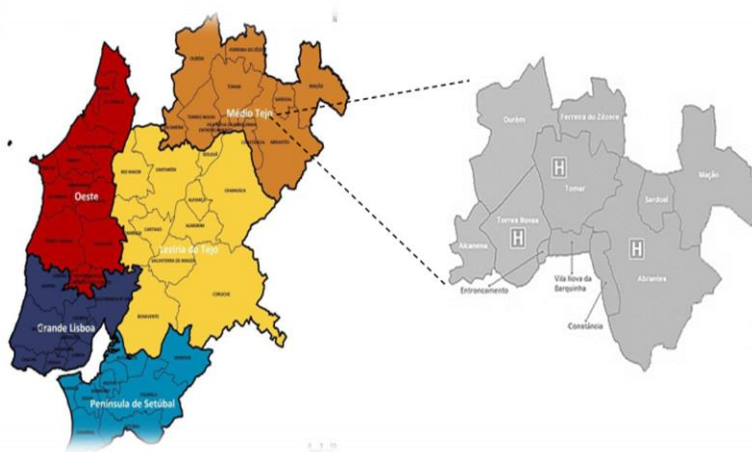
Neste propósito, e para que o enfermeiro preste cuidados de excelência é de maior importância que este conheça os contextos onde se insere a sua prática.

Em Portugal, a enfermagem de saúde familiar, tem um percurso recente, com um crescimento notável nos últimos 14 anos (Barbieri, 2011).

Neste capítulo caracterizaremos a estrutura orgânica funcional do contexto de estágio, assim como os utentes/ famílias alvo de cuidados durante o período de estágio.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A USF Almonda está inserida no ACES do Medio Tejo, que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O ACES Medio Tejo engloba os utentes de 11 concelhos: Alcanena, Entroncamento, Ourém, Torres Novas, Tomar, Ferreira do Zêzere, Vila Nova da Barquinha, Constância, Abrantes, Sardoal e Mação, abrangendo uma área de 3344 Km e com 228.744 habitantes, como podemos visualizar na Figura1.



1.Figura 1- ACES Medio Tejo

Fonte: Manual de Acolhimento da USF Almonda, 2021

A USF Almonda sediada em Torres Novas, é uma unidade que presta cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizacional e técnica e em dezembro de 2019 passou a Modelo B.

A área geográfica de atuação da USF Almonda, incide no Concelho de Torres Novas nas seguintes freguesias (Figura 2):

- União de freguesias São Pedro, Lapas e Ribeira Branca, abrangendo estas também as aldeias de – Alcorriol, Rodrigues, Nicho dos Rodrigues e Carvalhal da Aroeira com uma densidade populacional de 394,5 habitantes por m²;
- União de freguesias de Torres Novas-Santa Maria, Salvador e Santiago -Salvador uma freguesia engloba parte da cidade de Torres Novas e as aldeias de Alcorriol, Nicho de Rodrigues, Rodrigues e Terras Pretas. Por sua vez Santa Maria e Santiago delimitada a zona urbana e com uma população de 2208 habitantes Km²;
- Meia Via com uma densidade populacional de 396,9 Km²;

- União de freguesias de Olaia e Paço com uma densidade populacional de 208 habitantes /Km².

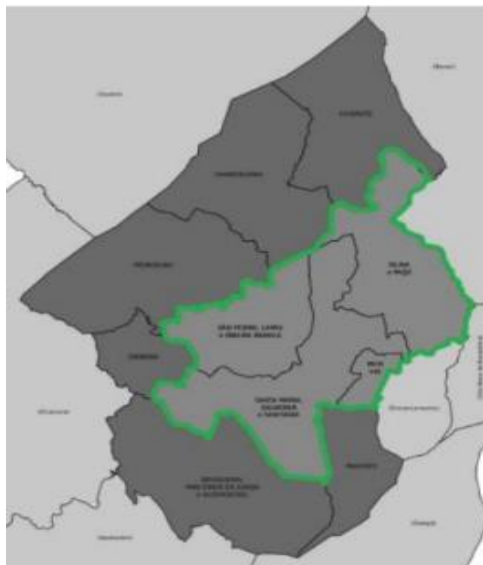


Figura 2- Freguesias do concelho de Torres Novas
Fonte: Manual de Acolhimento da USF Almonda, 2021

O logótipo da USF exhibe os elementos mais marcantes da cidade de Torres Novas; o rio como símbolo de continuidade e fluxo no tempo, o castelo e as pessoas simbolizam a força e determinação de um povo, como podemos observar na figura 3.



Figura 3- Logotipo da USF Almonda
Fonte: Manual de Acolhimento da USF Almonda, 2021

A intervenção da USF Almonda assenta em três pilares base, missão, valores e visão.

A **missão** é prestar cuidados de saúde, personalizados, globais, equitativos e de qualidade, em tempo útil, promovendo a participação e autonomia dos utentes e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais de modo a contribuir para a satisfação e ganhos em saúde (Manual de Acolhimento da USF Almonda, 2021).

Como **visão** assume a prestação de cuidados primários de excelência, em parceria com os membros /famílias nos processos saúde /doença ajudando os mesmos a geri-los. A equipa desenvolve um trabalho que prima pela qualidade.

E como **valores** promove a excelência dos cuidados na interação com os utentes/ famílias assim como o investimento profissional.

A USF Almonda orienta a sua atividade pelos princípios e valores, previstos no Decreto-Lei 298/2007, art.5º: Ética; Inovação; respeito pelo individuo; Solidariedade; Autonomia; Gestão participativa; Conciliação; Articulação; Avaliação e Cooperação.

A estrutura orgânica da unidade e constituída pelo coordenador da equipa tendo sido nomeado em outubro de 2020, por um período de dois anos.

O Conselho Técnico que se assume como órgão de responsabilidades técnico-científicas, sendo constituído por um médico, uma enfermeira e uma secretaria clínica e conselho Geral sendo este constituído por todos os elementos da Unidade.

A equipa multiprofissional da USF Almonda é constituída por 19 funcionários; que estão distribuídos entre a sede: 5 médicos; 5 enfermeiras; 4 secretárias clínicas, formando 5 equipas e no polo da Olaia trabalham 2 médicos; 2 enfermeiras e 1 secretária clínica, constituindo 2 equipas.

Da equipa de enfermagem duas enfermeiras são especialistas, em Enfermagem de Saúde Comunitária, tendo uma a vertente de Saúde Familiar.

A USF Almonda, conta com a colaboração de 3 internos de medicina geral; 1 técnica de cardiopneumologia; 1 assistente social; 1 psicóloga; 1 segurança; e ainda profissionais da UCC e UCSP de Torres Novas.

A equipa de enfermagem colabora na orientação de alunos de Mestrado e Licenciatura das escolas de Enfermagem Santarém e Leiria.

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários BI CSP (2022), a população, inscrita na USF Almonda é 11929 utentes, sendo 5754 do sexo masculino e 6175 do sexo feminino, o índice de dependência total é de 59,61%, o índice de dependência dos jovens é de 19,55% e dos idosos de 40,06% como podemos confirmar na figura 4 e na tabela1.

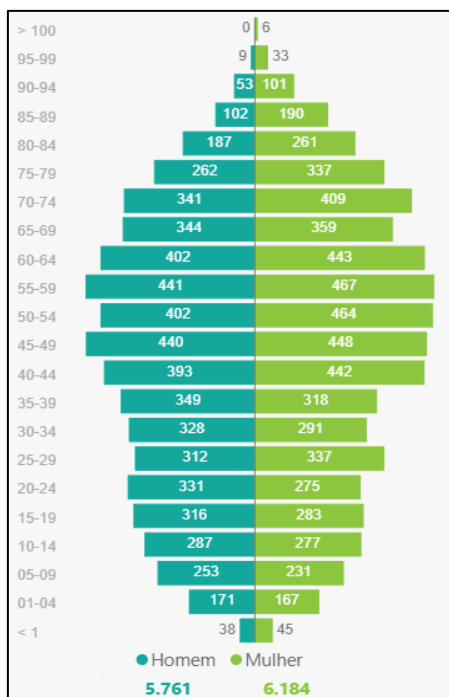


Figura 4 – Pirâmide envelhecida segundo Sunbarg

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx> (SNS, 2022)

Tabela1- Distribuição dos utentes inscritos na USF Almonda por grupo etário

Grupo Etário	Fi	%
[0 – 15[	1469	12,30
[15 – 50[	4863	40,71
[50 e + [	5613	46,99
Total	11945	100

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx> (SNS, 2022)

A sede funciona todos os dias úteis das 8h e as 20h, o Pólo da Olaia de 2ª a 5ª feira das 8h30m às 18horas e 6ª feira das 8h30m às 13horas. Fora do horário de funcionamento e em situação de doença aguda os utentes devem-se dirigir ao hospital. Em situações de continuidade de tratamentos de enfermagem os utentes são encaminhados conforme protocolos de referenciação interna para a unidade de cuidados de saúde personalizados UCSP e unidade de cuidados continuados UCC do centro de saúde.

A estrutura física da USF Almonda encontra-se no edifício principal é composta por 6 gabinetes médicos;5 gabinetes de enfermagem; área de secretariado clínico; sala de espera; duas áreas

sanitárias; área de alimentação; arquivo e farmácia, no entanto encontra-se em reestruturação para dar uma resposta mais adequada às necessidades da população.

No polo da Olaia existem 3 gabinetes médicos; 3 gabinetes de enfermagem; área de secretariado clínico; sala de espera; áreas de sanitários; sala de arquivo; sala de limpos e armazenamento de material e área de alimentação.

De acordo com a portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro, a USF Almonda inclui na sua carteira básica de serviços os seguintes programas de saúde:

- Programa de Saúde do Adulto e do Idoso;
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva e Planeamento Familiar;
- Programa de Saúde Materna;
- Programa de Prevenção Oncológica- Rastreamentos;
- Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes;

Programa Nacional para as Doenças Cardio e Cerebrovasculares Risco: Hipertensão

- Consulta de Hipo coagulados;
- Visitação domiciliária;
- Consulta de doença aguda;
- Consulta de intersubstituição.

A visitação domiciliar para tratamentos é assegurada por todos os elementos de enfermagem rotativamente e as consultas de vigilância e doença aguda são asseguradas pelo médico/enfermeiro de família.

Cada programa tem um profissional de saúde responsável pela sua implementação, execução e avaliação, cumprindo as Normas de Orientação da Direção Geral da Saúde.

Os indicadores contratualizados para a USF Almonda, estão distribuídos pelas dimensões: Acesso; Gestão da Doença; Gestão da Saúde e Qualificação da Prescrição.

Área	Valor IDS	Valor IDS IPA	Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit.	Min. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Aceit.	Resultado	Score
Doenças			2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202211	300,00	570,00	1500,00	1500,00	240,12738	0,000
Gestão da Saúde	77,40		2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202211	51,00	77,00	100,00	100,00	70,14925	1,473
Saúde da Mulher	77,60		2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202211	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00000	0,000
Saúde do Adulto	67,00		2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. proi. ansio/sedat/hipnót	FL		S	202211	74,00	82,50	100,00	100,00	82,59853	2,000

Figura 5. BI-CSP Indicadores

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx> (SNS, 2022)

Destacamos dois dos indicadores contratualizados, como podemos observar (294 e 296) com valores baixo ao nível do Índice de Desempenho Setorial (IDS), estes estão relacionados com a Visitação Domiciliar (VD).

Estes indicadores estão visíveis na Figura 5 e são sensíveis à intervenção da enfermagem, assim a preocupação da equipa é identificar o total de utentes dependentes do seu ficheiro para uma melhor intervenção e num futuro próximo contratualizar estes indicadores.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMILIAS DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Os enfermeiros que prestam cuidados às famílias, requerem conhecimentos teóricos e uma visão holística do seu ficheiro.

Durante este estágio contactamos com um ficheiro de 1686 utentes, sendo 789 do sexo masculino e 897 do sexo feminino (tabela 2), sendo um total de 704 famílias, de acordo com os dados disponibilizados pelo Módulo de informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), dados fornecidos pela enfermeira orientadora com conhecimento e autorização do Coordenador Da USF Almonda Dr. Pedro Sousa (Anexo I).

Tabela2. Distribuição dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora por grupo e etário e género

Género Grupo Etário	Homens		Mulheres		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
[0 – 7[	42	5,32	34	3,79	76	4,51
[7 – 65[	560	70,98	609	67,90	1169	69,34
[65 – 75[	97	12,30	115	12,82	212	12,57
[75 - +[	90	11,40	139	15,49	229	13,58
Total	789	100	897	100	1686	100

Fonte: MIM@UF, 2022.

Os utentes acima referidos integram os diversos programas de saúde estando distribuídos da seguinte forma: Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes - 134 utentes; Programa Nacional para as Doenças Cardio e Cerebrovasculares Risco: Hipertensão - 365 utentes; Dependentes-18 utentes: Planeamento Familiar – 352 utentes; Rastreio Oncológico- 707 utentes; Saúde Infantil e juvenil - 367 utentes e Saúde Materna- 7 utentes.

O enfermeiro de família é o profissional que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL 118/2014).

É um recurso de proximidade articula a sua intervenção com os outros elementos da equipa de saúde, dando importância nas áreas de educação e promoção da saúde prevenção da doença, deteção precoce de doenças crónicas e a visita domiciliar, é ainda gestor dos recursos visando ao máximo a autonomia das famílias a que se dirigem os cuidados, sendo uma figura de referência e suporte qualificado (Lei 428 de 2018).

O enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados e sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

A necessidade mais sentida pela equipa centra-se na visita domiciliar, nomeadamente na caracterização da população dependente, apesar de haver 18 dependentes identificados neste ficheiro de profissionais de saúde têm a certeza que “as pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde e sociais” (Portugal, 2004).

Devido à pandemia de Covid-19 assistimos a uma diminuição da procura de cuidados pela população isto leva a equipa a ter certeza que existe uma população idosa dependente não identificada e a necessitar de cuidados.

Por outro lado, a identificação da população dependente permite aumentar o número de VD à população idosa e assim melhorar o IDS do indicador. Desta forma pretendemos colaborar

na identificação dos utentes dependentes, mas a intervenção ao longo do estágio vai incidir nos dependentes já identificados.

O Regulamento nº 428/2018, define família, como um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos e apresentam um forte sentimento de pertença. Refere também que todas as famílias têm capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde, e da importância de avaliar a perspetiva familiar, o seu conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura, e o seu crescimento pessoal que são únicos.

Família é um todo, assumindo ao mesmo tempo características próprias que são mais do que a diferença da soma das partes (Figueiredo, 2012, p. 67).

Canço (2014), refere a importância da intervenção de enfermagem em famílias com dependentes, ou seja, em que um dos elementos é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença, excluindo-se o caso de crianças saudáveis. Trata-se de famílias com necessidade de ajustamento de papéis para responder à sobrecarga física, emocional e em tempo, o que pode ser conseguido de melhor ou pior forma.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

As teorias de enfermagem expõem, meios que constituem uma linguagem específica, objetivando e consolidando a Enfermagem familiar como ciência e arte na área da saúde.

O enfermeiro de família na sua conduta tem conceitos basilares à sua prática especializada.

2.1. FAMÍLIA

Hoje em dia podemos encontrar muitas definições de família, mas o mais importante é vê-la como um todo, como uma emergência dos seus membros, o que a torna uma única (Alarcão,2000 p.36).

Ao longo do tempo as definições de família são muitas, com as alterações que se tem verificado a nível da estrutura e dinâmica, organização e a, diminuição do número de filhos por família, aumento de pessoas a viverem sozinhas, aumento de famílias reconstituídas, aumento de divórcios e uniões livres assim como o aumento de relações homossexuais (Dias, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994 menciona que o conceito de “família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, porque qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.”

Também Hanson (2005), refere que o conceito de família nas diversas áreas do conhecimento, apresenta diferentes significados. Sob o ponto de vista legal, família representa aqueles que se relacionam por laços sanguíneos, adoção e casamento; ao nível biológico, refere-se à ligação genética; sociologicamente, família representa aqueles que vivem juntos e, ao nível da psicologia família refere-se aos elementos que estabelecem fortes laços emocionais entre si. Assim podemos definir família como sendo um sistema social constituído por duas ou mais pessoas que coexistem dentro de um contexto que exija expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária.

Segundo Relvas (1996) “ família é contexto natural para crescer. Família é complexidade. Família é teia de laços sanguíneos e sobretudo, de laços afetivos. Família gera amor e gera sofrimento. A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.”

Reforçando a ideia, Alarcão (2000) refere-se à família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse percurso possamos ir tendo mais do que uma família.

Segundo Lemos (2019, p.47) família é “considerada uma unidade básica da sociedade e ligada por laços afetivos, a família é uma unidade complexa, dinâmica e influenciada pelo meio social e cultural de onde está inserida. “

Família também é definida pela Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE 2013, p63) como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou os todos considerados como sistema que é maior do que a soma das partes.”

Considerando a família como um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde. No âmbito da enfermagem familiar, é esperado que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias (Figueiredo, 2012).

2.1.1. Enfermagem de saúde familiar

Figueiredo (2012), define enfermagem de família como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo.

Hanson (2005.p 8), define Enfermagem de Saúde Familiar como “Processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como componente da sociedade.”

Nesta sequência Friedmam, Bowden e Jones em 2003, mencionam quatro níveis de abordagem, da prática de enfermagem família tendo em conta as seguintes perspetivas:

- **Família como contexto** – Em que a avaliação e cuidados focam-se no indivíduo e tem a família como fator de recurso ou fator de stress;

- **Família como cliente** – Em que avaliação e cuidados focam-se em cada membro da família e esta é vista como a soma dos membros;
- **Família como sistema**–Em que avaliação e cuidados focam-se no indivíduo e na família enquanto sistema interativo. Cujo as interações são o alvo das intervenções;
- **Família como componente da sociedade** – Em que avaliação e cuidados focam-se na família enquanto sistema que interage com outros subsistemas.

Segundo o mesmo autor, este afirma que a “Enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como componente da sociedade. “

Deste modo identifica cinco níveis da prática de enfermagem de cuidados à família:

Nível I -Família como contexto, indivíduo como cliente: o foco é cada um dos membros da família; olha o indivíduo como cliente (Primeiro plano) e a família como contexto é fator de recurso ou fator de stress (Segundo plano);

Nível II-Família como soma das suas partes: o foco é cada um e todos os diferentes elementos da família. O alvo de cuidados é a família, como cliente (a família em primeiro plano e o indivíduo em segundo plano);

Nível III-Subsistema familiar como cliente /foco de cuidados: o foco são as intervenções concomitantemente do indivíduo e nas famílias e as interações enfermagem que resultam das avaliações efetuadas. A família é vista como sistema interativo em que o todo é mais do que a soma das suas partes;

Nível IV-Família como cliente onde o alvo é a família, como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente;

Nível V-Família como componente da sociedade: A família (Todo) é vista como um subsistema dentro de um suprassistema, a sociedade, é considerada como uma unidade /instituição básica social.

Wright e Leahey (2009), reconhecem duas categorias de em enfermagem familiar: Generalista e Especialista. A primeira utiliza o conceito família como contexto, a categoria de especialista os profissionais possuem formação especializada em enfermagem dos sistemas familiares e

utilizam o conceito família como unidade de assistência (família como sistema) quer no individual quer familiar concomitantemente.

Em Portugal a enfermagem com as famílias tem vindo a crescer e a consolidar-se nestes últimos anos como refere (Barbier 2011), que este crescimento “Foi materializado em ofertas da formação e de produção científica, que evoluiu em simultâneo com a reorganização dos cuidados de saúde, com uma forte liderança política da ordem dos enfermeiros”.

Segundo o Decreto-Lei nº 118/2004 o enfermeiro de família é definido como o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em fases vida e em todos os contextos da comunidade.

O mesmo Decreto-Lei define ainda que o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da família face as exigências das etapas de vida.

Reforçando a conduta e o papel do enfermeiro de família e de acordo com o Regulamento nº 428/2018 é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF):

- Que cuida a família enquanto unidade de cuidado e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Segundo a (OE 2010) “O EEECESF interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico. O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como, o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu meio ambiente.”

Considerando os padrões de qualidade em EEECESF é o enfermeiro que presta cuidados numa parceria colaborativa com as famílias. Realça as forças da pessoa/família procurando apoiar e encontrar soluções para os problemas, tendo como foco a família como unidade de cuidados

e valorizando concomitantemente a relação multifacetada entre a saúde e dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade, (OE2017).

Em suma o papel do enfermeiro de família passará por aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como proporcionar apoio em matérias relacionadas de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fase da vida e em todos os contextos da comunidade.

2.2. CONTRIBUTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

Sendo a família, alvo de cuidados, a prática de enfermagem está alicerçada a alguns modelos e teorias de enfermagem essenciais para o desenvolvimento da enfermagem de família, estes são fundamentais para a compreensão da natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros e mesmo para a conceção da profissão (Figueiredo, 2012 p11).

Nos últimos anos tem vindo a desenvolver-se uma nova forma de pensamento em enfermagem, o Cuidar Baseado nas Forças (SBC) que tem em conta os pontos positivos, o que funciona e as áreas com potencial, esta perspetiva não significa que se ignore os problemas, fingir que os défices não existem ou descurar as fraquezas. Pelo contrário deve investir no uso das forças no sentido de minimizar os pontos fracos e permitir que o que está a funcionar bem continue cada vez melhor (Gottlieb,2016).

Em Portugal este modelo contribuiu para a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar, pelo que o enfermeiro especialista de enfermagem de saúde familiar “concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas” (OE, 2017, p. 9).

As teóricas Wright e Leahey (1990) foram as que alegaram pela primeira vez que a enfermagem de família surge da interação do conhecimento das teorias:

- Teorias Ciências Sociais - essencialmente baseia-se na teoria dos sistemas onde vai procurara explicação do funcionamento da dinâmica familiar;
- Teorias da Terapia Familiar - abordagem terapêuticas é centralizada nas forças da família;

- Teorias de Enfermagem - avaliação e intervenção do enfermeiro face aos processos Saúde/doença são guiados pelo sentido de pessoa e ambiente de cuidados.

Hanson (2005), também reforça a ideia anterior, que as estruturas conceptuais ou teóricas de enfermagem e as abordagens que suportam os fundamentos da enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três pilares essenciais, as teorias das ciências sociais da família, as da terapia familiar e as teorias de enfermagem.

2.2.1. Teoria das ciências sociais

As teorias das ciências sociais proliferaram no início dos anos 50 do século XX e organizou-se o conhecimento das famílias, contribuindo para a construção do saber (Hanson, 2005).

As teorias mais desenvolvidas são as das ciências sociais, as que mais informação fornecem sobre os fenómenos familiares: Função familiar; intercambio entre ambiente; família interações e dinâmicas dentro da família entre outros.

Como refere Figueiredo, (2012) as teorias das ciências sociais possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família.

Todas dão o seu contributo, na medida em que proporcionam ao enfermeiro uma estrutura para ajudar à compreensão da família, porém têm tendência para serem abstratas, condicionando por vezes a sua aplicabilidade (Hanson, 2005).

Para uma melhor compreensão e prática de enfermagem junto das famílias as principais teorias das ciências sociais são:

- Teoria dos sistemas;
- Teoria estrutural-funcional;
- Teoria interativa;
- Teoria do desenvolvimento;
- Teoria do stress;
- Teoria da mudança.

De acordo com alguns autores passamos a fazer um pequeno resumo de cada uma das teorias acima mencionadas:

A Teoria dos sistemas, foi introduzida por Ludwig Von Bertalanffy em 1937 e tem sido aplicada pelos profissionais de saúde para compreensão da família (Wright & Leahey,2009).

Tem por base as ciências da biologia e da física; em que o sistema é designado como um conjunto de elementos interativos dependendo do ambiente onde reside. O sistema pode ser considerado aberto, realizando trocas de energia com o meio ambiente ou sistema fechada isolado do seu ambiente.

O equilíbrio de um sistema familiar depende de uma perspectiva subsistémica e suprassistémica com o intuito de observar as interações entre os subsistemas e suprassistemas da família.

Hanson,2005 refere que a família é vista como sistema composto por vários subsistemas que se influenciam reciprocamente, existindo limites, abertos, fechados ou aleatória hierarquia dentro do sistema familiar e relações lógicas entre os subsistemas.

Uma alteração (interna ou externa) num elemento da família gera alteração no sistema familiar, incitando alterações em cada elemento da família.

A Teoria estrutural-funcional, foi desenvolvida por Minuchin e seus colaboradores e referem que o desenvolvimento da família se realiza ao longo das etapas marcadas pela entrada e saída de membros da família, pela adoção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e pelo posicionamento dos filhos na família (Relvas, 1996; Hanson,2005).

A abordagem desta teoria é focada no presente, orientada para a ação e centrada no problema tendo como objetivo facilitar a reestruturação familiar.

A teoria interativa, teve a sua origem em Palo Alto na Califórnia, sendo também conhecida pela teoria da comunicação. Baseando-se nos princípios basilares da comunicação desenvolvida por Watzlawic, Beavin e Jackson que são: o ser humano não pode deixar de se comportar e como tal não pode deixar de comunicar; todo o comportamento é comunicação, mas para ser compreendido tem que ser analisado nesse contexto e todos os sistemas, incluindo a família, são determinados por regras que mantêm o equilíbrio homeostático mantendo o sistema.

Segundo Hanson e KaaKinen, (2005) esta teoria dá relevo à dinâmica da família, processos de comunicação, tomadas de decisão, papéis resolução de problemas e padrões de socialização.

No entanto importa referir que esta teoria não valoriza o ambiente em que a família está inserida.

Teoria do desenvolvimento familiar, esta refere que a família só se desenvolve passando por diferentes estágios, estruturas e funções familiares ao longo do seu ciclo vital.

Relvas em 1996, menciona a importância das etapas de vida da família retratando uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas e com o posicionamento dos filhos na família.

As etapas do ciclo de vida correspondem a : I- família sem filhos; II -família com filhos pequenos (do nascimento do 1^a filho até à idade pré-escolar, 3anos); III - família com filho em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola,6anos); IV - família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13anos);V - família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início dos estudos superiores);VI - família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa); VII - família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma)e VIII- família idosa (da reforma à viuvez).

O desenvolvimento familiar enquanto teoria envolve a ideia de que a família deve, ao longo do tempo, atravessar uma série de estágios previstos cronologicamente e separados por transições previsíveis.

O foco principal da Teoria do Desenvolvimento Familiar é a análise familiar, as mudanças sistemáticas e padronizadas experimentadas pelas famílias e como elas se mobilizam nos diferentes estádios ao longo de sua existência, que são influenciadas pelas normas e valores das mesmas.

Teoria do Stress, o stress familiar é especialmente pertinente a situações de cuidados de saúde por causa das experiências familiares stressantes relacionadas com a doença. A maior força é relativa à sua simplicidade. Esta teoria enfatiza que a percepção do agente stressor é mais importante do que a realidade objetiva e identifica recursos das famílias lidando com a situação e fortalece as abordagens de enfermagem familiar, que podem ser desenvolvidas para fortalecer as famílias (Hanson,2005). É limitado na sua utilidade para atender às necessidades de famílias saudáveis em termos de promoção da saúde e prevenção de doenças (Friedman et al., 2003).

É importante que o enfermeiro consiga ajudar os elementos que compõem a família a mudarem essa percepção do acontecimento stressantes, contudo a forma como a família sente e gere o acontecimento determina o modo como lidará com a situação (Hanson,2005).

Por último a **Teoria da Mudança**, desenvolvida por Maturana & Varela (1992), centra-se nas transições da família ao longo do ciclo vital, estas não mudam tenuemente nem de forma linear. A mudança na estrutura familiar ocorre como uma tentativa de restabelecimento do equilíbrio, causado por perturbações. As mudanças podem ser de 1ª ordem ou de 2ª ordem. Nas de 1ª ordem, o próprio sistema mantém-se inalterável, apesar de uma ou várias partes passarem por algum tipo de mudança. As de 2ª ordem, ocorrem dentro do próprio sistema familiar, existindo alterações reais nas regras que regulam o sistema, ou seja, sofre alterações a nível estrutural ou nível da comunicação (Hanson, 2005).

Desta forma podemos referir que as famílias podem ficar estáveis ou sofrerem mudanças quando confrontadas com influências internas ou externas.

2.2.2. Teorias da terapia familiar

No século XX nasceu a terapia familiar direcionada à família e indivíduos com problemas.

As teóricas Hanson e KaaKinen (2005), citaram a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e de comunicações, como sendo os três modelos da terapia familiar que mais contribuíram para a enfermagem familiar. A família é composta por subsistemas interdependentes, e maior do que a soma das partes, referindo que a mudança ocorrida numa das partes interfere com todas as outras.

Segundo Hanson (2005) estas teorias são modelos práticos descritivos e prescritivos dirigidos para a patologia, para a compreensão da disfunção e intervenção da mesma, estes modelos tem por base teorias da psicologia e sociologia, especialmente da terapia familiar estrutural, da terapia familiar de sistemas e da terapia interativa da comunicação que possibilitam abordagens diferentes dos fenómenos da família.

Teoria da terapia estrutural foi desenvolvida por Minuchin em (1974) e seus relacionados. A família é vista como um sistema sociocultural aberto que é continuamente confrontado com pedidos de mudança, tanto de dentro quanto de fora da família. O foco está em todo o

sistema familiar, seus subsistemas, fronteiras, bem como padrões transacionais familiares e regras secretas (Kaakinen et al.,2015).

Esta teoria tem como objetivo facilitar a reestruturação da família sendo a sua abordagem para a ação e centrada no problema. O foco está em todo o sistema familiar, subsistemas, fronteiras, assim como padrões transacionais familiares e regras secretas (Kaakinen et al, 2015).

Teoria da terapia familiar dos sistemas foi inicialmente proposta por Murray Bowen (1978), desenvolvida na área da esquizofrenia e posteriormente por David Freemam (1992) foi influenciada pela teoria dos sistemas. Esta teoria consagrar em promover a capacidade das pessoas se reconhecerem emocional e intelectualmente da família estimulando os processos do “eu” a da família assim como as emoções do seu passado e o presente.

A família é vista como um sistema emocional familiar em que as estratégias de *coping* e os padrões usados tem tendência para passar de geração em geração (processo de transmissão multigeracional). deste modo as famílias são compreendidas a partir de uma perspectiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas e repetitivas, o que por vezes e nem sempre a família se encontra disponível para tal (Hanson,2005).

A terapia familiar dos sistemas dá relevo ao passado pelo que exige um compromisso a longo prazo, o que torna as terapias longas e nem sempre as famílias estão ociosas.

Teoria da terapia familiar interativa, ou teoria da comunicação foi desenvolvida por pelo Haley Whitaker (1959), tendo a sua origem em Palo Alto na Califórnia.

A família é vista como sistema de comportamento interativo ou interligado ou como processamento de comunicação. O destaque é no aqui e no agora e não no passado.

A comunicação pode ser saudável quando a sua função de ligação é positiva entre os indivíduos, ou comunicação patológica quando existe afastamento ou se cria um écran de incompreensão entre os intervenientes.

Esta teoria baseia-se nos princípios fundamentais da comunicação desenvolvidos por Watzlawic, Beavin e Jackson já anteriormente mencionados e que reforçam a importância de o ser humano não poder deixar de comunicar e que todo o seu comportamento é

comunicação, é importante a análise neste contexto de todos os sistemas, incluindo a família, para ser compreendida e manter o equilíbrio demarcado por regras.

Hanson (2015), refere que os problemas emocionais são resultado da forma como as pessoas interagem dentro do contexto familiar.

Deste modo esta teoria é útil e proveitosa na enfermagem familiar pois ressalta a dinâmica de intercambio entre os indivíduos. Por outro lado, esta teoria não mostra a maneira como o ambiente mais amplo interfere na família.

2.2.3. Modelos e teorias de enfermagem

Os modelos teóricos de enfermagem são essenciais para a compreensão da natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros e mesmo para a conceção da profissão.

Assim sendo existem várias teoria e modelos que deram o seu contributo no desenvolvimento e pratica da enfermagem familiar, o enfermeiro de família deverá reconhecer, desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Hanson, 2005).

A teórica Florence Nightingale em 1959 foi pioneira ao anunciar que a família tem influência positiva ou negativa no individuo. A sua teoria ambientalista tinha como foco o ambiente deste modo os indivíduos detentores de defesas naturais eram influenciados por ambiente saudável ou não saudável. O objetivo da enfermagem era transformar aspetos não saudáveis do ambiente com a finalidade de colocar o individuo no melhor estado para a ação da natureza.

Martha Roger (1970), baseou-se na teoria geral dos sistemas e desenvolveu a teoria dos seres humanos unitários em que o individuo como sistema aberto em troca, constante com o ambiente, posteriormente introduziu o princípio da homeostasia.

Casey em 1996 revela o contributo desta teoria para a enfermagem de família, com a aplicação na prática do enfermeiro de família, clarificando que a família é um todo e um sistema aberto em constante troca com o ambiente sujeito a mudanças ao longo do tempo.

Calista Roy (1984), desenvolveu a teoria da adaptação baseada na teoria dos sistemas de Bertalanffy, primeiramente a família foi incluída como contexto mais tarde Roy e Roberts (1981) descreveram a família como um sistema aberto adaptativo que recebe informação, que tem controlo interno e processos de feedback e saídas.

Na enfermagem de família assim como na prática do enfermeiro que colabora/ajuda famílias surgem elementos importantes a ter em conta tais como: o ambiente e o coping.

Betty Neuman (1982) desenvolveu o modelo de sistemas de Neuman, baseado nas teorias dos sistemas e do stress. A família é vista como um sistema composto por vários subsistemas dando resposta aos elementos stressores do ambiente numa prescrição de continuidade (Hanson & Kaakinem, 2005).

Imogene King (1987), desenvolveu a teoria do Alcance dos objetivos, baseada na teoria dos sistemas, incluiu na sua teoria o conceito de família como contexto para o desenvolvimento individual. A família era vista como veículo para transmitir valores e normas de comportamento ao longo da vida.

A autora supracitada, compreende a família como sistema interpessoal e social, evidenciando a interação entre os diferentes sistemas na consecução de objetivos.

King realça a importância da interação entre enfermeiro/família como cliente assim como a participação do mesmo nas tomadas de decisões para alcançar os objetivos.

Dorothea Orem (1993), desenvolveu a teoria do défice de autocuidado de enfermagem, a família é vista como apoio do indivíduo e não como foco de cuidados. Observa para segundo plano, centrando-se especificamente no papel dos elementos que a compõem e desempenham na ajuda ao indivíduo no cuidado de si próprio (Hanson, 2005).

Descreve as limitações envolvidas no atendimento das necessidades para cuidados e os efeitos que eles têm na saúde e bem-estar da pessoa ou dependente (Allgood, 2014).

A partir dessa observação, Dorothea Orem começou o processo de formalização do conhecimento sobre o que as pessoas precisam fazer ou fizeram por si mesmas para manter a saúde e o bem-estar. A teoria do autocuidado relata o que uma pessoa necessita e quais intervenções que precisam ser tomadas para atender a esses requisitos.

Figueiredo, (2012, p13) refere que as relações estabelecidas entre o enfermeiro /família são fundamentais na negociação e colaboração das famílias no processo de cuidados.

Marie-Louise Friedemann (1995) desenvolveu uma teoria do funcionamento familiar, a família é vista como um sistema social que tem como objetivo transmitir cultura aos seus

membros. Os seus elementos básicos são a estabilidade, o crescimento, o controle e a espiritualidade familiar, focando-se assim na da família (Kaakinen et al.2010).

Afaff Meleis (2000) para demonstrar a teoria das transições, efetuou várias investigações de modo a estudar as intervenções que facilitassem o processo de transição, assim como os indivíduos que não conseguissem efetuar transições saudáveis.

De acordo com a autora acima referenciada a “transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self.”

Ainda de acordo com mesma autora em 2015 refere, que o individuo pode experienciar vários tipos de transições que de acordo com a sua natureza, podendo estas serem do tipo desenvolvimental (relacionadas com as crises naturais que decorrem do ciclo de vida individual e familiar tais como o casamento ou nascimento de um filho); ou do tipo situacional (situação de desemprego, tipo saúde /doença, relacionadas com processos de adaptação a situações tais como doenças crónicas)e por último do tipo organizacional relacionadas com mudanças de papeis quer seja no contexto do funcionamento quer seja laboral).

As transições constituem para a enfermagem um paradigma, uma nova forma de ver e cuidar a pessoa/família no percurso das diferentes etapas do ciclo vital.

Pelo que o enfermeiro, como agente facilitador nos processos de transições ao interagir com os clientes/famílias desenvolve uma relação de ajuda/colaborativa e adota atitudes facilitadoras da transição tendo como objetivo promover, restaurar ou facilitar a saúde.

Figueiredo (2012), reforça a ideia independente do nível da prática de enfermagem, pela sua complexidade intrínseca à unidade familiar; a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que facilitem a conceder cuidados orientados quer para acolheita de dados quer para planeamento das intervenções.

Nesta linha de pensamento e segundo vários fundamentos teóricos e conceptuais descritos nasceram modelos de avaliação e intervenção familiar centrados na família enquanto unidade e foco de cuidados: Modelo de avaliação da intervenção familiar e inventario das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF); Modelo e formulário de avaliação familiar de Friedmam;-

Modelo de resiliência ao stress, ajuste a adaptação familiar; Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF); Modelo de intervenção na família(MCIF); Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF).

O Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (IFPSF), foi desenvolvido por Hanson e Berkley em 1991 e posteriormente aprofundado por Hanson e Mische, baseado no modelo sistémico de Betty Neuman é proveniente de teoria do sistema. O foco está no cliente como um sistema (que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade) e nas respostas do cliente aos Stressores. O sistema cliente inclui cinco variáveis (fisiológicas, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espiritual) e é considerado como um núcleo interno (recursos energéticos básicos) cercados por círculos que incluem linhas de resistência, uma linha normal de defesa e uma linha de defesa flexível (Alligood, 2014).

O IFPSF é orientado para a área da promoção da saúde (atividades de bem-estar, identificação de problemas, fatores familiares nas linhas de defesa e resistência); área da reação e estabilidade (nas linhas de defesa e resistência) e por último a área de restituição da estabilidade e funcionamento familiar (nos vários níveis de prevenção) (Hanson,2005).

A família é vista como um sistema dinâmico, aberto em interação com meio ambiente, em que o enfermeiro tem como papel ajudar a minimizar as ameaças ao sistema familiar e apoiar a família a encontrar os agentes *stressores*, assim como as suas forças e em parceria planear as intervenções para resolver os problemas da mesma (KaaKinem &Hanson, 2010).

O Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (Friedman, 1998), baseia-se na teoria dos sistemas, teorias de desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família.

Consiste, num formulário de colheita de dados à família, olha a mesma como um sistema social macroscópico da família onde os seus membros aprendem as normas e valores que se gerem (Silva, 2006).

Figueiredo, 2012 reforça a ideia que a família é o espaço privilegiado onde se adquirem e transmitem crenças, valores éticos culturais e cívicos dando continuidade a cultura.

O Modelo de Avaliação e Intervenção da Familiar de Calgary (MCAF), foi desenvolvido por Wrighte Leahey e tem por base: A Teoria dos Sistema; A Teoria Cibernética; A Teoria da comunicação; A Teoria da Mudança e a Biologia da Cognição (Figueiredo, 2012).

O MCAF é uma estrutura multidimensional que tem vindo a ser revisto e aperfeiçoado desde 1984 até aos dias de hoje, encontrando-se já na quinta edição (Wright & Leahey, 2011). Sendo considerado pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) um dos quatro modelos de avaliação mais importantes. Foi desenvolvido por enfermeiras norte-americanas Lorraine e Maureen, em 1984 e foi originalmente adaptado de uma estrutura de avaliação desenvolvida por Tomm e Sanders (Wright & Leahey, 2011).

Em 1936, Von Bertalanffy introduziu a teoria dos sistemas. Esta tem vindo a ser aplicada pelos enfermeiros para a análise e compreensão das famílias sendo, atualmente, uma referência na avaliação familiar, envolvendo duas componentes específicas: a de avaliação e intervenção da família.

MCAF comum a perspetiva multiverso do sistema família, apresenta-se com uma estrutura multidimensional, que engloba três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma destas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família, numa perspetiva dinâmica e de continuidade (Figueiredo, 2012).

Os elementos do MCIF são intervenções do domínio do funcionamento familiar e eficácia é uma representação visual entre um domínio do funcionamento familiar e uma intervenção de enfermagem que visam, promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar eficaz nos três domínios, cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção (MDAIF) desenvolvido pela enfermeira Figueiredo em 2009 e em 2012 foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial teórico e operativo para dar resposta as necessidades sentidas pelos enfermeiros portugueses no desenvolvimento da prática dos cuidados enfermagem de família em contexto de cuidados saúde primários (Figueiredo, 2012, p.103).

MDAIF sustenta o seu pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fontes teóricas o Modelo de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar, e Cuidados de enfermagem à família são conceitos que a autora explica no modelo:

- **Família** é todo ao mesmo tempo assumindo características que são mais do que é diferente da soma das partes (Figueiredo, 2012, p. 67);
- **Saúde Familiar** capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros (Figueiredo, 2012, p. 68);
- **Ambiente Familiar** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade (Figueiredo, 2012, p. 68);
- **Cuidados de enfermagem à família** centram-se na interação entre o enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. É um processo de cuidados desenvolvido em colaboração com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012, p. 69).

O MCAIF possui como instrumento de colheita de dados uma matriz operativa multidimensional constituída por três dimensões: - Estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico); - Dimensão de desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental); e por último a dimensão funcional (papel do prestador de cuidados, e processo familiar).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITARIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

As transformações na área da saúde são cada vez mais complexas, são exigidas novas formas de trabalhar na saúde tendo a família como foco, dos cuidados. O que vem reforçar a necessidade de os enfermeiros estarem preparados, por meio de competências, para prestar cuidados de excelência às famílias ao longo do seu ciclo vital.

Foi através do conhecimento adquirido na componente teórica, das experiências vividas durante o ensino clínico e de uma reflexão contínua que o crescimento pessoal e profissional levou ao desenvolvimento das competências referenciadas neste relatório. Os objetivos propostos para os estágios são enquadrados com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista bem como nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

As Competências comuns segundo o Regulamento n.º 140/2019, artigo 3, são as competências, “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

O presente Regulamento também enumera os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro sendo:

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

3.1.1. Responsabilidade ética e deontológica

Neste domínio, encontram-se as seguintes competências:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8649).

Segundo este documento o enfermeiro demonstra capacidade de tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada que é sustentada em princípios, valores e normas deontológicas. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente, tendo em conta o conhecimento e experiência para a tomada de decisão assim como participa na construção da tomada de decisão em equipa. Todas as decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

Ao longo do ensino clínico as intervenções foram desenvolvidas numa prática profissional Ética e Deontológica. Segundo a OE (2019), a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional, permite que se ofereça ao utente melhores cuidados.

Os primeiros dias de estágio permitiram conhecer a equipa, os espaços físicos, circuitos e funcionamento da unidade. O conhecimento da estrutura, dinâmica e organização da USF Almonda contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados assim como facilitou a integração.

Nos ensinos clínicos realizados os registos de enfermagem, foram realizados através do sistema informático denominado SClínico®. Silva (2007) refere que os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação.

Em conjunto com a enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar participou em tomadas de decisão durante os ensinos clínicos, recorrendo à colheita de informação, diagnósticos de enfermagem, avaliação do utente e das intervenções realizadas.

3.1.2. Melhoria da qualidade

Neste domínio surgem 3 competências individualizadas:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n. 122/2011 de 18 de fevereiro 2011, p. 8649).

Sendo a comunicação uma prática comum do dia a dia do enfermeiro, salientamos que, as aprendizagens adquiridas no âmbito da especialidade, permitiram mobilizar ferramentas que facilitadoras da intervenção junto do utente/família melhorando o envolvimento e a motivação dos mesmos na prestação de cuidados.

A observação e a reflexão, foram instrumentos essenciais neste percurso, a análise de como cada enfermeira comunica com os utentes, que estratégias utilizam para conseguir “chegar” à pessoa, levando à conclusão que através da comunicação, “chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005).

É fundamental dotar as equipas de enfermagem de competências ao nível comunicação para estimular a interação do utente/família com o enfermeiro de família promovendo a qualidade dos cuidados.

A instituição onde foram realizados os estágios, baseia a sua prática de enfermagem em protocolos e normas, com o objetivo de uma melhoria de qualidade e a manutenção de um ambiente seguro, promovendo assim uma uniformização de cuidados.

3.1.3. Gestão de cuidados

Este domínio envolve sempre duas competências, segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros:

- Gestão dos cuidados e otimização da resposta dos enfermeiros e restantes profissionais da equipa, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.
- Adequação do estilo de liderança à situação, gerindo os recursos à necessidade de cuidados, objetivando a qualidade dos cuidados.

Tendo em conta que a equipa de enfermagem manifestou vontade de conhecer as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e o Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar foi primordial a realização de formação sobre estas temáticas promovendo a excelência dos cuidados, contribuindo assim para a formação e satisfação da equipa de enfermagem traduzindo-se em ganhos para a saúde pela mudança

de atitudes e comportamentos, no cuidar das famílias (Apêndice I).

Cada vez mais as instituições têm metas, projetos, indicadores e objetivos para concretizar, este ensino clínico foi uma mais valia neste processo de aprendizagem permitindo participar na rentabilização de recursos e articulação de unidades. Outras áreas também foram observadas como a gestão de stocks (farmácia, material de consumo clínico e aplicativo informático de registo Glintt), e a referenciação dos utentes para a RNCCI com a elaboração de folheto com o tema “Referenciar para RNCCI é importante” (Apêndice II).

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio de competência surgem 2 competências individualizadas, descritas no Regulamento n. 122/2011 de 18 de fevereiro (2011):

- Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No decorrer dos ensinamentos clínicos houve momentos de partilha e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Assim como a pesquisa bibliográfica se revelou uma mais valia neste processo de aprendizagem.

Neste percurso houve uma preocupação ao nível das relações interpessoais e da gestão de sentimentos, uma vez, que eram contextos novos e uma saída da área de conforto, o que deu origem a algum nervosismo, mesmo trabalhando nos cuidados de saúde primários, agora denoto uma outra responsabilidade enquanto futura Enfermeira de Saúde familiar.

Alarcão (2000), refere que ser enfermeiro implica ser competente, isto é, ser capaz de num determinado momento mobilizar um conjunto de conhecimentos e capacidades.

Nesse sentido a pesquisa bibliográfica demonstrou-se preciosa para reforçar o desenvolvimento cognitivo, o autoconhecimento e a assertividade, baseando a prática numa base científica sólida e documentada (OE, 2009).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A OE no regulamento nº140/2019 no artigo 3º, as competências específicas são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo

de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrando através de um grau elevado de adequação dos cuidados de saúde das pessoas.

O regulamento 428/2018 define as Competências Específicas do Enfermeiro na vertente de Saúde Familiar:

- a) Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- b) Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

3.2.1. 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

O enfermeiro de família é o que cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção.

Considerando a família como unidade de cuidados promovendo a sua capacitação, focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Decreto Lei 428/2018).

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo,2012).

A família deve ser incentivada e responsabilizada a participar no seu processo de cuidar e dos seus membros precisando de ser ouvida e valorizada.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na vertente Saúde Familiar deve orientar a sua prática nas competências descritas no Decreto Lei 428/2018, seguidamente, passamos a refletir sobre o desenvolvimento das mesmas.

Sendo objetivo deste relatório a análise do desenvolvimento de novas competências será neste capítulo documentado o percurso de aprendizagem, realizando a descrição das atividades desenvolvidas para o desenvolvimento das competências exigidas e reflexão sobre as mesmas.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na vertente Saúde Familiar deve orientar a sua prática nas competências descritas no Decreto Lei 428/2018.

Como já referimos anteriormente o foco deste ensino clínico foi a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação como um todo e dos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Foi estabelecida uma relação com as famílias de forma a atuar ao nível da prevenção de doenças e controlo de situações complexas. O contacto direto com as famílias facilitou a aquisição desta competência, através de visitas domiciliárias (VD) e da avaliação familiar.

Durante a visita domiciliar, estabelecemos um contacto mais próximo com a família procuramos estabelecer uma relação de empatia e confiança promovendo a comunicação verbal e não verbal.

Figueiredo (2012), refere a comunicação humana é constituída por sinais verbais, corporais e comportamentais, todo o comportamento verbal ou não verbal, desta forma os comportamentos da família, foram alvo de atenção, mostrando abertura, disponibilidade e reforçando o que estava bem e como poderíamos resolver as suas preocupações.

A família tem um vasto leque de forças as quais recorrem todos os dias para lidar com as incertezas e eventos que as perturbam a sua vida (Gottlieb, 2016).

O mesmo autor refere que os enfermeiros necessitam de conhecer as forças dos utentes/famílias de modo a mobiliza-las e poder apoiar as mesmas nos processos de saúde/doença bem como nos momentos de sofrimento, recuperação ou cura.

Pela recetividade sentida nas visitas VD podemos afirmar que foi estabelecida uma relação de confiança, havendo abertura por parte das famílias para estabelecer um plano de ação.

Durante a colheita de dados pertinentes para o estado da saúde da família e para a elaboração do plano de ação foi importante saber informação adicional de várias fontes incluindo as interações familiares, assim como a comunicação a utilização de instrumentos de avaliação familiar para identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

No que diz respeito à família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas

essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter o funcionamento adequado, face a transições normativas (ex. nascimento de um filho, adolescência) e acidentais (ex. gravidez não desejada, desemprego de um dos membros da família, alterações do rendimento familiar, doença aguda, morte de um familiar, um desejada, desemprego de um dos membros da família ou alterações do rendimento).

É de salientar que a confiança que existia com a equipa da USF Almonda facilitou a presença no seio familiar e foi fator facilitador para realizar as entrevistas para efetuar a colheita de dados.

A proximidade com a família promoveu momentos de reflexão sobre doença aguda, morte de um familiar, um membro da família vai ser hospitalizado e assim foi selecionada a família para aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família em contexto domiciliário.

Durante o estágio foi efetuada a avaliação familiar da família em estudo recorrendo ao MCAF e ao Genograma, Ecomapa, escala de avaliação social de Graffar, escala de Faces II e escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.

Também foi estimada a etapa de desenvolvimento familiar e individual para permitir identificar as tarefas e vínculos presentes neste período de crise e os recursos internos e externos, foi elaborado o plano de intervenção e realizadas algumas intervenções.

Salientar que apesar de intervir nas 3 dimensões do modelo na família selecionada, na prática diária incluiu as várias dimensões na avaliação intervindo na que considerava prioritária.

A avaliação foi efetuada durante as visitas domiciliárias após contacto telefónico para solicitar consentimento e marcação da visita, com o apoio da orientadora e equipa de transporte.

O papel do enfermeiro de família que vai muito mais além de prestar um cuidado, mas uma parceria no processo de cuidar da família enquanto unidade de cuidados e dos seus membros ao longo das etapas de vida.

Mobilizar as respostas a diferentes condições de saúde/doença em situações complexas tendo em conta a influencia das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individuais as crenças culturais e espirituais, os vários fatores ambientais e recursos familiares nas respostas as transições de vida.

Na avaliação da família em estudo foi fundamental a aplicação do modelo MACF e as escalas par um conhecimento nas diferentes dimensões, estrutural, desenvolvimento e funcional com o propósito de identificar necessidades da família.

A mobilização de conhecimentos da parte teórica e pesquisa permitiu-nos ter um entendimento mais abrangente da família dos focos de intervenção de enfermagem.

O recurso ao MCAF mostra a importância do papel do enfermeiro de família permitindo que tenha um conhecimento da família no seu contexto, envolvendo os seus membros e perceber a sua dinâmica, necessidades de saúde e intervenções e prestação de cuidados de qualidade.

É de salientar que a equipa de enfermagem apresentou interesse neste modelo, após a formação inicial e em parceria com a enfermeira orientadora e sido mobilizado e aplicado aos utentes/famílias do ficheiro da Enfermeira orientadora.

Durante as VD e as consultas de enfermagem de vigilância, tem sido promovido momentos de capacitação, discussão com as famílias sobre metas e expectativas em relação aos comportamentos adotados pelos enfermeiros na prestação de cuidados e nos focos de intervenção. Colaborando com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados da mesma.

Durante o ensino clínico foi muito importante a pesquisa bibliográfica e uma atualização permanente de forma a que os cuidados fossem baseados na evidência científica e assim colaborar com a família no seu processo de resolução de problemas.

É fundamental que o enfermeiro intervenha numa abordagem colaborativa e sistémica nos processos de mudança necessárias as transições acidentais e normativas promovendo assim a capacitação dos utentes /famílias (Figueiredo, 2012).

No contacto com família em estudo foram realizadas intervenções com o objetivo de motivar e envolver os membros no processo de saúde, reforçando os seus pontos fortes e mostrando disponibilidade para quando for necessário; dando feedback das melhorias para alcançar as metas.

Como já referimos, valorizou-se o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos, a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados

promovendo ambiente seguro e saudável para toda a família, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.

Durante o estágio o foco de atenção foi a promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas facilitando uma comunicação clara de forma a facilitar a obtenção dos objetivos e progressão nas estratégias de resolução dos conflitos lidar com as emoções e reduzir os resultados negativos na área de saúde familiar.

No contacto com a família em estudo foi avaliada em parceria com a mesma a eficácia das intervenções postas em prática, reforçando e elogiando os progressos, foram solicitados os recursos disponíveis da saúde/comunidade, com conhecimento e autorização da família.

Foi sempre dado feedback à família, de forma sistemática, centrando-nos nos seus pontos fortes, foram também incentivados a partilhar a sua história e observações do seu crescimento e manter o *feedback* familiar.

No contacto com a família em estudo foi discutido em cada visita domiciliar o plano de ação, os desafios estabelecidos que tinham sido concretizados elogiando/reforçando as conquistas e incentivando a partilhar emoções e medos.

Na família em estudo a colheita de informação foi através de entrevista semiestruturada e consulta do SClínico.

O guião aplicado à família foi em contexto de visita domiciliar em que estavam presentes os membros da família, o que permitiu efetuar uma avaliação familiar nas três dimensões e identificar problemas e necessidades, estabelecer diagnósticos planejar e implementar as intervenções sempre com o conhecimento e em parceria com a família.

Ao longo de todo o estágio foi possível refletir e partilhar resultados, nomeadamente relativos à avaliação familiar e focos de atenção tanto no processo familiar desenvolvido como nas consultas de vigilância, partilha feita após consultas de enfermagem de forma oportunista com toda a equipa, em particular com a Enfermeira Orientadora.

Estes momentos permitiram avaliar continuamente a prática de enfermagem enquanto futuro enfermeiro de família no sentido de melhorar o desempenho, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

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

Na família em estudo foram mobilizados os recursos necessários para a prestação de cuidados, ou seja, foi possível compreender os procedimentos de articulação da USF Almonda com as unidades de interação, nomeadamente a Enfermeira Especialista de Reabilitação, Saúde Mental e Terapeuta Ocupacional pertencentes à UCC.

Foi possível observar a referenciação de utentes/famílias para outros profissionais e para a rede nacional de cuidados continuados.

Na comunidade foi articulado como o recurso o “Grupo da Terceira Idade em Movimento” permitindo momentos de partilha e de atividade física.

A avaliação da resposta da família às intervenções permitiram por parte da equipa de enfermagem refletir sobre atuação do enfermeiro de família.

O sistema de cuidados de saúde da família foi gerido aos diferentes níveis de prevenção, participando no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde.

Ao longo do estágio foi dada ênfase à formação na área de saúde familiar.

Foram efetuados no SClínico os registos no processo de cuidados da família, dando assim visibilidade aos cuidados prestados e resultados de saúde, de referir que o programa informático não permite efetuar o registo de todas as intervenções.

Este estágio permitiu-nos refletir no papel do enfermeiro de família e ter uma visão mais vasta do cuidar. Os cuidados à família têm o foco no todo não esquecendo os seus membros individualmente, criando uma relação dinâmica, promotora de mudança através da elaboração de soluções dos problemas das famílias de forma colaborativa com a família Figueiredo (2012).

O envolvimento na prática de enfermeiro de família possibilitou a intervenção com a família, baseada na evidência científica capacitando a mesma na definição das suas metas e expectativas colaborando na criação do plano de ação com a finalidade de atingir o equilíbrio e bem-estar, potencializando as suas forças pelo que o enfermeiro deverá ser o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital (OE).

Analisando este período formativo e considerando os objetivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se desenvolveram na aquisição de competências, foram atingidos de forma global, com uma evolução gradual e favorável, trazendo contributos para um futuro próximo.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA – ESTRATEGIAS PARA INTEGRAR A FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Decorrente de conversas informais na interação com os enfermeiros da USF e em especial com a enfermeira orientadora do estágio, identificamos a necessidade conjunta do entendimento de quais seriam as estratégias a desenvolver, com as famílias, no sentido de potenciar o seu maior envolvimento no processo de cuidados. Assim e de forma a selecionar a melhor forma de colaborar na necessidade sentida pelos enfermeiros da USF, partiu-se à procura da melhor evidência científica.

Iniciamos neste capítulo por justificar a importância do recurso à prática baseada na evidência no desempenho diário do enfermeiro, legitimando também a seleção da metodologia selecionada para intervenção junto dos enfermeiros da USF. Segue-se a descrição da metodologia utilizada, assim como a discussão dos resultados encontrados.

4.1. INTRODUÇÃO

Com a reforma dos CSP os centros de saúde reorganizaram-se surgindo assim os ACES com a criação de unidades funcionais que prestam cuidados individuais e familiares (Ministério da saúde ,2006), dando origem, pelo decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto, as USF que são unidades elementares que prestam cuidados de saúde individuais e familiares assentes em equipas multiprofissionais.

Alarcão, (2000) refere-se à família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que neste percurso possamos vir a ter outras famílias.

Também Hanson (2005), refere que o conceito de família nas diversas áreas do conhecimento, apresenta diferentes significados. Sob o ponto de vista legal, família representa aqueles que se relacionam por laços sanguíneos, adoção e casamento; ao nível biológico, refere-se à ligação genética; sociologicamente, família representa aqueles que vivem juntos e, ao nível da psicologia família refere-se aos elementos que estabelecem fortes laços emocionais entre si. Assim, define família como sendo um sistema social constituído por duas ou mais pessoas que coexistem dentro de um contexto que exija expectativas de afeição

recíproca, responsabilidade mútua e duração temporário, adquirindo uma identidade própria que se desenvolvendo ao longo dos anos e as torna autênticas e únicas.

Pelo que para compreender a família como única e autêntica é fundamental compreender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensional (Figueiredo, 2012).

Considerando a família como um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde.

A prestação de cuidados centralizadas nas necessidades da família origina que os enfermeiros possuam competências no desenvolvimento da sua prática, para a compreensão da natureza dos cuidados prestados e para a conceção da profissão (Figueiredo, 2012 p.11).

O enfermeiro de família deve ser detentor de conhecimento científico e mobiliza-lo na identificação de problemas e colaborar com as mesmas na sua resolução.

Assim a enfermagem de família elevar-se da interação do conhecimento das teorias, Ciências sociais, da terapia familiar, e das teorias da enfermagem (Wright & Leahey, 2009).

Com o desígnio de promover a autonomia do sistema de familiar, das intervenções de enfermagem é esperado que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias (Figueiredo, 2012).

Contribuindo assim para a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ao ajudá-la a mobilizar os seus recursos internos e externos, no sentido de fortalecer a saúde da mesma e promover a sua autonomia e independência. Também é crucial que se considere uma interdependência entre a saúde da família enquanto sistema funcional e a saúde individual dos seus membros.

Então o papel do enfermeiro de família passará por aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como colaborar nas transições ao longo do ciclo vital durante as quais há a necessidade de cuidar dos seus membros (Collier, 1999).

Com a diminuição do tempo de internamento e o aumento dos cuidados no ambulatório, a prática de enfermagem centrada na família tem-se desenvolvido, requerendo o envolvimento da família no plano de cuidados (Barbier, Figueiredo et al, 2012).

Wright e Leahey (2009) salienta que a intervenção do enfermeiro terá ganhos em saúde se a sua intervenção for decorrente de um relacionamento eficaz, facilitando a mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família.

O enfermeiro é o que cuida e tem a aptidão de colaborar e capacitar as famílias de forma a que estas possam atingir um nível superior de saúde. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na aquisição do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

Collière (1999), refere que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos a autonomia, mas é também um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente precisa de auxílio para assumir as suas necessidades vitais, a mesma autora (1999, p.155) declara que cuidar é “aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado.”

Também e segundo Hesbeen (2000), cuidar é um termo nomeado em saúde como atenção especial a uma pessoa que viveu uma situação particular com vista a ajuda-la, contribuir para o seu bem-estar promovendo a saúde.

Os enfermeiros de família são os profissionais privilegiados e capacitados para desenvolver e executar a função do cuidar, são os que acompanham doentes/família mais tempo e as suas intervenções cooperarem para o bem-estar dos doentes /famílias. (Hesbeen, 2000, p.45), diz que os enfermeiros “são os autores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar”, Silva et al., (2005), quando declara que a enfermagem tem no cuidado, o seu foco central de ação, comprova com esta opinião.

As intervenções de enfermagem decorrem da interação entre o enfermeiro e a família, que terá ganhos em saúde se a intervenção resultar de um relacionamento eficaz a nível afetivo, cognitivo e comportamental tornando-se facilitador na mudança e resolução de problemas (Wright & Leahey, 2009).

Deste modo os enfermeiros de família são os atores principais na promoção de intervenções que promovam o envolvimento das famílias no cuidar.

Cada vez mais os profissionais e organizações de saúde adotam, implementam e sustentam a sua Prática Baseada na Evidência (PBE) com o objetivo de acrescentar qualidade nos cuidados e ganhos em saúde, (Apóstolo, 2017, p.6).

4.2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) é uma formas de pesquisa que utiliza a literatura de um determinado tema como fonte de dados resumindo as mais atuais evidencias sobre um determinado tema, fornecendo o melhor conhecimento para sustentar a tomada de decisões e futuras necessidades de investigação clínica (Apostolo, 2017p.21).

A Joanna Briggs Institute (JBI) tem dado o seu contributo com o seu modelo definido como “conjunto de atividades de capacitação destinada a envolver os principais interessados com as evidencias para que a tomada de decisões possa ser informada e gerar melhoria sustentada na qualidade da prestação de cuidados de saúde” (Apóstolo, 2017 p.13).

Neste sentido a RIL será desenvolvida com base na abordagem Scoping da JBI. Uma RIL objetiva examinar a extensão, alcance e natureza da atividade de investigação; determinar a utilidade de realizar uma revisão sistemática; resumir e divulgar os resultados de investigação e identificar as lacunas da investigação numa determinada permitindo concluir sobre o estado da atividade de investigação nessa área (Apóstolo, 2017).

A elaboração de uma RIL inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que tenha pertinência para a enfermagem. Portanto a primeira etapa implica a realização de uma RIL bem elaborada, uma vez que a questão de pesquisa é bem delimitada os descritores ou palavras-chaves são facilmente identificadas para a realização da procura de estudos (Apóstolo, 2017).

Segundo o mesmo autor a questão de revisão, considerando que é uma RIL segue a mnemónica PCC: População (P), Conceito (C), Contexto (C).

Ao longo deste capítulo serão apresentadas as etapas da elaboração de uma RIL: formular uma questão de revisão; definir critérios de inclusão dos Estudos; localizar os registos através da pesquisa; selecionar os estudos/artigos/documentos para inclusão; avaliar a qualidade metodológica dos estudos/artigos/documentos; extrair os dados; analisar e sintetizar os estudos relevantes; apresentar e interpretar os resultados.

A questão de investigação deve ser enunciada de forma clara, significativa e objetiva, visto que orientará o processo de revisão, definição dos critérios de inclusão, estratégia de pesquisa, na seleção dos estudos e na informação que dê resposta á questão (Apóstolo, 2017).

Questão de investigação:

Quais são as intervenções do enfermeiro de família em Cuidados de Saúde Primários que promovam o envolvimento da família?

Tendo como objetivo:

Mapear as Intervenções do enfermeiro de família no envolvimento da família, no processo de cuidados.

Segundo Vilela, (2022) os critérios de inclusão e exclusão orientam o leitor na escolha das fontes a serem incluídas na revisão:

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
- População (P) - Famílias;	- Artigos que não cumpram os critérios de inclusão;
- Conceito(C) - Intervenções de enfermagem; enfermagem de família	- Artigos que sejam em contexto hospitalar;
- Contexto (C) - Cuidados Saúde Primários;	- Artigos duplicados;
-Teses, Dissertações e artigos com texto integral disponível em português, Inglês e espanhol.	- Artigos que não identifiquem as intervenções de enfermagem;
Data dos estudos entre 2018 e 2022	- Artigos que não sejam redigidos em português, espanhol ou inglês

Fonte-Realizado pelo próprio.

A pesquisa bibliográfica primária foi realizada entre novembro e dezembro de 2022. A estratégia de pesquisa é baseada nos critérios de inclusão e exclusão dos elementos da mnemónica PCC e foi realizada em três etapas: -Pesquisa inicial limitada a três bases de dados online; - Pesquisa em três bancos de dados, PUBMED/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, (CINAHL) e Psychology & Behavioral Sciences Collection,em que as duas últimas foram pesquisadas via Elton B. Stephens Co. Host (EBSCOHost); - Contemplação de uma pesquisa manual de listas de referência dos artigos incluindo a pesquisa de artigos não publicados e a

busca de literatura cinzenta foi obtida através da pesquisa livre no motor de busca Google, em sites credíveis de Portugal e de fora de Portugal, nos idiomas português espanhol e inglês. As palavras chave consideradas e os descritores apresentados no quadro 2.

Quadro 2-Palavras chave e termos de pesquisa/descriptores

Palavras-chave	Descritores	
	MeSh	DeCs
Intervenção enfermagem	Nurse Intervention	Família
Enfermeiro de família	Family Nursing	Enfermeiro de família
Cuidados de saúde primários	Primary Health Care	Atenção primaria de saúde

Fonte-Realizado pelo próprio

A expressão de pesquisa utilizada foi a seguinte: *Nurse Intervention AND Family Nursing AND Primary Health Care*.

A pesquisa foi efetuada na *PubMed*, num friso cronológico de 5 anos (2018 – 2022). As restantes opções selecionadas foram: *free full text*; resumo disponível; humanos; Idiomas: inglês, português, espanhol.

Utilizamos o *PRISMA Flow Diagram* por forma de garantia da qualidade metodológica, procedendo-se à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo *JBI*, como se encontra demonstrado na Figura 6.

Pela aplicação da expressão de pesquisa obtiveram-se 283 artigos. Iniciamos pela leitura do título e verificou-se que não existiam artigos duplicados. Seguindo para o *Screening*, com a leitura do título e do *abstract*, foram eliminados 252 artigos, reunindo-se 32 artigos elegíveis.

Na fase da *Elegibility*, após leitura em *full text*, os artigos foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluídos 29 pelo facto de não cumprirem os critérios de inclusão nesta RIL.

Assim, e chegando à última etapa do fluxograma, *Included*, foram incluídos 3 artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade, ambos de abordagem quantitativa. O *PRISMA* foi a ferramenta utilizada para apresentação dos dados:

PRISMA

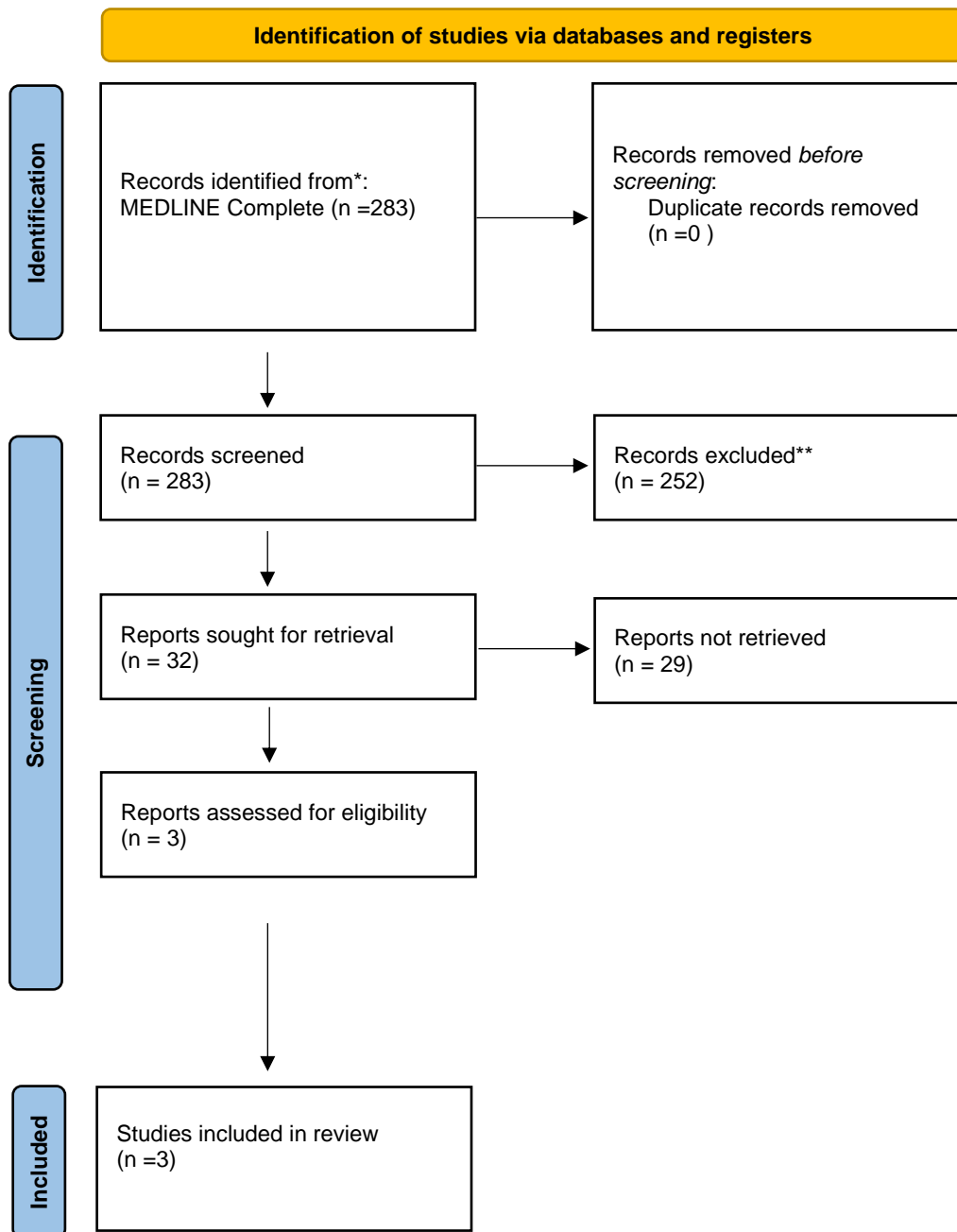


Figura 6. Fluxograma PRISMA

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/> Daniela Cardoso

Os dados extraídos dos estudos incluídos na RIL foram colocados numa tabela e organizados por estudo e por programa para facilitar a leitura e análise. Estes incluem minúcias específicas acerca dos autores, ano de publicação, desenho de estudo, características das intervenções,

recursos utilizados, instrumentos de avaliação utilizados, resultados avaliados, resultados obtidos e sugestões de melhoria (Apêndice III).

E1 - Desenvolvido por (Milagros et al., 2021) refere o tipo de intervenções para diminuir a sobrecarga, fadiga e má qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com deficiências crônicas.

O estudo tem um grupo de controle em que os cuidadores foram tratados na consulta de enfermagem sem ter em conta aspetos relacionados com stress dos cuidadores, não existia protocolo no serviço.

As relações estabelecidas entre o enfermeiro/família são fundamentais na negociação e colaboração das famílias no processo de cuidados (Figueiredo, 2012, p.13).

No grupo de intervenção os cuidadores recebem cuidados habituais e uma intervenção extra que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos cuidadores através de um melhor encargo e capacitar o cuidador para cuidar da pessoa com deficiências e de si, a intervenção CuidaCare.

A teoria do défice de autocuidado de enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem, em que a família é vista como apoio do indivíduo e não como foco de cuidados refere que o conhecimento sobre o que as pessoas precisam fazer ou fizeram por si mesmas para manter a saúde e o bem-estar. A teoria do autocuidado relata o que uma pessoa necessita e quais intervenções que precisam ser tomadas para atender a esses requisitos (Hanson, 2005).

O estudo teve como resultados que:

- A intervenção CuidaCare foi relacionada a melhorias significativas na qualidade de vida, confirmadas com a aplicação da escala visual analógica;
- A intervenção CuidaCare “incorpora técnicas de reestruturação cognitiva, educação em saúde e apoio emocional, técnicas que demonstram eficácia para melhorar os resultados relatados pelo cuidador, como bem-estar subjetivo, sobrecarga depressão e qualidade de vida” (Rico-Blázquez, et al., 2021).
- As intervenções psicossociais melhoram levemente a qualidade de vida do cuidador.

E2 - É um projeto teste desenvolvido por (Matthys et al., 2021) está relacionado com a eficácia de duas intervenções psicossociais e educativas destinadas a melhorar o funcionamento emocional e a autoeficácia do paciente-cuidador familiar.

O projeto tem duas intervenções psicoeducacionais que foram desenvolvidas em seis países (Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália Holanda e Reino Unido):

- **Focus+ (face a face)** constituída por duas intervenções domiciliarias presenciais e uma sessão vídeo online comandada pela enfermeira.
- **IFocus+** constituída por quatro intervenções paciente/cuidador autogerenciada baseada na Web.

Como resultados:

- O apoio psicossocial e a educação para pessoas com cancro avançado e seus cuidadores familiares podem diminuir o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida e reduzir a ida aos serviços de saúde.

As duas intervenções autenticam o empoderamento do cuidador, aperfeiçoando a comunicação da díade(paciente/cuidador), facilitando a identificação de aspetos positivos da sua situação aumentando a sua autoeficácia

Limitações do estudo:

- A população alvo tem uma esperança de vida curta;
- Preenchimento dos questionários autoaplicáveis da díade pode levar a não resposta por sobrecarga;
- Estudo complexo e os aspetos de adaptação e contexto não permitem uma identificação inequívoca da constituinte ativa das intervenções;
- Devido à pandemia covid-19, ambas as intervenções da Focus+ pode dilatar entre a díade de cada país.

E3 - Desenvolvido por (Figueiredo et al., 2022) é um estudo exploratório, descritivo quantitativo está relacionado com a auto percepção da competência do enfermeiro na avaliação e intervenção familiar.

No estudo foi aplicada o questionário fundamentado nas áreas de intervenção da matriz operativa da MDAIF.

Os modelos teóricos de enfermagem são essenciais para a compreensão da natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros e mesmo para a conceção da profissão.

Várias teoria e modelos deram o seu contributo no desenvolvimento e pratica da enfermagem familiar, o enfermeiro de família deverá reconhecer, desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Hanson, 2005).

A prática do enfermeiro centrada na família exige que este desenvolva competência na implementação de metologias do processo de enfermagem assim como na assimilação dos pressupostos e orientações clínicas dos modelos de enfermagem (Figueiredo et al., 2022).

MDAIF sustenta o seu pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fontes teóricas o Modelo de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Limitação do estudo:

A amostra do estudo foi extraída apenas numa região do país, norte de Portugal.

Resultados do estudo:

- O uso desta metodologia (MDAIF) aumenta o conhecimento da família no que concerne aos seus recursos, pontos fortes, através de uma abordagem colaborativa com a finalidade de capacitar a família;
- É fundamental capacitar enfermeiros nas várias dimensões do MDAIF promovendo assim consciencialização e aquisição de habilidades fundamentais para prestar cuidados de qualidade às famílias.

Implicações:

O desenvolvimento de competências com base no MDAIF deve demonstrar em pesquisas futuras mudanças na auto percepção, assim como resposta adequadas as necessidades de saúde das famílias que necessitam de intervenção.

4.3. RESULTADOS

A análise da evidência dos três artigos seleccionados demonstra uma relação entre o objetivo e a questão de investigação.

Figueiredo, (2012) refere que comunicação é constituída por sinais verbais e não verbais comportamentais e corporais, todo o comportamento quer seja verbal ou não é comunicar.

Sendo o enfermeiro capacitado para apoiar o utente/família nos processos de saúde/doença, é deveras importante ser conhecedor e praticante assíduo de uma comunicação positiva e

empática. Deste modo o enfermeiro precisa conhecer as forças do utente/família para que possa capacitá-lo e apoiá-lo nos processos de saúde/doença bem como nos momentos de sofrimento recuperação ou cura (Figueiredo, 2012).

Em todos os artigos selecionados (E1, E2, E3) é demonstrado que o tipo de comunicação utilizada e a relação empática entre o enfermeiro e o utente/família, são cruciais para o sucesso da intervenção.

O artigo E2 reforça a ideia das intervenções na díade (cuidador/utente), pois além de reduzir o custo económico promove o bem-estar, o envolvimento dos pares diminuído a incerteza e a desesperança e melhora a comunicação aumentando a autoeficácia da díade.

A intervenção no domicílio, como se constata no artigo E1, pode melhorar a qualidade de vida dos cuidadores assim como do dependente.

Como descrito no artigo E3, prestar cuidados de saúde no domicílio permite ao enfermeiro fazer uma avaliação mais completa e pormenorizada das dinâmicas familiares, condições de vidas e recursos da comunidade, prezando sempre pela colaboração integral da família no seu plano de cuidados de forma a resolver-se situações problemáticas que afetem a saúde.

O mesmo artigo refere que se o enfermeiro na sua prática diária utilizar a ferramenta MDAIF na avaliação e intervenção familiar reunirá informações mais completas e promoverá uma melhoria nas intervenções o que, conseqüentemente, resultará de um envolvimento proactivo e de êxito da família.

Sendo assim a formação dos enfermeiros que prestam cuidados centrados na família, é deves importante para que adquiram competências excepcionais e necessárias na área do cuidar.

O enfermeiro deve considerar o “saber ser” quando presta cuidados deve ter uma atitude de compromisso e disponibilidade.

Desta forma ao desenvolver a competência do “saber ser” o enfermeiro vai promover o desenvolvimento e capacitação dos utentes /famílias de modo a crescerem e tornarem-se autónomas (Gottlieb,2016 p.299), ou seja, é a forma como o enfermeiro se empenha, interage e colabora com os utentes /famílias.

O recurso a sistemas informáticos é uma intervenção que nos traz ganhos pois permite educar para a saúde através de vídeos, apresentações.

Em suma após refletir temos respostas para a questão formulada.

Se o enfermeiro intervir com uma comunicação assertiva, que favoreça uma relação empática, que se mostre disponível e mobilize conhecimentos para identificar as necessidades das famílias e colaborar no seu processo de enfermagem com certeza estas intervenções são promotoras no envolvimento das famílias na arte do cuidar.

4.4. DISCUSSÃO

Efetuada a apresentação dos resultados obtidos, segue-se a análise, interpretação e discussão os mesmos, o que nos permite dissertar de forma organizada e estruturada.

A melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde refletiu-se no aumento da esperança de média de vida dos últimos anos. Como consequência, passamos a ter uma população mais envelhecida e com ela, o aumento das doenças crónicas, a propagação mais rápida de doenças e uma maior exposição a fatores de *stress* o que traz novos desafios aos profissionais de saúde. A população sofre cada vez mais de doenças de longa duração, o que se reflete na necessidade de tratamentos longos, com a diminuição do tempo de internamento hospitalar, assim é fundamental que se estabeleça um fio condutor que promova a comunicação entre os profissionais de saúde e cuidadores (Figueiredo et al., 2022).

O enfermeiro de família é o profissional de saúde que está habilitado para dar resposta às necessidades das famílias ao longo das suas etapas de vida através de uma abordagem colaborativa promovendo o bem-estar e a obtenção de um nível de excelência em saúde.

Desta forma, cada artigo aborda diferentes intervenções do enfermeiro no envolvimento das famílias área do cuidar.

O primeiro artigo (E1) (Rico-Blázquez, 2021) refere-se a uma intervenção associada a um suporte adicional a intervenção Cuidacare, que integra técnicas de reestruturação cognitiva, educação em saúde e apoio emocional e que propõe melhorar a qualidade de vida dos cuidadores. Verificou-se uma melhoria na qualidade de vida avaliada através da escala visual analógica como constatamos pelo aumento de 5,46 pontos no score da escala visual analógica no acompanhamento de 1 ano.

Os cuidadores referem melhores resultados no que diz respeito ao bem-estar subjetivo, sobrecarga, depressão e qualidade de vida.

Pode observar-se que de 13 estudos de intervenções não farmacológicas para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com doenças de Alzheimer, 5 obtiveram resultados favoráveis, com intervenções psicoterapêuticas, multicomponentes, formativas e comunitárias, 3 estudos utilizaram o EQ-5D (instrumento de medição da qualidade de vida) e 2 o escore da escala visual analógica.

Pode-se também atentar que vários estudos a cuidadores, que avaliaram as intervenções psicossociais, concluíram que as intervenções psicossociais podem melhorar a qualidade de vida dos cuidadores após a intervenção, e pouco ou nenhum efeito ao fim de 12 meses.

Conclui-se também que uma melhor qualidade de vida está associada ao sexo masculino e ao facto de o cuidador não viver sozinho com a pessoa dependente. A ansiedade, depressão sobrecarga ou disfunção familiar estão relacionados com uma menor qualidade de vida.

O acompanhamento durante doze meses mostrou que a intervenção CuidaCare teve um aumento de 11,6 pontos na escala visual analógica em comparação com a pontuação no início.

No segundo estudo (E2) (Matthys et al., 2021) falamos sobre a eficácia de duas intervenções psicossociais e educacionais destinadas a melhorar o funcionamento emocional e a autoeficácia da díade paciente/cuidador familiar.

O questionário foi o instrumento de avaliação utilizado para todos os resultados.

Podemos observar que ambas intervenções se propõem ao empoderamento da díade melhorando a comunicação de ambos a encontrar aspetos positivos que visem aumentar a autoeficácia relacionados com a sua situação.

Observou-se também que o apoio psicossocial e educação de pessoas com cancro avançado e dos seus cuidadores podem reduzir o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida e que as intervenções em díade têm maior probabilidade de terem melhores resultados do que as individuais.

O uso de Web para uma intervenção Autogerenciada que a gestão do tempo pela díade.

Como refere (Phaneuf, 2005) “chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” é primordial a comunicação, como a enfermeira comunica, que estratégias usa para conseguir “chegar” ao utente/família.

É fundamental dotar as equipas de enfermagem de competências ao nível comunicação para estimular a interação do utente/família com o enfermeiro de família promovendo a qualidade dos cuidados.

Figueiredo, (2012) refere que comunicação é constituída por sinais verbais e não verbais comportamentais e corporais todo o comportamento quer seja verbal ou não é comunicar. Deste modo o enfermeiro precisa conhecer as forças do utente /família para que possa capacita-lo e apoia-lo nos processos de saúde/doença bem como nos momentos de sofrimento recuperação ou cura.

O estudo terceiro estudo (E3) (Figueiredo et al., 2022) aborda a perceção de competência dos enfermeiros em avaliação familiar e intervenção.

Os resultados foram recolhidos através do questionário baseado na matriz operativa do MDAIF.

O recurso a modelos teóricos permite a aquisição de competências para a prática da enfermagem, deste modo a aplicação do MDAIF permite um conhecimento maior das famílias nas três dimensões (estrutural, desenvolvimento e funcional) e definir diagnósticos planejar, implementar e avaliar de acordo com as necessidades das famílias e assim as intervenções sejam mais eficazes (Figueiredo, 2009).

É importante que os enfermeiros sejam capacitados na utilização deste referencial teórico e operativo adotado pela ordem dos enfermeiros como recurso na sua prática da enfermagem familiar promovendo assim a aquisição de habilidades para prestar cuidados de excelência às famílias (Figueiredo et al., 2012).

Segundo o mesmo autor, este processo dinâmico e organizado só é possível ocorrer se for feita avaliação familiar completa que permitam prestar cuidados direcionados, promovendo uma relação de empatia e confiança no sentido de descobrir e desocultar forças como descrito no processo espiral (Gottlieb, 2016).

CONCLUSÃO

Tem se verificado alterações na prática diária do enfermeiro nomeadamente no que concerne aos cuidados de enfermagem centrados na família, o que leva estes profissionais a adotarem novos caminhos e novas formas de trabalhar, em que o foco dos cuidados são as famílias.

Após reflexão das dificuldades demonstradas nesta temática pela equipa de enfermagem da USF Almonda e em concordância com a enfermeira orientadora, deu-se início a um longo caminho, encontrar a melhor evidência para responder à questão.

Foi realizado um estudo através de uma RIL para identificar as intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito dos CSP que promovam o envolvimento da família. O trabalho desenvolvido foi capaz de dar resposta à questão em estudo. Dos resultados obtidos, destacou-se a intervenção dos enfermeiros de família na vertente do relacionamento interpessoal, nomeadamente a forma como comunicam, a importância da utilização do MDAIF na abordagem e intervenção com a família e a importância da intervenção no domicílio. Salientamos também que em todas as intervenções é dado ênfase à relação empática e à integração do utente/família no processo, desde o planeamento à intervenção, por forma a que estes se identifiquem com as intervenções delineadas, aumentando assim a eficácia das intervenções.

Podemos afirmar que se o enfermeiro se valer de modelos e instrumentos de avaliação vão facilitar a recolha de informação e, depois com a família, delinear intervenções na prática para encontrar soluções para os seus problemas de saúde.

Em suma consideramos ter realizado uma RIL coesa e bem fundamentada que tenha dado resposta aos objetivos delineados, alcanço de outro modo a importância de afirmar a enfermagem baseada na evidência.

Ao longo da elaboração deste trabalho dei por mim a questionar as minhas capacidades, mas esses momentos de dúvida foram o empurrão que precisava para me dedicar com mais afinco ainda a todo este processo e a acreditar em mim. Destaco a importância que a equipa teve nas suas partilhas, motivação e interesse demonstrado.

Com resultados obtidos com este trabalho conclui-se que competência é sinónimo de qualidade.

Se o enfermeiro se valer de modelos e instrumentos de avaliação, eles irão facilitar a recolha de informação e, em colaboração com a família, delinear intervenções na prática para encontrar soluções para os seus problemas de saúde.

O objetivo proposto foi concretizado, podemos concluir que o contributo para a prática clínica da equipa foi a tomada de consciência da importância de uma metodologia adequada e que o tipo de intervenção influencia o envolvimento da família.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

Nas últimas décadas a enfermagem tem evoluído como ciência e reconhece cada vez mais a família como foco de cuidados. Assim a enfermagem de família é explicada como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

No contexto dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, o enfermeiro de família assume a prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, no âmbito do papel parental, promovendo a sua capacitação para o desempenho do mesmo.

Frequentar este Mestrado permitiu-nos evoluir como Enfermeiro, mais especificamente como Especialista em Saúde Familiar, pois compreendemos que não basta ter a Especialização e ser mestre para garantirmos que as nossas intervenções promovam ganhos em saúde. E como descrito no Decreto Lei 428/2018, trabalhar as dinâmicas internas da família as suas relações, na estrutura e funcionamento assim como nos diversos subsistemas da família e o meio ambiente, colaborando com os indivíduos/famílias a desocultar e descobrir forças que facilitem as transições para novas etapas ao longo do ciclo vital validando a promoção da saúde e gestão da doença. Importa referir que foi muito gratificante o trabalho realizado em parceria com as famílias da USF-Almonda impondo reflexão, partilha, mobilização das teorias e modelos, foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

Apesar das dificuldades sentidas ao longo das várias etapas da elaboração deste relatório foram sendo ultrapassadas e solidificando competências na área de cuidar a família.

Importa referir que foi muito gratificante o trabalho realizado em parceria com as famílias da USF-Almonda impondo reflexão, partilha, mobilização das teorias e modelos. Foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

A investigação tem evoluído e revigorado a identidade da enfermagem como disciplina sendo fundamental nas novas formas da prática.

Sustentada na prática de enfermagem baseada na evidência foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) no sentido de dar resposta a questão e orientar a ação.

Evidenciando-se que os profissionais de saúde devem privilegiar a eficácia da comunicação com a finalidade de obter cuidados de qualidade, intervir de forma a ajudar/colaborar com os familiares cuidadores, envolvendo e capacitando a família nos cuidados. Descobrimo em conjunto estratégias mais eficazes de lidar com os problemas que advêm da prestação de cuidados, de forma que a família atinja o seu bem-estar e, por conseguinte, a prestação de cuidados se desenvolva da melhor forma.

O objetivo proposto foi concretizado, podemos concluir que o contributo para a prática clínica da equipa foi a tomada de consciência da importância de uma metodologia adequada e o tipo de intervenção influencia o envolvimento da família, consideramos ter realizado os objetivos do ensino clínico e do estágio estando mais capazes para cuidar as famílias ao longo dos seus diversos processos de transição desenvolvimentais e de saúde/doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira. (1999). Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinidade (Dissertação apresentada no concurso para diretor da Escola Superior de Enfermagem de Santarém. (Não publicado – centro de Documentação da ESSEnf)).
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8 ed.). United States of America: Elsevier.
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior Enfermagem de Coimbra.
- Barbier, M:C:F.(2011). *Enfermeiras de Família em Portugal: um caminho em desarrollo*. Revista Iberoamericana de Enfermeria Comunitaria.4(2). pp.45-48.
- Caldas, C. P. (2003). *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cadernos de Saúde Pública, 19(3), 773-781.
- Caníço, H. (2014). Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa APGAR saudável, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Acedido em <https://eg.uc.pt/handle/10316/25995>
- Colliére, Marie-Francoise. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusodidacta, 2003. 448p. ISBN: 9799728383533
- Dias, O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar, gestão e desenvolvimento.
- Decreto Lei Nº 428/2018 de 16 DE julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, No 135 (2018). Acedido a 27 maio 2022. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>
- Decreto-Lei 298/2007 de agosto de 2007 do Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) Decreto-Lei., Pub. L. No. Diário da República, Série I, N.º 161, 5587 (2007). Acedido em março de 2022. Disponível em www.dre.pt
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M.J., Paiva, M., & Figueiredo M.H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. doi.org/10.37914/riis.v3i2.84
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família um contexto do cuidar*. Universidade do Porto. Acedido a 1 junho 2022 Retrieved from: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência. Loures
- Figueiredo, M. H.; Ferreira, M. M.; Silva M. L. (2022). Auto percepção de competência dos enfermeiros em avaliação familiar e intervenção. *Invest. Educ. Enferm.* 2021; 39(3):e13.DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13>
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory, and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Friedman, M.M; Bowden, V.R; & Jones, E. (2003). *Family nursing: research, theory & practice*. New jersey: prentice hall.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª Edição). Loures: Lusodidacta.

- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2ª edição). Loures: Lusociência
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2005). *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research*. (F.A. DAVIS, Ed.) (3.a ed.). Philadelphia. Retrieved from [http://stikespanritahusada.ac.id/wpcontent/uploads/2017/04/Shirley-M.-H.-Hanson-Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing -TheoryPractice-and-Research-3rd-Edition-Hanson-Family-Health-Care-Nursing-2005.pdf](http://stikespanritahusada.ac.id/wpcontent/uploads/2017/04/Shirley-M.-H.-Hanson-Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing-TheoryPractice-and-Research-3rd-Edition-Hanson-Family-Health-Care-Nursing-2005.pdf)
- Hesbeen, Walter. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. 230p. ISBN: 978-972-8383-20-6
- Hesbeen, Walter. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência, 2004. 296p. ISBN 978-972-8383-71-8
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing Theory, Praticce, and Research*. (F. A. D. Company, Ed.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th ed.). Philadelphia.
- Landeiro, M., Peres, H., & Martins, T. (2016). Avaliação da tecnologia educacional “Cuidar de pessoas dependentes” por familiares cuidadores na mudança e transferência de paciente e alimentação por sonda. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*.
- Lemos, S.R. (2019). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em contexto pediátrico [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Martinho J.;Pires R.; Carvalho J. C.;Pimenta G.(2014). Formação E Desenvolvimento de Competências De Estudantes De Enfermagem Em Contexto De Ensino Clínico Em Saúde Mental E Psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 1* (abr.,2014).
- Martins, M., M.; Martinho, M., J.; Carvalho, J., C.; Fernandes, I.; Barbieri-Figueiredo, M., C. (2012) - *Enfermagem e Família: conceções dos enfermeiros em unidades de internamento*. In Carvalho José C. [et al]. - *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. p. 44-54. ISBN. 978-989-96103-6-1
- Maturana, RH., Varela, JF., (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston. Shambala.
- Matthys, O.; Vleminck,A.; Dierickx, S.; Deliens,L.; Goethem,V.V.; Lapeire,L.; Groenvold,M.; Lund,L.; Arnfeldt, C. M.; Sengeloev, L.; Pappot,H.; Johnsen, A.; Guerin,S.; Larkin, P. J.; Jordan,C.; Connolly, M.; D'Alton,P.; Costantini,M.; Leo S.; Guberti, M.; Turola, E.; Heide,A.; Witkamp, E.; Rietjens, J.; Wel,M.; Brasil, K.; Prue, G.; Reid, J.; Scott, D.; Bristowe,K.; Harding,R.; Normand, C.; Maio, P.; Cronin, C.; Northouse, L.; Hudson, P. & Cohen,J.(2021). Eficácia de uma intervenção psicoeducacional realizada por enfermeira (FOCUS+) e baseada na web(iFOCUS) para pessoas com câncer avançado e seus cuidadores familiares (DIAdIC): protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado controlado internacional. *BMC Palliative Care*.
- MIM@UF.Diretório de informação em Saúde. Retrieved from: <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minuf-modulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Ordem Dos Enfermeiros. Acedido a 1 junho 2021 Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/diainternacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-naconstru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 2a ed., Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Acedido a 1 de junho de 2021, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 1 de junho 2012 Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Ordem Dos Enfermeiros Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 1 junho 2021. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pd>
- Phaneuf, M. (2005). *A comunicação funcional, comunicação de todos os dias: Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Montréal, Canadá.
- Portaria n.º 1368/2007. *Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços dasUSF*. Diário da República n.º 201/2007, Série I de 2007-10-18. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629123/details/maximized>
- Portugal. (2006). Direção Geral da Saúde – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 10 de junho de 2022. Retrieved from [documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx](https://www.dgs.gov.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx)
- Pordata (novembro 2022). Obtido em 10 de dezembro 2022 <https://www.pordata.pt/>
- Relvas, A. P. (1982). A Família: introdução ao seu estudo numa perspetiva Sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. - Coimbra. - Ano XVI, 1982, p. 307, XVI(I), 307319.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família* (2a edição). Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho Da Teoria à Terapia com a Família*. (Quarteto, Ed.) (2a Edição). Coimbra.
- Rico-Blázquez, M.; García-Sanz, P.; Martín-Martín, M.; López-Rodríguez, J.A.; Morey-Montalvo, M.; Sanz-Cuesta, T.; Rivera-Álvarez, A.; Araújo-Calvo, M.; Frías-Redondo, S.; Escortell-Prefeita, E.; Isabel del Cura-González; Grupo CuidaCare. (2021). Eficácia de um apoio domiciliário de enfermagem e intervenção de reestruturação cognitiva na qualidade de vida de cuidadores familiares na atenção primária: um estudo pragmático randomizado controlado por cluster. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
- Silva, Luzia W. S. [et al.] (2005). O cuidado na perspetiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol.58, nº4 (2005). [Consult. 22 Feb 2013]. Disponível na [www: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400018&script=sci_arttext>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400018&script=sci_arttext)
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Porto: Universidade do porto faculdade de medicina.
- Souza, D. & Rua, M. (2013). *Cuidadores informais de Pessoas idosas: Caminhos de Mudança (1.ª ed)*. Aveiro: UA Editora, Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia. Consultado em: 15 de dezembro de 2019, Disponível em: PALMA, Emília Maria do Carmo - A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. n.º 15 (1999), p. 27-40.
- USF-Almonda (2018). *Regulamento Interno. 2018: Unidade de Saúde Familiar Almonda* - Torres-Novas.
- USF-Almonda (2021). *Manual de Acolhimento: Unidade de Saúde Familiar Almonda* - Torres-Novas Versão1.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (Roca, Ed.) (5a Edição). São Paulo: Roca.
- Vilela J. (2022). *Investigação: O processo da construção do conhecimento*. (3ª ed) Lisboa, Portugal: silabo.

Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: educa.

APÊNDICES

APÊNDICE I- Formação em PowerPoint- Competências do Enfermeiro de Família e MDAIF

 POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)



13/06/2022 Rosa Marques 2

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	MÉTODO	RECURSOS
Introdução	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação;✓ Objetivos –Dar a conhecer à equipa as competências específicas do Enfermeiro de Família;✓ Apresentar o MDAIF;✓ Registos no Sclinico.	5	Expositivo	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Sistema Audiovisual;• Microsoft PowerPoint.
Desenvolvimento	<p>Enfermeiro de Saúde Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Modelo:<ul style="list-style-type: none">- Conceitos;- Postulados;- Pressupostos;- Matriz• Aplicação no Sclinico.	20		
Conclusão/Discussão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese.	5			Interativo
	Resumo do Modelo, Discussão.	10		



Enfermeiro de Família

O DL 118/2014, de 5 de Agosto, define o enfermeiro de família como sendo «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade».

O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis.



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

Referencial teórico e operativo

Cuidados de enfermagem prestados as famílias ao longo do ciclo vital





This slide is titled "MDAIF-CONCEITOS" and focuses on the concept of "FAMILIA". On the left side, the text "MDAIF-CONCEITOS" is written vertically in a white box. The main content is organized into three horizontal bars. The top bar is blue and contains the word "FAMILIA". The middle bar is orange and lists three characteristics: "-Autodeterminação e vínculos afetivos;", "-Reciprocidade, equifinalidade, auto organização, globalidade;", and "-Interdependência dos elementos: interação, totalidade em funcionamento e covariação.". The bottom bar is blue and lists two more characteristics: "-Sistema aberto de inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade;" and "-Integra valores, conhecimentos e práticas próprios em um espaço de humanização.". Below the bottom bar, there is a small citation: "• Fonte: (Figueiredo 2012)". In the bottom right corner, there is a small illustration of a diverse family group sitting on a green sofa.

SAUDE FAMILIAR

Subjetividade entre a estabilidade e a mudança;

Ajustamento ao evolutivo face às transições familiares;

Promoção de estratégias que mantenham a funcionalidade familiar;

Saúde de cada membro individualmente, a sua influência no sistema familiar e a influência deste no indivíduo;

Bem-estar físico, psicológico, espiritual, social e cultural;

Influência do estado de saúde da comunidade.

Fonte: Figueiredo



AMBIENTE FAMILIAR

Microsistema: contexto imediato da família Mesossistema: rede social da família.

Exossistema: interage com o Mesossistema e pode nele causar influência direta e no microsistema.

Macrossistema: nível mais amplo do sistema (cultura, sociedade).

Cronossistema: presente em todos os níveis, relaciona-se com a dimensão temporal.

• Fonte: Figueiredo(2012).



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relação de reciprocidade *interpessoal, significativa e terapêutica* entre enfermeiro e família;

Contexto conversacional;

O enfermeiro é um observador-participante;

Capacitação através de respostas afetivas, cognitivas e comportamentais;

Pretendem capacitar família no seu projeto de saúde, ajudando a mobilizar recursos promotores de novas formas de interação;

Integra valores, conhecimentos e práticas próprios em um espaço de humanização.



• Fonte: Figueiredo (2012).

Pressupostos

A família é um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade (...) confere-lhe unicidade num contexto de diversidade.

A família, enquanto sistema autopoiético, tem a competência necessária para se manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade.

As famílias são mais confiantes face ao futuro (desconhecido) quando enfatizam melhor o seu passado (conhecido).

O sistema familiar e o alvo dos cuidados de enfermagem, que se localizam tanto na família como um todo como nos seus membros individualmente.

A finalidade dos cuidados de enfermagem centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, (...).



Postulados

Participação da família, presença do maior número de elementos, realçando-se a importância do conhecimento da perceção de todos os membros quanto ao funcionamento da família.

O enfermeiro promove o comprometimento da família com os objetivos estabelecidos com base no processo de negociação, incentivando os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudança.

validação das tomadas de decisão da família é facilitadora de relacionamentos significativos transformativos.

A intervenção familiar pressupõe neutralidade, circularidade e hipotetização.

O resultado traduz-se pelas mudanças ocorridas, que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos



AVALIAÇÃO FAMILIAR

MADIF: Matriz Operativa



MDAIF: Dimensão estrutural-Escalas de avaliação

GENOGRAMA

ECOMAPA

GRAFFAR



MDAIF: Dimensão Funcional-Escalas de avaliação

APGAR FAMILIAR

FACES II

ESCALA DE
READAPTAÇÃO SOCIAL
DE HOLMES E RAHE



MDAIF: SClinico

CONTACTOS UTENTES **FAMÍLIAS** COMUNIDADES

FAMÍLIAS

Nº Processo: Último Contacto

Morada:

Nº Telefone: Cód. Postal: 2350 11

Família: Maria Rosa Ferreira Marques
Beatriz
Lara



13/06/2022

Rosa Marques

16

MDAIF: Sclinico

Histórico do Contacto

Família:

Contacto Nº: 0

Data: 31-05-2022 Hora: 13:31

Contacto não presencial

Local de Contacto: Unidade De Saúde

Sala:

Equipa:

Tipos de Contacto

Acto de enfermagem

Consulta de Enfermagem

Programas de Saúde activos

Projectos activos

Elementos presentes no contacto

Elementos presentes no contacto	Presença
Maria Rosa Ferreira Marques	<input checked="" type="checkbox"/>
Beatriz	<input checked="" type="checkbox"/>
Lara	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Cancelar OK

Laboratório



13/06/2022

Rosa Marques

17

MDAIF: SClinico

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO STENTE

Nome: _____

IP 184101

IP Processos: 030

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição:

- Avaliar conhecimentos de risco
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe (e/ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe (e/ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento da mãe (e/ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de revólveres
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar fadiga
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar satisfação conjugal

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 31-05-2021 Fim: 31-05-2022 Estado: Ativo Inativo

Foco de Atenção	Início	Fim	Estado	Ativo	Inativo
Diagnóstico					

San. Diab. S. Diab. Resp. Início: Resp. Térmo: Fim:

INTERVENÇÕES DESCRITAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção sugerida face ao diagnóstico	Data	Horário	Início	Término

Resp. Início: Resp. Térmo: [Iniciar/Finalizar] [Início] [Térmo]



BIBLIOGRAFIA

- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I, n.º 149. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

APÊNDICE II-Folheto - Referenciar para a Rede Cuidados Continuados

O Que é a RNCCI?

É um modelo organizacional, criado pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

- a). Prestar cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a necessidades de dependência;

São Objetivos da RNCCI

se encontrem em situação de dependência;

cia;

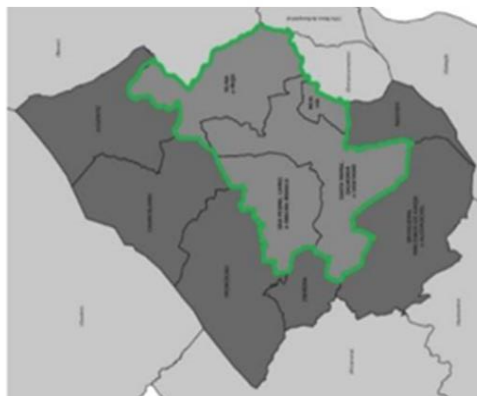
- Promover Cuidados centrados na recuperação global da pessoa, potenciando a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.



OBJETIVOS:

Sensibilizar a equipa para referenciar para RNCCI

Aumentar a taxa de ocupação da ECCL.



Unidade de Saúde Familiar - Alameda

**Referenciar
Para
RNCCI É
IMPORTANTE**

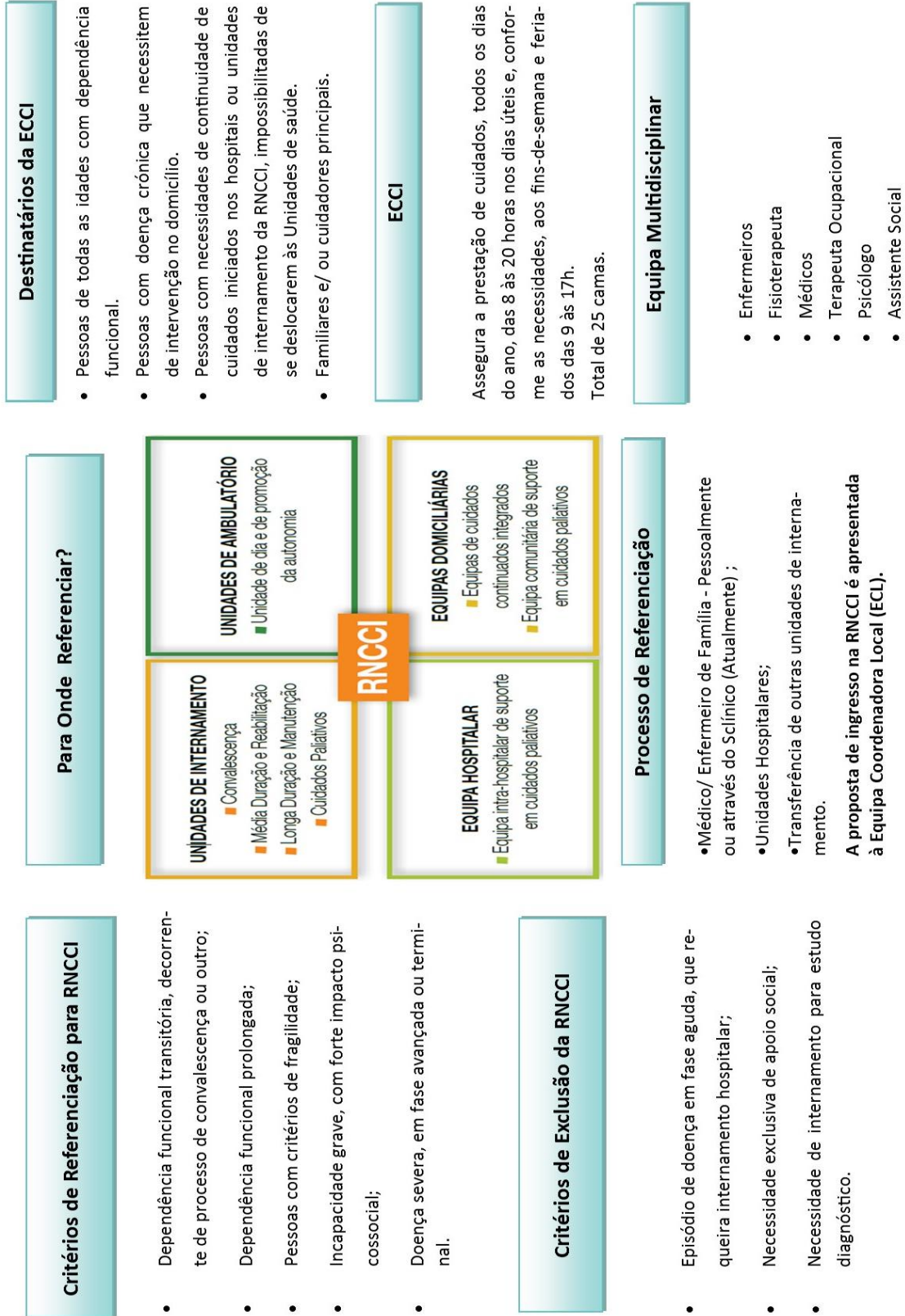
USF Alameda

Praceta Entre Águas - Sede (249787446)

Rua Dr. João Martins Azevedo - Polo da Olaia
(249108400), Torres Novas, Portugal



APÊNDICE II-Folheto sobre. Referenciar para a Rede Cuidados Continuados



APÊNDICE III- Identificação dos Estudos Seleccionados

	Título	Autores/Ano/Pais	Tipo de Estudo	Resultados	População	Objetivos
E1	Eficácia de um apoio domiciliar de enfermagem e intervenção de reestruturação cognitiva na qualidade de vida de cuidadores familiares na atenção primária: um estudo pragmático randomizado controlado por cluster	Rico-Blázquez,M.; García-Sanz, P.; Martín-Martín, M.; López-Rodríguez,J.A.; Morey-Montalvo, M.; Sanz-Cuesta, T.; Rivera-Álvarez, A.; Araújo-Calvo, M.; Frías-Redondo,S.; Escortell-Prefeita, E.; Isabel del Cura-González; Grupo CuidaCare.(2021). Eficácia de um apoio domiciliar de enfermagem e intervenção de reestruturação cognitiva na qualidade de vida de cuidadores familiares na atenção primária: um estudo pragmático randomizado controlado por cluster. Revista Internacional de Estudos de Enfermagem. Published by Elsevier Ltd.This is an open access article under the CC BY-NC-ND license - 2021-Espanha	Estudo pragmático controlado por cluster.	Melhorias significativas na qualidade de vida, confirmadas com a aplicação da escala visual analógica; Técnicas de reestruturação cognitiva, educação em saúde e apoio emocional, técnicas que demonstram eficácia para melhorar os resultados; intervenções psicossociais melhoram a qualidade de vida do cuidador.	Cuidadores /familiares	Objetivos. Avaliar a eficácia de uma intervenção domiciliar liderada por enfermeiras (CuidaCare) na qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com deficiência ou condições crônicas que vivem na comunidade.
E2	Eficácia de uma intervenção psicoeducacional realizada por enfermeira (FOCUS+) e baseada na web(iFOCUS) para pessoas com câncer avançado e seus cuidadores familiares (DIAdIC): protocolo	Matthys, O.; Vleminck,A.; Dierickx, S.; Deliens,L.; Goethem,V.V.; Lapeire,L.; Groenvold,M.; Lund,L.; Arnfeldt, C. M.; Sengeloev, L.; Pappot,H.; Johnsen, A.; Guerin,S.; Larkin, P. J.; Jordan,C.; Connolly, M.; D'Alton,P.; Costantini,M.; Leo S.; Guberti, M.; Turola, E.; Heide,A.; Witkamp, E.; Rietjens, J.; Wel,M.; Brasil, K.; Prue, G.; Reid, J.; Scott, D.; Bristowe,K.; Harding,R.; Normand, C.; Maio, P.; Cronin, C.; Northouse, L.; Hudson, P. & Cohen,J.(2021). Eficácia de uma intervenção psicoeducacional realizada por enfermeira (FOCUS+) e	Protocolo de estudo.	O apoio psicossocial e a educação para pessoas com cancro avançado e seus cuidadores familiares podem diminuir o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida e reduzir a ida aos serviços de saúde.	Utentes com câncer de estado avançado	Avaliar a eficácia de duas intervenções psicossociais e educativas destinadas a melhorar o funcionamento emocional e a autoeficácia da dade

	de estudo para um ensaio clínico randomizado o controlado internacional.	baseada na web(iFOCUS) para pessoas com câncer avançado e seus cuidadores familiares (DIAdIC): protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado controlado internacional. BMC Palliative Care. 2021 - Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália, Holanda e Reino Unido				paciente-cuidador familiar.
E3	Auto percepção de competência dos enfermeiros em avaliação familiar e intervenção .	Figueiredo, M. H.; Ferreira, M. M.; Silva M. L. (2022). Auto percepção de competência dos enfermeiros em avaliação familiar e intervenção. Invest. Educ. Enferm. 2021; 39(3): e13.DOI: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13 2022- Portugal		O uso (MDAIF) aumenta o conhecimento da família que concerne aos seus recursos, pontos fortes, através de uma abordagem colaborativa com a finalidade de capacitar a família; Capacitação dos enfermeiros nas várias dimensões do MDAIF promovendo assim consciencialização e aquisição de habilidades fundamentais para prestar cuidados de qualidade às famílias.	Enfermeiros dos cuidados saúde primários.	Descrever a autopercepção da competência do enfermeiro na avaliação e intervenção familiar.

ANEXOS

ANEXO I- Declaração de Autorização de Acesso aos Dados do MIM@UF

Exmo. Sr. Coordenador USF Almonda
Dr. Pedro Sousa

Eu, Maria Rosa Ferreira Marques, Enfermeira, encontrando-me a desenvolver o estágio final do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, venho por este meio solicitar que no relatório final possa incluir os dados MIM@UF que me foram fornecidos pela enfermeira orientadora Sandra Bispo, para a caracterização dos utentes inscritos na unidade/ficheiro segundo género, faixa etária e problemas de saúde identificados.

Salvaguardo que o dado referido contém apenas o número de utentes de acordo com os itens referidos, não existindo qualquer dado que possa identificar utentes especificamente, respeitando os princípios éticos e deontológicos.

Desde já, grata pela atenção.

Aguardo deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Alcanena, 26 de outubro de 2022

A mestrande,

Maria Rosa Ferreira Marques

Torres Novas, 28 de outubro de 2022

O Coordenador

Dr. Pedro Sousa
Médico Tsj.
Almonda
2950-101 Torres Novas