

IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Relatório de Estágio III: “Intervenções de  
Enfermagem promotoras da adaptação dos Pais  
(de primeira viagem) na Transição para a  
Parentalidade”**

Sara Raquel de Almeida Curado Matias, nº 5200330

Leiria, setembro 202

IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFEAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Relatório de Estágio III: “Intervenções de  
Enfermagem promotoras da adaptação dos Pais  
(de primeira viagem) na Transição para a  
Parentalidade”**

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria para obtenção de grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação científica da Professora Doutora Célia Jordão Simões.

Sara Raquel de Almeida Curado Matias, nº 5200330

Leiria, setembro 2022

“Não importa o quão lento você vá desde que você não pare.”

Confúcio

“Um dia quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que  
lutaste.”

Sigmund Freud

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho e sem os quais este não seria possível. Assim sendo, os meus agradecimentos:

À Professora Doutora Célia Jordão pela colaboração e orientação ao longo deste processo e a todos os professores que permitiram o enriquecimento dos meus conhecimentos.

A toda a equipa da USF Rainha D. Leonor que me fez sentir parte da “família” e em casa, e especialmente à enfermeira Paula Abreu, a minha orientadora, pela sua disponibilidade, partilha, motivação e apoio ao longo dos estágios e à equipa de enfermagem todos eles uns “heróis” num contexto de pandemia.

Às minhas colegas de mestrado pelo companheirismo neste percurso.

Às minhas colegas de serviço e à minha Unidade, USF Santiago, pelo incentivo que me deram principalmente nos momentos mais difíceis.

Por último, mas não menos importante, à minha família e amigos pela ajuda, pela paciência, pelo apoio, pelo incentivo e pela compreensão nos momentos em que eu me apresentava cansada, ausente e sem tempo para lhes dedicar e principalmente por terem acreditado em mim nesta jornada extremamente desafiante.

## RESUMO

**Enquadramento:** O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor de Caldas da Rainha, no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022.

**Objetivo:** Descrever e refletir sobre o percurso desenvolvido no contexto da prática clínica na aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar. Assim como, apresentar uma revisão sistemática de literatura com o título “Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais (de primeira viagem) na transição para a parentalidade “, desenvolvida em contexto de estágio. Com o objetivo de conhecer quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade.

**Metodologia:** Revisão sistemática de literatura com metodologia: PICo para dar resposta à questão: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade? Como critérios de inclusão foram definidos estudos qualitativos de pais pela primeira vez com filhos até aos três anos de idade. Os motores de busca, através do acesso do IPL e da OE, e as bases de dados consultadas foram: B-On, PubMed, BVS, EBSCO (CINAHL complete), ScienceDirect., WoS., SciÉLO, SciÉLO Portugal, RCAAP e RIA. A pesquisa foi efetuada entre novembro de 2021 e abril de 2022, tendo sido encontrados 535 artigos. Os artigos foram analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e de acordo com o diagrama PRISMA.

**Resultados:** Após seleção foram incluídos três artigos específicos para responder à problemática identificada. Os estudos apontam para intervenções de enfermagem baseadas em pressupostos teóricos e uma abordagem interativa e de parceria. Durante a transição para a parentalidade é fundamental tomar a família como unidade de cuidados, mas também focar-se na individualidade de cada progenitor e ajudar a gerir as expectativas, emoções, dúvidas e papéis e a reconhecer suas forças e recursos, promovendo uma adequada adaptação dos pais de primeira viagem.

**Conclusões:** Este trabalho expôs o percurso em contexto de estágio na aquisição das competências exigidas e demonstrou que os objetivos propostos foram alcançados. Os resultados obtidos pela investigação desenvolvida permitiram conhecer quais as intervenções de enfermagem na transição para a parentalidade em pais pela primeira vez e evidenciar o papel do enfermeiro de família na capacitação destes durante esta transição e dar um contributo científico à Enfermagem nas intervenções de enfermagem a implementar na parentalidade em pais de primeira viagem.

**Palavras-Chave:** Transição para parentalidade; Parentalidade; Intervenções de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Pais.

## **ABSTRACT**

**Background:** *The present report refers to the professional internship that took place at Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor in Caldas da Rainha between the September 13th 2021 and February 28rd 2022.*

**Aim:** *Describe and reflect on the course developed in the context of the clinical practice in the acquisition of specific competences in Family Health Nursing. As well as, presenting a systematic literature review entitled “Nursing interventions promoting the adaptation of first-time parents in the transition to parenthood “, developed, in the internship context. With the purpose of knowing which nursing interventions promote the adaptation of first-time parents in the transition to parenthood*

**Methods:** *A systematic literature review with the methodology: PICO to answer the question: What are the nursing interventions that promote the adaptation of first-time parents in the transition to parenthood? As inclusion criteria, were defined qualitative studies of first-time parents with children up to three years of age. The search engines, through the access of the IPL and the OE, and databases consulted were: B-On, PubMed, VHL, EBSCO (CINAHL complete), ScienceDirect, WoS, SciÉLO, SciÉLO Portugal, RCAAP and RIA. The search was carried out between November 2021 and April 2022 and 535 articles were found. The articles were analyzed according to the established inclusion and exclusion criteria and according to the PRISMA diagram.*

**Results:** *After selection, three specific articles were included to respond to the identified problem. The studies indicated that nursing interventions were based on theoretical assumptions and an interactive and partnership approach. During the transition to parenthood, it is essential to take the family as a unit of care, but also to focus on the individuality of each parent and help them to manage expectations, emotions, doubts and roles, and also to recognize their strengths and resources, promoting an adequate adaptation. of first-time parents.*

**Conclusion:** *This work exposed the trajectory in the acquisition of the required competences and demonstrated that the proposed objectives were achieved. The results obtained by the research carried out allowed us to know what are the nursing interventions in transition to parenthood of first-time parents and highlight the role of family nurse in empowerment them during this transition, as well as provide a scientific contribution to Nursing in nursing interventions to be implemented in parenting in first-time parents.*

**Keywords:** *Parenting; Nursing intervention; Nursing Care; Nurses; Parents.*

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeS ON – Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BICSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BVS – *Virtual Health Library*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CINAHL – *Comprehensive Database for Nursing and Allied Health Professionals*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHO – Centro Hospitalar Oeste

CVC – Centro de Vacinação Covid

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCs – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ICPC – Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários

IDG – Índice de Desempenho Global

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MCAF – Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

MCIF – Modelo *Calgary* de Intervenção Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MeSH – *Medical Subject Headings*

MIM@UF – Modulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MGF – Medicina Geral e Familiar

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RI – Regulamento Interno

RNU – Registo Nacional de Utentes

SBC – Cuidar Baseado nas Forças

SciÉLO – *Scientific Electronic Library Online*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

s.p. – sem paginação

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF RDL – Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor

USP – Unidade de Saúde Pública

USP ZP – Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WoS – *Web of Science*

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RDL – Rainha Dona Leonor

RIA – Repositório Institucional da Universidade de Aveir

## **ÍNDICE**

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>xi</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	<b>15</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL – USF RAINHA D. LEONOR .....	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA .....	28
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	<b>35</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	<b>52</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	54
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	65
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</b> .....	<b>71</b>
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	75
4.2. METODOLOGIA .....	84
4.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	91
4.4. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	98
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>104</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Relatório da auditoria aos processos clínicos, registos clínicos de enfermagem, de famílias com filhos nascidos em 2021.

**APÊNDICE II** – Plano da sessão de formação da apresentação Consulta de Enfermagem SClínico

**APÊNDICE III** – Apresentação – Consulta de Enfermagem

**APÊNDICE IV** – Manual de apoio à consulta de enfermagem nas diversas áreas de saúde

**APÊNDICE V** – Processo de enfermagem- avaliação da família segundo modelo de *Calgary*

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Hierarquia Contratual por Área, Subárea e Dimensão .....	24
Quadro 2 – Mediana do IDG das USF Modelo B .....	27
Quadro 3 - Distribuição de utentes por Programas de Saúde.....	29
Quadro 4 – Mnemónica da Questão.....	86
Quadro 5 – Palavras-chave, Descritores e Motores Booleanos.....	88
Quadro 6 – Número de artigos por base de dados .....	89
Quadro 7 - Análise do Artigo 1 .....	91
Quadro 8 - Análise do Artigo 2 .....	92
Quadro 9 - Análise do Artigo 3 .....	92

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Logótipo da USF RDL.....	17
Figura 2 - Região Oeste Norte. ....	18
Figura 3 - Mapa do concelho de Caldas da Rainha e respetivas freguesias.....	19
Figura 4 - Número de utentes da USF RDL por Grupo Etário .....	20
Figura 5 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF RDL.....	21
Figura 6 - Critérios para atribuição de pontos de 0, 1 ou 2 aos indicadores .....	26
Figura 7 - Exemplo de Indicadores e respetivos intervalos resultados e scores .....	26
Figura 8 - Score Mediana por Subárea e Tipo de Unidade USF _ B.....	27
Figura 9 - Pirâmide Etária do Ficheiro do EF.....	29
Figura 10 - Tipo de Família .....	31
Figura 11 - Etapa do ciclo de vida Familiar de <i>Duvall</i> .....	32
Figura 12 - Diagrama PRISMA .....	90

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Famílias com pais de primeira viagem: USF e Ficheiro do EF .....	32
Gráfico 2 - Tipo de Família _ USF e Ficheiro EF.....	33
Gráfico 3 - Etapas do ciclo de Vida Familiar de <i>Duvall</i> _Ficheiro EF.....	34

## INTRODUÇÃO

A nível nacional a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) foi conquistando forma, nas últimas duas décadas, apresentando uma conceptualização legislativa recente.

Com a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) surgem como principal matriz organizativa as Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas unidades funcionais vieram dar maior visibilidade ao Enfermeiro de Família (EF) e impulsionar nacionalmente o desenvolvimento da ESF (Biscaia & Heleno, 2017).

O reconhecimento da Enfermagem Familiar é, num quadro onde o desenvolvimento dos cuidados de proximidade são eixo estruturante dos sistemas de saúde do futuro, um impulso para os enfermeiros tornarem esta forma de estar, saber e atuar como uma área nobre de excelência do exercício profissional (Figueiredo, 2013, p.VI).

O enfermeiro especialista na área de ESF em Portugal tem desde 2018 estabelecidas as suas competências específicas no normativo legal regulamento nº428/2018.

Reconhecido na equipa multidisciplinar de saúde como o profissional de referência, o EF, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias, em todo o processo de vida, do nascimento à morte, na promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.

A transição para a parentalidade é uma etapa da vida familiar de grande desafio, considerada uma transição desenvolvimental (Meleis, 2010) requer uma reestruturação da dinâmica familiar, com reformulação de papéis por parte dos pais de primeira viagem. O papel dos enfermeiros nesta etapa de transição é fulcral para promover a adaptação do casal ao novo papel, papel parental, facilitando assim o desenvolvimento das competências parentais.

O presente relatório surge no âmbito do Ensino Clínico (EC) III da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP”, inserida no plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), 2º ano 3º semestre. ano letivo de 2021/2022.

O estágio de natureza profissional constituído por três ensinos clínicos decorreu no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022.

O EC III, o último deste estágio, tal como os precedentes, foi desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar (USF) Rainha D. Leonor (RDL), integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Oeste Norte (ON), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), sob a orientação da Enfermeira Paula Abreu e a supervisão da Professora

Doutora Célia Jordão Simões.

Tem como propósito incorporar os conhecimentos apreendidos ao longo do mestrado em enfermagem de saúde familiar e nos ensinamentos clínicos precedentes e assim desenvolver as competências de enfermagem especializada referentes à especialidade ESF.

Tem como finalidade descrever as atividades realizadas, refletindo de forma crítica acerca do seu contributo e pertinência na construção do conhecimento e desta forma traduzir o percurso privilegiado de aprendizagem, cuja mobilização de contributos teóricos foi essencial para atingir os objetivos específicos que serviram de base a todo o trabalho desenvolvido.

Neste âmbito, enunciamos como objetivos específicos os estipulados segundo Frade, Jordão, Louro e Kraus (2021) no Planeamento do Estágio III:

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

Neste contexto, para a efetivação da aprendizagem e consecução dos objetivos estabelecidos, define como “lentes” orientadoras o seguinte quadro conceptual:

- Teoria das Transições de Meleis – pois as famílias alvo da sua intervenção estão a passar por diversas transições desenvolvimentais e situacionais.
- Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) – avaliação familiar segundo este modelo.
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) – áreas de atenção e definição de diagnósticos de Enfermagem CIPE.
- Teoria de Consecução de Objetivos *Imogine King* – a importância do estabelecimento de metas e objetivos que façam sentido à família. Uma relação de parceria na tomada de decisão tendo em conta as expectativas da mesma. Na relação terapêutica os conceitos de interação, transação e comunicação.
- Cuidar Baseado nas Forças (SBC) – uma intervenção baseada nas forças da família para que a mesma possa superar os desafios com as suas próprias ferramentas.

Do ponto de vista estrutural este relatório é constituído por quatro capítulos que ilustram o seu desenvolvimento, conferindo-lhe clareza e organização.

No primeiro capítulo é caracterizado o contexto da prática clínica especializada em ESF, no qual se efetua uma descrição do espaço onde este se desenrolou, a Unidade Funcional USF RDL e uma análise do ficheiro de utentes da Enfermeira orientadora.

No segundo capítulo é determinado o enquadramento teórico da prática especializada em ESF que serviu de suporte ao desenvolvimento das atividades realizadas durante os EC. Neste, faz menção aos conceitos/metaparadigmas de enfermagem Familiar, modelos e teorias de enfermagem mais relevantes, na sua ótica, e que incorporam o seu quadro conceptual como linha orientador na prática enquanto futura enfermeira especialista em ESF.

No terceiro capítulo é efetuada uma análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas durante os três EC, no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (CEEESF).

No último capítulo, na procura da melhor evidência científica no desenvolvimento da excelência da prática, é apresentada uma revisão sistemática da literatura sobre a temática “Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade”, sua conceptualização teórica, seguindo-se da apresentação da metodologia usada, que inclui a definição da pergunta PICO, e o protocolo de pesquisa, finalizando com uma análise crítica dos resultados obtidos/ evidências encontradas, no que respeita às intervenções que potenciam a adaptação familiar à transição para parentalidade e integração destes na prática clínica;

Por fim, termina-se o relatório com uma breve conclusão, onde se procura efetuar uma síntese da prática desenvolvida e com as referências bibliográficas que suportaram a realização do mesmo.

Na composição do presente relatório teve-se em consideração as normas do Guia de elaboração de trabalhos académicos, em vigor na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei., 2021).

## **1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A Enfermagem de Saúde Familiar tem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) o seu contexto privilegiado de prática especializada. Nos termos da Lei de Bases da Saúde estes são o núcleo dos sistemas de saúde, devendo situar-se junto das comunidades.

Em Portugal a evolução dos CSP nas últimas décadas foi bastante significativa. Com o Programa do XVII Governo Constitucional a reforma dos CSP assume-se como fator chave de modernização dos serviços de saúde. Com o propósito de recentrar o sistema português de saúde nos CSP a mesma prevê a criação de instrumentos legais e operacionais no desenvolvimento de uma matriz organizativa que orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade, conduza à reconfiguração dos centros de saúde (DL nº 298/2007).

A reforma dos CSP, estando a ser uma das mais bem-sucedidas (Biscaia & Heleno, 2017), teve seu início formal em 2005 e sua operacionalização em 2007 com a criação das Unidades Funcionais (UF) as USF como novo paradigma de mudança. Posteriormente, com a agregação dos Centros de Saúde surgem os ACeS e as outras UF tais como: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); USP (Unidades de Saúde Pública); URAP (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados).

Esta reforma é sustentada na governação clínica e de saúde, ou seja, “num sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de “pilotagem” clínica individual, de equipas e serviços visando a qualidade dos cuidados” (Biscaia & Heleno, 2017, p.704). Uma reforma moderna e inovadora, moderna porque se aliou à tecnologia com a informatização total dos serviços e ao trabalho em rede, e inovadora porque suplantou o modelo vertical e hierarquizado tradicional. A mesma apostando em equipas auto-organizadas, com autonomia funcional e responsabilização conseguiu melhorias com maior satisfação de todos e ganhos em saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

A primeira e mais relevante mudança foi assim a constituição das USF, com regime jurídico instituído em Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, com a alteração pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho.

As USF são formadas por equipas multidisciplinares (médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos) voluntárias e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a um conjunto de pessoas (dimensionadas à população inscrita), com autonomia técnica e organizacional (regulada por um conjunto de instrumentos formais)

e hierarquia técnico-científica, com obrigatoriedade de sistemas de informação (Biscaia & Heleno, 2017).

Estas unidades são formadas por “equipes multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a um conjunto de pessoas” (Biscaia & Heleno, 2017, p. 701).

A constituição das USF em 2007 foi o acontecimento mais relevante desta reforma,” como uma forma de organizar e prestar cuidados de saúde primários, constituiu uma inovação radical, num contexto tradicionalmente centralizador, que mudou significativamente o acesso aos cuidados primários”, um modo inovador de acesso aos cuidados primários. (Fronteira, Jesus & Dussault, 2020, p.275).

Estas têm por máxima alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde (carta de compromisso contratualizada), apresentando um regime remuneratório sensível ao desempenho com um regime de incentivos (financeiros e institucionais). Desta forma, são organizadas em três modelos de desenvolvimento A, B e C, sendo que o que os diferencia é o direito a incentivos institucionais e financeiros, estando estes últimos, afetos só às Unidades em Modelo B e C (Biscaia & Heleno, 2017).

As USF assumem-se assim como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, emergindo como contexto para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar. Os cuidados de saúde prestados são personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a sua acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade (Decreto-Lei nº 298/2007).

Neste contexto, pode dizer-se que estas vieram introduzir um modelo inovador organizacional na prestação de CSP, contribuído para uma melhor governação clínica e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nas USF a gestão é participativa e todas as decisões são tomadas coletivamente, todos os membros da equipa sendo considerados como iguais, estas funcionam com mais autonomia administrativa, de modo menos burocrático (Biscaia & Heleno, 2017, Lapão & Pisco, 2019 as cited in Fronteira *et. al.*, 2020).

### 1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL – USF RAINHA D. LEONOR

A unidade funcional sobre a qual se irá realizar a caracterização e onde se desenvolveu o estágio é a USF Rainha D. Leonor (USF RDL), que conta já com 12 anos de atividade sendo que a sua criação se deu a em 31 de julho de 2009.



## Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor

**Figura 1 - Logótipo da USF RDL.**  
**Fonte: USF RDL, RI 2020**

O logótipo da unidade é representado por uma imagem estilizada de uma coroa que, ao mesmo tempo, pode representar os três grupos profissionais cuja atividade se interliga no serviço aos utentes.

Este resultou de um desafio lançado em 2008/2009 à Escola Superior de Artes e Design de Caldas da Rainha e foi o escolhido pela equipa, de entre as seis propostas apresentadas pelos diferentes grupos de trabalho, essencialmente pela sua imagem que simultaneamente é contemporânea e de características regionais (USF, 2020).

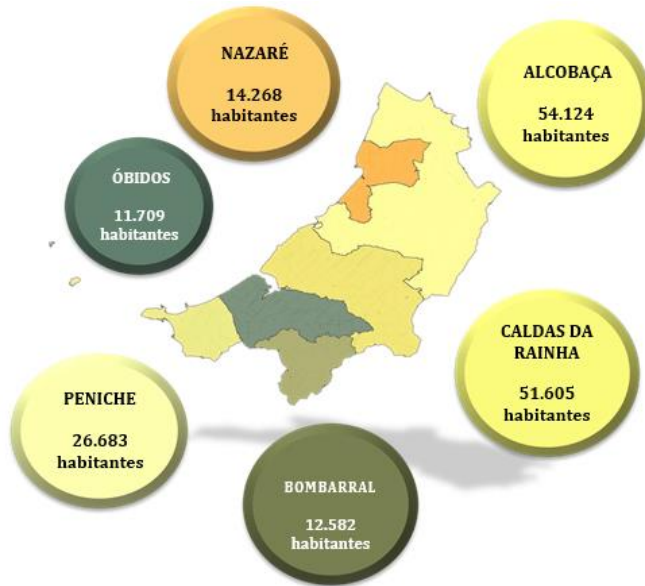
A unidade fica situada na cidade de Caldas da Rainha, freguesia de Sto. Onofre, num edifício novo desde 1 de maio de 2021, sendo que a sua inauguração ocorreu só a 15 de maio do mesmo ano. O espaço dispõe de excelentes condições e é partilhado com a Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (USP ZP, 2019).

Esta está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte (ON), da Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo (LVT), é uma das suas USF em Modelo B, desde dezembro de 2011.

Do ACeS ON fazem parte 19 unidades distribuídas da seguinte forma:

- 9 USF - Unidades de Saúde Familiar: 3 em Modelo A e 7 em Modelo B
- 6 UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
- 3 UCC - Unidades Cuidados à Comunidade
- 1 URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- 1 USP - Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

A região Oeste Norte abrange 6 concelhos do distrito de Leiria (Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche) e uma população total de 170.971 habitantes (INE, 2017), cerca de 5% da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo.



**Figura 2 - Região Oeste Norte.**  
Fonte: INE, 2017

Nesta região, a **esperança de vida à nascença** tem aumentado, mas sendo de 79,9 anos ainda toma valores inferiores aos do Continente (80,6 anos). A **taxa bruta de natalidade** é mais baixa relativamente à nacional. Os **índices de envelhecimento e de dependência de idosos** são superiores aos nacionais (INE, 2017). Os índices de escolaridade da população têm melhorado progressivamente. A taxa de analfabetismo na região mantém-se superior à nacional, mas com evolução fortemente decrescente. O número de desempregados inscritos no centro de emprego tem diminuído. O setor terciário (serviços) é o mais relevante, emprega cerca de 65% da população ativa da região (USP ZP, 2019).

É de salientar também que o **número de profissionais de saúde** (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) por habitante é bastante inferior relativamente ao Continente. No entanto, a taxa de consultas anuais nos cuidados de saúde primários é superior (2,4 consultas por habitante no ano de 2016, versus 2,1 no Continente) (USP ZP, 2019).

A **mortalidade infantil** ultrapassou os valores nacionais nos últimos anos e a taxa bruta de mortalidade é consistentemente superior à do Continente e Região LVT. As **doenças cardiovasculares e os tumores malignos** apresentam os **maiores pesos em termos de mortalidade total** na Região ON, tal como no país. Olhando para a **elevada mortalidade prematura (<75 anos)** na população do ON, destaca-se o papel do **tumor maligno**

**colorretal, Diabetes mellitus, doença cardíaca não isquémica, doenças cerebrovasculares, acidentes de transporte e suicídios (USP ZP, 2019).**

Em termos **de morbilidade nos cuidados de saúde primários**, destaca-se a proporção de utentes inscritos com o diagnóstico ativo de alteração do metabolismo dos lípidos, hipertensão, perturbações depressivas e diabetes (USP ZP, 2019-2021).

Verifica-se um **excesso de episódios de urgência** por habitante na Região ON, relativamente ao valor nacional. A proporção de “falsas urgências” no ano de 2018 foi de cerca de 40% no Centro Hospitalar Oeste (CHO) e 47% no Centro Hospitalar de Leiria (CHL) (USP ZP, 2019).

O **concelho de Caldas da Rainha** delimitado pelo Oceano Atlântico a oeste e pelos concelhos de Alcobaça, Cadaval, Óbidos, Bombarral e Rio Maior é um dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria. A sua sede de concelho é a cidade das Caldas da Rainha. Este concelho abrange uma área de 255,87 Km<sup>2</sup> e é constituído por 12 freguesias: União de freguesias N<sup>ª</sup> Senhora do Pópulo, Coto e São Gregório, União de freguesias de Sto. Onofre e Serra do Bouro, A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalhal Benfeito, Foz de Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, Sta. Catarina, Sto. Onofre, Tornada e Vidas.



**Figura 3 - Mapa do concelho de Caldas da Rainha e respetivas freguesias.**  
**Fonte: USF RDL, RI, 2020**

A área geográfica de atuação da USF RDL inclui todas as freguesias do concelho de Caldas da Rainha, sendo que a maioria dos utentes inscritos na unidade reside nas freguesias de

Sto. Onofre e N. Sra. do Pópulo (urbanas) e do Carvalhal Benfeito e S. Gregório (circundantes à cidade) (USF RDL, 2020).

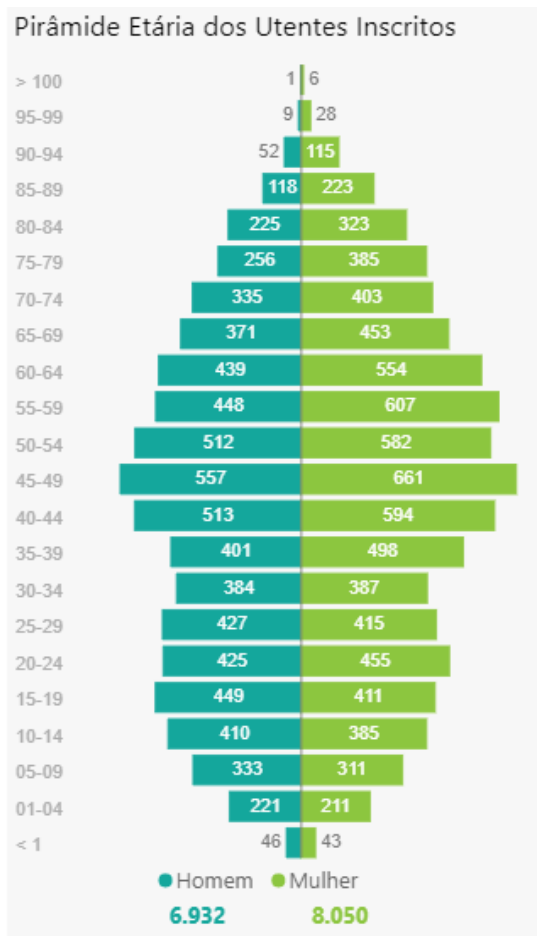
Segundo dados do Registo Nacional de Utentes (RNU) 2021 no Figura seguinte (Figura 4) podemos constatar que a USF RDL tem um total de 14.982 utentes inscritos correspondente a 19.543,50 unidades ponderadas, atendendo à distribuição pelas diferentes faixas etárias e níveis de dependência e um total de 6.605 famílias (MIM@uf, 2021).

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	397	378	775	1.162,50
07 - 64 Anos	5.158	5.729	10.887	10.887,00
65 - 74 Anos	723	859	1.582	3.164,00
≥ 75 Anos	665	1.077	1.742	4.355,00

**Figura 4 - Número de utentes da USF RDL por Grupo Etário**  
**Fonte: print screen do BI CSP referente à USF RDL, 12.2021**

Quanto aos **níveis de dependência** apresenta um índice de dependência total na ordem dos 54,15%. Relativamente ao de dependência de Jovens este é de 20,17% e de 33,98% no Idoso. Todos eles se encontram respetivamente abaixo da média do ACeS ON (60,61%/19,2%/41,19%) e da ARS LVT (58,2%, 22,75% e 35,45%) (BI CSP, 2021).

Na análise da pirâmide etária (Figura 4) constatou-se que do total de utentes inscritos 46,2% (6.932) são homens e 53,7% (8.050) mulheres. A população em idade ativa é de 55,41% (8.302). A percentagem de crianças com idade ≤ 6 anos é de 5,71% (776) e de lactentes 0,59% (89). Quanto à população idosa esta tem uma representação de 22,04% (3.303) da população. (BI CSP, 2021).



**Figura 5 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF RDL.**  
**Fonte: print screen BI-CSP, RNU referente à USF RDL, 12.2021**

A **equipa multiprofissional** é atualmente composta por 8 Médicos, 8 Enfermeiros, 6 Secretários Clínicos e 4 Internos de Medicina Geral e Familiar (MGF). Uma equipa multidisciplinar que se propõe potencializar ao máximo o trabalho de todas as classes profissionais que a constituem, numa perspetiva de complementaridade de funções e preservação da autonomia de cada indivíduo e de cada classe profissional.

A USF RDL (2020) tem por **Missão:**

- Prestar cuidados de saúde de excelência técnico-científica de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita;
- Colocar o cidadão/utente no centro de toda a atividade da Unidade, incentivando estes a participar na organização e funcionamento da mesma;
- A satisfação dos utentes para com os cuidados prestados;

- O desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, considerando a aprendizagem, característica central da USF, como fulcral na melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Valorizar as relações interpessoais, o bem-estar e a qualidade de vida de todos.

Quanto à **Visão**, pretende ser uma USF de referência no que respeita à “excelência e qualidade do trabalho desempenhado, pelo reconhecimento das mesmas pelos utentes nela inscritos e pela satisfação dos profissionais que nela trabalham.” (USF RDL, 2020, p:13).

Os **Valores** pelos quais a mesma se norteia são a qualidade, disponibilidade, solidariedade, partilha, trabalho em equipa, o respeito pelo outro e a satisfação dos profissionais e utentes.

Relativamente à **estrutura interna** esta é constituída pelo Coordenador (eleito em sede de Conselho Geral), Conselho Geral (composto por todos os profissionais da unidade), Conselho Técnico (composto por um Médico, um Enfermeiro e um Secretário Clínico, eleitos respetivamente pelos elementos de cada grupo profissional), um Enfermeiro em funções de chefia, interlocutores de cada grupo profissional. Dispõe também de interlocutores para o gabinete do Cidadão do ACeS ON, para a Comissão de Controlo da Infeção do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do ACeS ON e para a Equipa Coordenadora Local (ECL) do ON e de responsáveis pelos diversos programas de saúde, processos-chave e serviços de suporte.

Em sede de Regulamento Interno estão estabelecidas as competências para as áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais, seus direitos e deveres, regras de comunicação e articulação interna. Algumas delas passam pela elaboração de manuais de procedimentos, esclarecimento de dúvidas e questões práticas que surjam na prestação direta de cuidados.

Dentro da equipa multiprofissional estão definidas as equipas nucleares (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico), ficando as mesmas responsáveis pela prestação de cuidados médicos e de enfermagem aos indivíduos e famílias do seu respetivo ficheiro. A cada utente é atribuído, um Médico e um Enfermeiro de Família, sendo utilizada uma metodologia de trabalho em que a totalidade dos cuidados é prestada pela equipa afeta ao utente/famílias. Não obstante, está preconizada a intersubstituição de elementos, para que os cuidados ao utente e famílias nunca sejam prejudicados.

Quanto ao **compromisso assistencial**, a USFRDL tem um o horário de funcionamento das 8h às 20h, todos os dias úteis (exceto às quartas-feiras em que encerra entre as 12h e as 13h30m para reunião dos profissionais), não oferecendo resposta aos feriados e fins de semana. No que respeita às alternativas assistenciais, fora do horário de atendimento da unidade, os utentes podem recorrer ao serviço de Urgência do CHO.

Em termos de **oferta de serviços** oferece aos seus utentes consultas programadas (por iniciativa do utente ou da equipa de saúde) médicas e de enfermagem no âmbito dos programas nacionais de Saúde: Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde da Mulher (Rastreio do Cancro do Colo do Útero), Hipertensão e Diabetes, consultas de Adulto e visitação domiciliária (consultas no domicílio) e todos os outros cuidados de enfermagem de âmbito dos CSP. São ainda asseguradas consultas abertas no próprio dia para situações agudas e consultas de intersubstituição, que garantem a prestação de cuidados aos utentes, na ausência da sua equipa de saúde de família. São também disponibilizadas consultas não presenciais (contatos indiretos) e em contexto de pandemia COVID19, a mesma possibilita também consulta aberta a utentes com sintomas do foro respiratório todos os dias úteis das 17h às 20h (USF, 2020).

A equipa mediante um regime de intersubstituição compromete-se a prestar cuidados assistenciais em caso de ausências do médico ou do enfermeiro, estando definidos em RI os serviços mínimos a prestar (USF RDL, 2020).

A USF RDL adota uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantam a conformidade com as boas práticas e contribuam para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos.

A forma como a mesma o operacionaliza passa pela autorregulação interna, análise dos desvios da USF face às metas instituídas, atividades autodiagnóstico, auditorias, questionários e inquéritos e mecanismos de tratamento das reclamações, entre outros. Comprometendo-se ainda a adotar mecanismos de formação contínua, tendo em conta as necessidades do serviço e as preferências de cada membro da equipa, e a proporcionar formação prática a estudantes das licenciaturas e mestrados/ especialidade de Enfermagem e Medicina, Internos do Ano Comum e médicos do Internato Específico de MGF (USF RDL, 2021).

A sua **gestão interna** é uma gestão por objetivos explicitamente discutidos em equipa e contratualizados anualmente com a Diretora Executiva do ACES ON e com a ARSLVT e formalizados em Carta de Compromisso.

Segundo Prata (2020, p.25)

“para quantificar e qualificar o desempenho de unidades funcionais, diminuir a variabilidade dos resultados alcançáveis e promover a melhoria contínua, existe um instrumento denominado de Índice de Desempenho Global (IDG), que varia entre 0 e 100, a sua monitorização ocorre com recurso à plataforma do Bilhete de Identidade dos

Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), disponível na internet através do site <https://bicsp.min-saude.pt>, onde são publicados de forma contínua os resultados do IDG, do Índice de Desempenho Setorial (IDS) e as suas respetivas dimensões e indicadores”.

Os indicadores estão definidos na Matriz de Indicadores dos CSP no BI CSP e apresentam intervalos de cumprimentos estipulados (variam entre 0 a 100 %) que vão desde mínimos aceitáveis, mínimos esperados, máximos esperados e máximos aceitáveis, com as respetivas ponderações.

Assim, o Índice de Desempenho Global (IDG) é obtido pela “soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS\_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS\_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS\_D). O resultado de cada IDG, IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real)” (ACSS, 2020, p.24).

Resumidamente o IDG é o somatório das somas ponderadas dos ID Sectoriais das áreas, subáreas e dimensões. Nestas os vários indicadores de desempenho estão divididos pelas seguintes áreas, subáreas e respetivas dimensões:

**Quadro 1 - Hierarquia Contratual por Área, Subárea e Dimensão**  
(continua)

Hierarquia Contratual - Área	Hierarquia Contratual - Subárea	Hierarquia Contratual – Dimensão
IDS_A	IDS_S	IDS_D
<b>Desempenho Assistencial</b>	Acesso	Cobertura ou Utilização
		Consulta no Próprio Dia
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
		Personalização
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus
		Doenças Aparelho Respiratório
		Hipertensão Arterial
	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher
		Saúde do Adulto
		Saúde do Idoso
		Saúde Infantil e Juvenil
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica
Prescrição MCDT		
<b>Formação Profissional</b>	Formação Interna	Formação da Equipa Multiprofissional
		Formação de Internos e Alunos

(conclusão)

<b>Qualidade Organizacional</b>	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso
		Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes
<b>Serviços</b>	Serviços de Carácter Assistencial	Serviços de Carácter Assistencial
	Serviços de Carácter não Assistencial	Atividades de Governação Clínica no ACES

ACSS (2020) para todos os indicadores na área de desempenho IDS – “Área Desempenho Assistencial” são definidos “intervalos esperados e “variação aceitável”. Os limites do “intervalo esperado” e da “variação aceitável” são definidos por consenso por uma Comissão Técnica Nacional e podem ser revistos anualmente pela mesma.

Por “intervalo esperado” entende-se o conjunto de resultados de um indicador que atualmente reflete uma prática de excelência com seguintes características: correspondem a uma prática profissional de elevado desempenho; são expeáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em “plateau” e há evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde. Quanto à “variável aceitável” esta corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que refletem práticas aceitáveis e têm as seguintes características: correspondem a boa prática profissional; são expectáveis com algum esforço de organização e trabalho de equipa, depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em “plateau”; e por fim há também evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde. (ACSS, 2020).

O resultado de cada indicador (ACSS, 2020) é valorizado para o IDS da dimensão a que pertence de acordo com o algoritmo definido em tabela referente aos critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores como apresentado na figura seguinte (Figura 6).

Tabela 5 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores

Critério	Valorização do resultado (pontos)
<b>A condição [A e B] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] ≥ [valor mínimo do intervalo esperado] B. [resultado do indicador] ≤ [valor máximo do intervalo esperado]	2
<b>A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] ≥ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] < [valor mínimo do intervalo esperado] C. [resultado do indicador] > [valor máximo do intervalo esperado] D. [resultado do indicador] ≤ [valor máximo da variação aceitável]	1
<b>A condição [A ou B] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] < [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] > [valor máximo da variação aceitável]	0

Figura 6 - Critérios para atribuição de pontos de 0, 1 ou 2 aos indicadores  
 Fonte: *print screen* do BI CSP, ACSS, 2020

Para melhor compreensão pode observar-se na figura seguinte (Figura 7) um exemplo do exposto anteriormente, sendo que:

Se o valor obtido for inferior ao mínimo aceitável ou superior ao máximo aceitável o score é de 0, considerando-se que o indicador não foi cumprido;

Se o valor obtido se encontra entre o mínimo aceitável e o mínimo esperado o score é 1;

Se o valor obtido se encontra entre o mínimo esperado e o máximo esperado o score é 2, considera-se que o indicador foi cumprido.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL		S	202112	65,00	70,00	88,00	92,00	62,19841	0,000
2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL		S	202112	80,00	85,00	100,00	100,00	88,90888	2,000
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	71,60272	1,000

0 ) ( 1 ( ( 2 ) ( 0

Figura 7 - Exemplo de Indicadores e respetivos intervalos resultados e scores  
 Fonte: *print screen* do BI CSP referente à USF RDL, 2021

Neste contexto, quanto ao **desempenho da unidade** o mesmo é espelhado através do seu do Índice de Desempenho Global (IDG) que reflete o cumprimento de conjunto de indicadores contratualizados anualmente com o ACES ON que a unidade se compromete a cumprir e que determinam assim a qualidades dos cuidados prestados pela mesma.

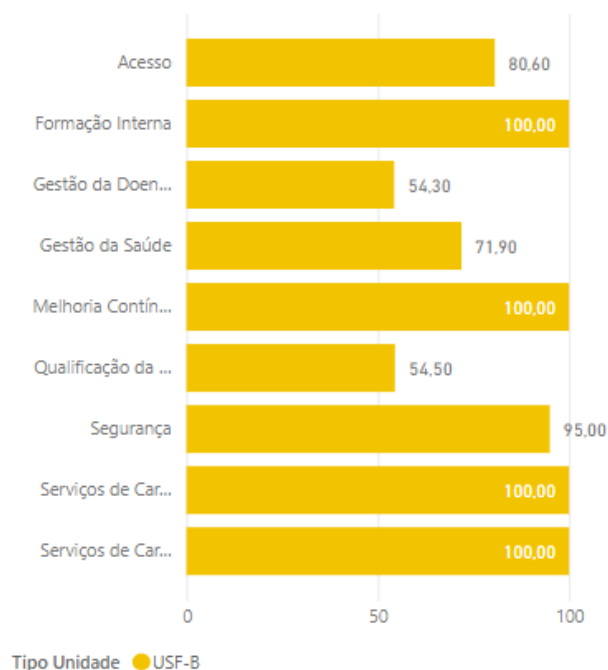
A monitorização do desempenho é efetuada principalmente através do portal do BI-CSP e do MIM@UF (que possibilita informação por ficheiro médico e de enfermagem). Estas plataformas disponibilizam de forma continuada a publicação dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores (ACSS, 2020).

Assim, no que respeita ao **desempenho da USF RDL** (Quadro 2) esta apresentava em 04/2021 o valor de 67,2 na mediana do Índice de Desempenho Global (IDG) e que no contexto de USF modelo B se encontrava acima da mediana nacional, regional (LVT) e do ACES ON. Apesar de estar acima de todas as medianas, verificava-se um decréscimo em relação ao ano anterior (2020 = 71,21), tal como ocorreu na maior parte das unidades, situação que se prendeu com a situação pandémica vivida. Mas no final de 2021 o valor foi de 81,30 o que superou o ano anterior, valor este igual à mediana Nacional, mas superior à mediana para a ARS LVT e ACeS ON, o que num contexto geral é considerado um desempenho muito bom atendendo também à situação pandémica que se vivenciava.

**Quadro 2 – Mediana do IDG das USF Modelo B**

Mediana do ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL - USF Modelo B				
Mês/Ano	Nacional	ARS LVT	ACeS ON	USF RDL
12. 2021	81,3	76,75	77,6	81,30
04. 2021	66	63	68,1	67,2
12. 2020	66	70,85	72	71,21

Score Mediana por SubÁrea e Tipo Unidade



**Figura 8 - Score Mediana por Subárea e Tipo de Unidade USF \_ B**  
**Fonte: print screen do BICSP referente à USF RDL, 2021**

Um bom desempenho consubstancia-se em cuidados de saúde de qualidade prestados à população abrangida pela Unidade e também a acesso a incentivos institucionais que

permitirão à Unidade melhorar por exemplo os seus recursos materiais (adquirindo material que possa aumentar a qualidade dos seus cuidados e o grau de satisfação dos seus utentes), ou também possibilitar a formação aos seus profissionais ( disponibilizando uma verba para cada um destes e assim fomentar a formação contínua e a procura de conhecimentos o mais atualizados possíveis), e por fim também a incentivos financeiros para premiar o excelente trabalho de todos os seus profissionais.

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA

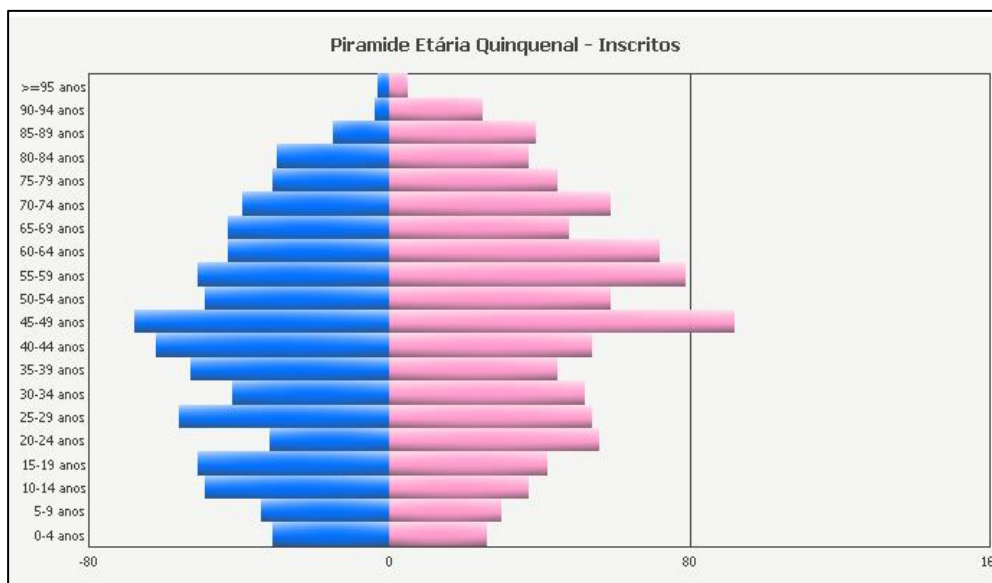
O enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. Assim, assumindo-se como um recurso de proximidade com um papel de agente facilitador 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 (DL nº 118/2014).

O ficheiro que agora se irá caracterizar tem como elementos de equipa um médico de MGF, uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária e um secretário clínico. Esta equipa presta cuidados a um universo de 1742 utentes, num total de 807 famílias (MIM@UF, 2021). No âmbito legal estabelecido, Regulamento nº743/2019, a lista de utentes e famílias está acima do preconizado. Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica-se o seguinte rácio: 1 (um) enfermeiro por 1.550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas (15); 1 (um) enfermeiro por 350 famílias.

Na análise da pirâmide (Figura 9) constata-se que mais de metade da população inscrita é mulher 54,8% (956) versus 45,2% (786) de homens. A população ativa é representativa de mais de metade da população inscrita, apresentando uma percentagem de 58,49% (1019).

Quanto ao total de inscritos menores de idade a percentagem é de 17,22% (300), sendo que 2% (6) destes têm menos de 1 ano, o que se consubstancia numa percentagem reduzida de lactentes, logo de nascimentos.

Acima dos 65 anos de idade estão inscritos 423 utentes o que corresponde a 24,28% da população, percentagem esta superior à da Unidade (22,84%). Na população idosa também mais de metade é mulher 60,9% (258) versus 39,9% (165) de homens.



**Figura 9 - Pirâmide Etária do Ficheiro do EF.**  
**Fonte: print screen do MIM@UF, 2021**

Em relação à distribuição de utentes pelos vários programas de saúde, de acordo com os dados do SClinico Perfil Enfermagem (2021), no seguinte quadro (Quadro 3) podemos constatar que 9,64% (168) dos utentes apresenta diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e 22,84% (398) de Hipertensão.

Neste é também observável que 23,6% (409) dos utentes integram o Programa Saúde Pessoas Idosas e 0,97% (17) dos utentes são dependentes. Mais se salienta que 19,91% (347) dos utentes integra a Saúde Infantil e Juvenil, 23,7% (413) a Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e 0,4% (7) a Saúde Materna. No que respeita ao programa de Saúde da Família, este integra 3,6% (64) dos utentes.

**Quadro 3 - Distribuição de utentes por Programas de Saúde.**  
 (continua)

Programas de Saúde	Nº de utentes com programa associados/%
PN Diabetes	168 (9,64%)
P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão	398 (22,84%)
P.N.S.R. Saúde Materna	7 (0,40%)
P.N.S.R. e Planeamento Familiar	413 (23,70%)
PNSJ Saúde Infantil e Juvenil	347 (19,91%)
P. Cuidados Continuados	1 (0,05%)
Dependentes	17 (0,97%)

(Conclusão)

P. N. S. Pessoas Idosas	409 (23,47%)
Saúde da Família	64 (3,6%)
Tratamentos de Feridas e úlceras	17 (0,97%)
P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colón e Reto	43 (2,46%)
P.N.D.O. Rastreio Cancro do Colo do Útero	438 (42,6%)
Hipocoagulados	5 (0,2%)

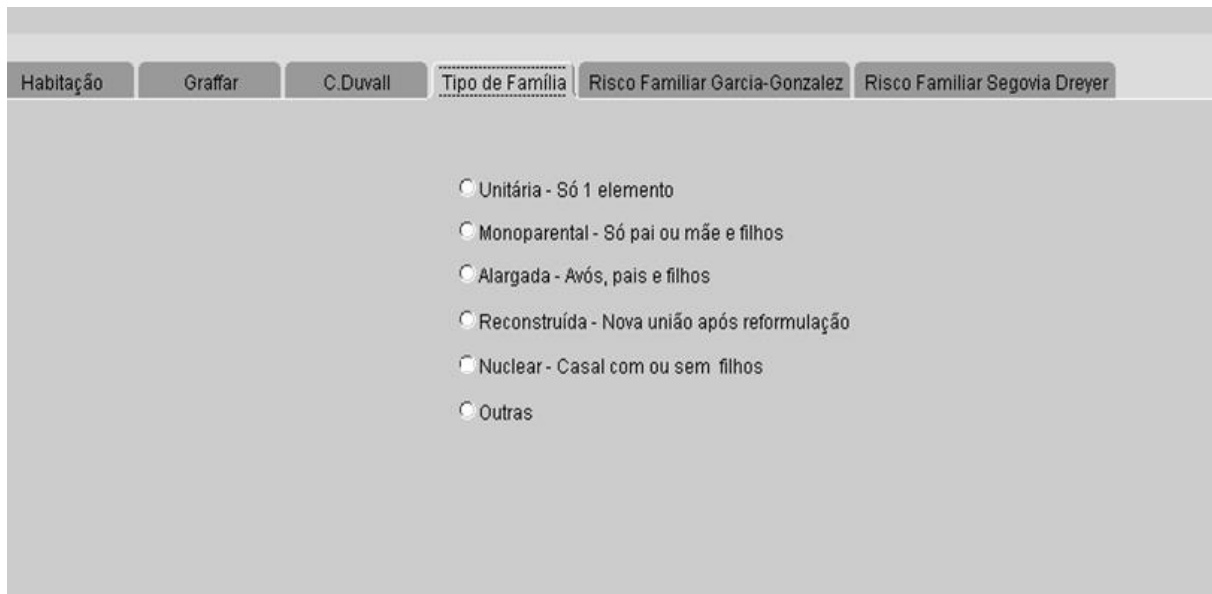
**Fonte: SClínico Enfermagem , 2021.**

Dos principais problemas de saúde identificados no ficheiro (TOP 10) pela Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC) salientam-se as alterações do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, abuso de tabaco, obesidade, perturbações depressivas e a diabetes não insulínica. O que está em consonância com o Perfil de Saúde da região ON (USP ZP, 2019-2021).

A ICPC é um sistema de codificação clínica desenvolvido pelo comité de classificações da WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família) que detém os direitos de autor desta classificação. Em Portugal todas as aplicações informáticas de registo clínico usam a ICPC-2 como sistema de codificação de problemas de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2016).

Há ainda a salientar na caracterização deste ficheiro um estudo que se efetuou às famílias com nascimentos de crianças no ano 2021, e também em todos os ficheiros da unidade, após uma auditoria realizada a 1 de junho de 2021 (Apêndice I). Nesta auditoria foi avaliada a existência de registos clínicos de enfermagem na caracterização das famílias com crianças nascidas em 2021 no que respeita ao Tipo de família e Etapa do ciclo de vida familiar de *Duvall*.

O tipo de família é uma classificação importante, efetivada com intuito de diferenciar a sua composição e os vínculos entre os seus membros. “A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (Figueiredo, 2013, p.74). Quanto à tipologia das famílias optou-se pelas designações constantes no SClínico (Figura 9): Família Unitária (só um elemento); Família Monoparental (só o pai ou a mãe e filhos); Família Alargada (Avós, pais e filhos); Família Reconstruída (nova união após reformulação); Família Nuclear (casal com ou sem filhos) e outras.



**Figura 10 - Tipo de Família**

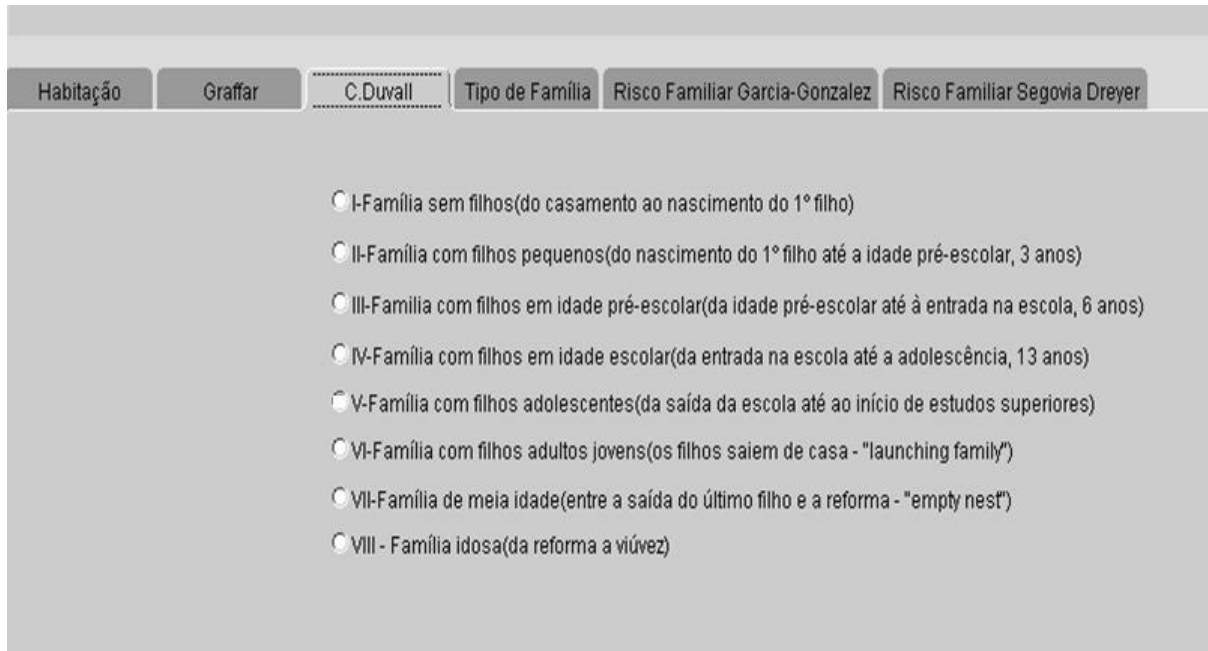
Fonte: *print screen*, do *SClínico Perfil Enfermagem*, 2022

As famílias manifestam a sua individualidade pela forma particular como se desenvolvem ao longo do ciclo vital. O ciclo vital corresponde a uma sequência de fases ou etapas que se iniciam com a formação da família e prosseguem até que esta se dissolva, reportando-se a mudanças da família, enquanto unidade, assim como mudanças que ocorrem nos seus membros individualmente (Relvas, 2000, *as cited in* Figueiredo, 2013).

As etapas do ciclo vital são caracterizadas pelas tarefas específicas afetas a cada uma delas, correspondendo ao percurso evolutivo da família, estas possibilitam prever a sequência de transformações na organização da família ao longo do seu desenvolvimento. Isto implica uma reorganização do sistema emergindo segundo *Duvall e Miller* (1985) (*as cited in* Figueiredo, 2013) dois tipos de mudança característicos do desenvolvimento familiar, uma relativa às posições e conteúdos dos papéis familiares e a outra aos padrões de interação da família. As etapas apesar de serem descritas linearmente, podem sobrepor-se, originando diferentes níveis de desenvolvimento, as fronteiras entre as etapas não são inflexíveis. Mais se saliente que a mudança de uma etapa para a seguinte, não implica que as tarefas específicas de cada uma sejam finalizadas no momento processual da transição (Figueiredo, 2013).

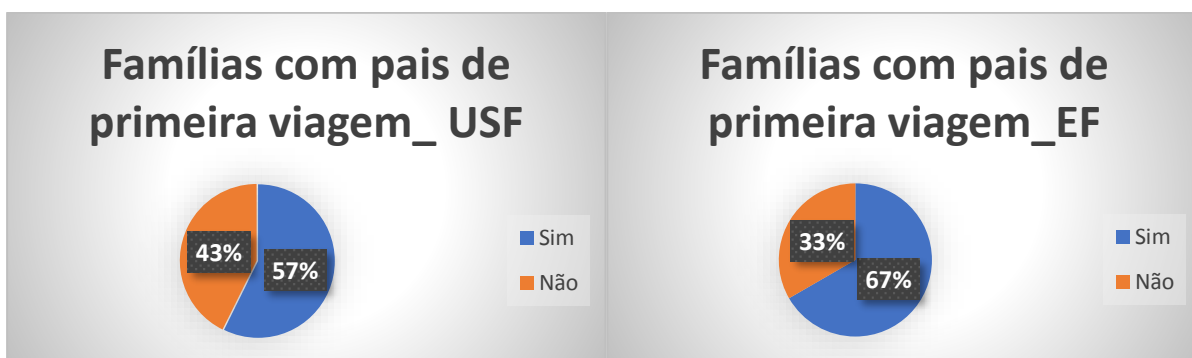
Neste enquadramento considerou-se no estudo das famílias a classificação das Etapas do ciclo de vida Familiar de *Duvall*, pois é esta classificação que consta no *SClínico* (Figura 10), assim são as seguintes: I - Família sem filhos do casamento ao nascimento do 1º filho; II - Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos; III - Família com Filhos idade pré- escolar até à entrada na escola 6 anos; IV - Família com Filhos

idade escolar da entrada na escola até à adolescência, 13 anos; V - Família com Filhos Adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores); VI - Família com Filhos Adultos jovens (os filhos saem de casa "launching family"); VII - Família de meia -idade entre a saída do ultimo filho e a reforma ("empty nest"). VIII - Família idosa (da reforma à viuvez).



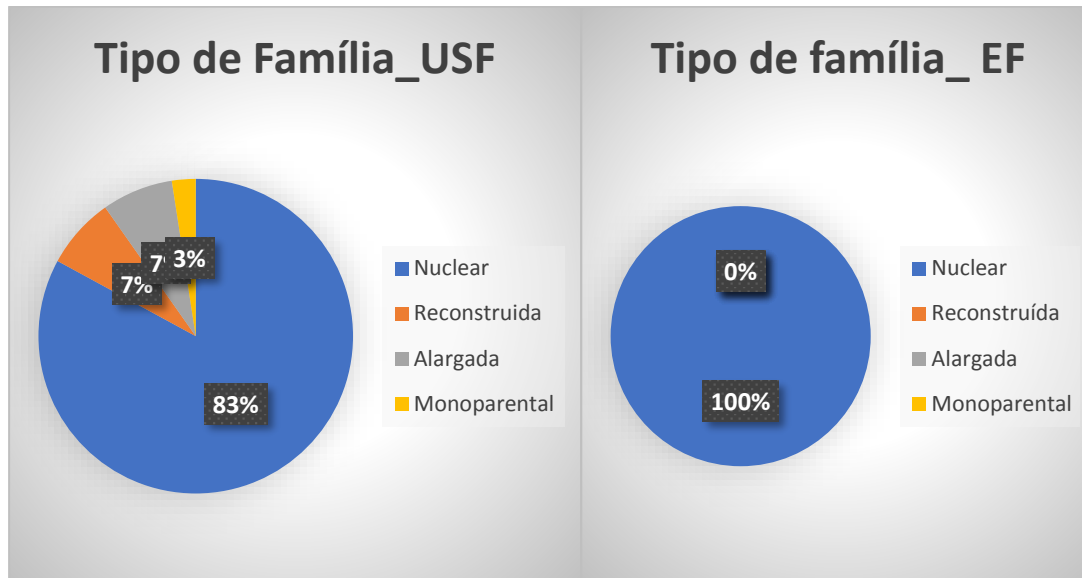
**Figura 11 - Etapa do ciclo de vida Familiar de Duvall**  
 Fonte: *print screen*, do SClinico Perfil Enfermagem, 2022

Assim, face ao exposto, no estudo realizado pode constatar-se no seguinte gráfico (Gráfico 1) que na USFRDL em 2021 54,8% das famílias com nascimentos de crianças em 2021, teve o seu primeiro filho, ou seja, estavam pela primeira vez a adaptar-se a um novo papel, ao papel de pais (papel parental), pais de primeira viagem, estando a vivenciar uma transição para a parentalidade. No ficheiro da enfermeira de família a percentagem é de 66,66%, ou seja, superior à da unidade.



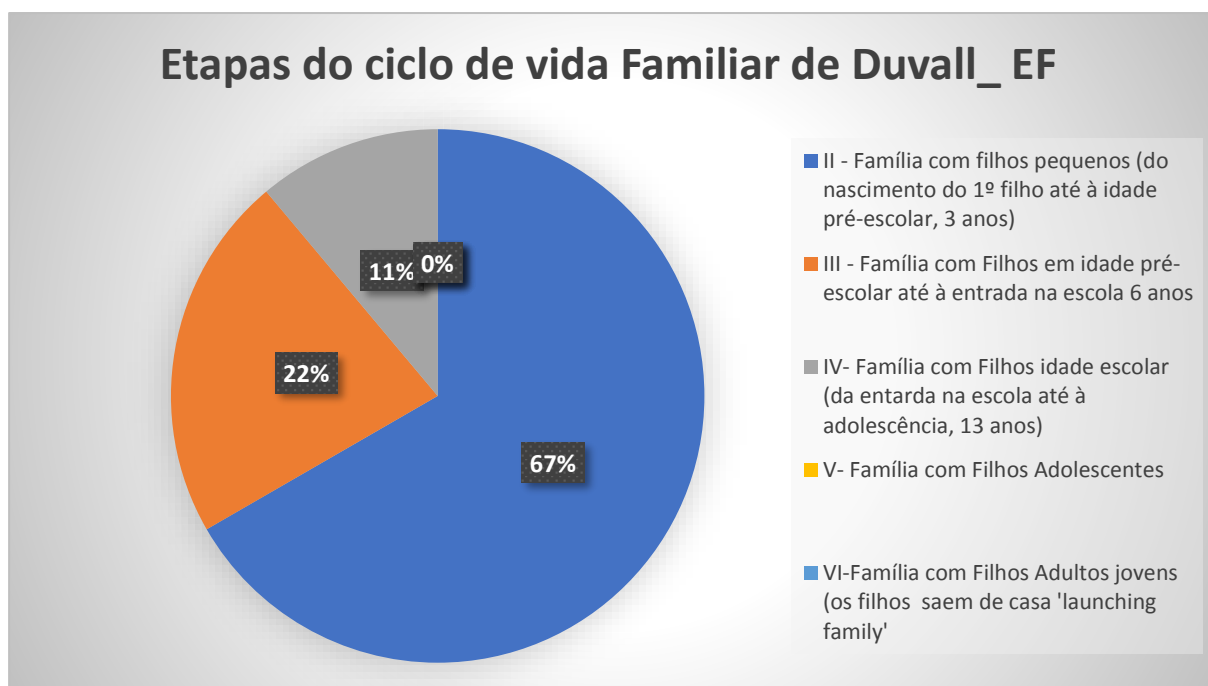
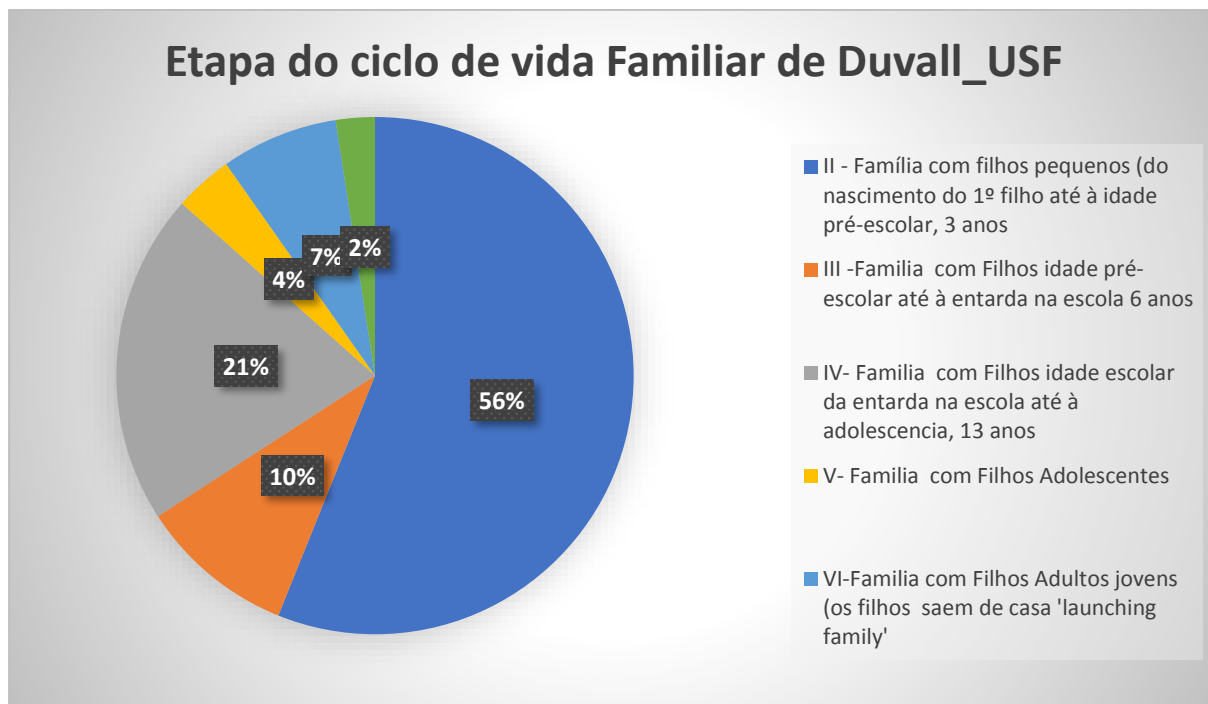
**Gráfico 1 - Famílias com pais de primeira viagem: USF e Ficheiro do EF**

Quanto ao Tipo de famílias (Gráfico 2) na Unidade a tipologia com maior percentagem corresponde à Família Nuclear com um valor de 83%, o mesmo acontece no ficheiro do EF que apresenta uma percentagem de 100 % de famílias nucleares.



**Gráfico 2 - Tipo de Família \_USF e Ficheiro EF**

Em relação à Etapa do ciclo de vida familiar de *Duvall* (Gráfico 3) a USF apresenta os seguintes resultados: a maior percentagem das famílias, ou seja, 56% encontra-se na Etapa II - família com filhos pequenos do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, isto vem refletir os resultados obtidos quanto ao número de famílias com pais de primeira viagem e o que está também em consonância com os resultados obtidos no ficheiro do EF.



**Gráfico 3 - Etapas do ciclo de Vida Familiar de Duvall\_Ficheiro EF**

Face ao exposto, perante os resultados do estudo incorreu-se num questionamento de quais seriam atualmente as melhores evidências científicas relativas às intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira na transição para a parentalidade.

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

Neste capítulo de contextualização da ESF aborda os principais conceitos e estrutura conceptual, designadamente as teorias e modelos de enfermagem mais relevantes, na sua ótica, para a prática clínica especializada da mesma.

A enfermagem familiar nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida, sendo o pilar dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano (Pires, 2016).

O Enfermeiro de Família surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (DL nº 118/ 2014).

O conceito de EF foi referenciado pela primeira vez na Declaração de Munique em 2000. Nesta considerou-se que o EF seria o elemento-chave para a concretização das 21 metas de saúde estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o século XXI. Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo.

A par com este paradigma, em Portugal a reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários, iniciada pelo XVII Governo Constitucional, teve um papel relevante no desenvolvimento da Enfermagem de Família a nível nacional.

Esta reforma originou uma grande reestruturação dos CSP com a conceção de unidades funcionais de prestação de cuidados específicas, nomeadamente as USF. Com a criação destas em 2007, surgiu a questão do reconhecimento do carácter específico da enfermagem nos cuidados primários. E o reconhecimento, pelo Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto da figura de “enfermeiro de família” como integrante das equipas de saúde familiar. Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros propõe uma definição das responsabilidades e tarefas do enfermeiro de família e algumas escolas de enfermagem começam a oferecer programas de especialização nesse campo. Todavia, por falta de consenso entre a Ordem, os sindicatos e o Ministério da Saúde sobre o conteúdo do trabalho do enfermeiro de família, até 2017, esses projetos-pilotos não haviam iniciado (Fronteira *et. al.*, 2020). A Ordem só reconheceu a especialidade de enfermagem de saúde familiar como área de subespecialização da saúde comunitária em 2018, (Fronteira *et. al.*, 2020).

O Decreto-Lei n.º 298/ 2007 de 22 agosto, alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho, do regime jurídico da organização e funcionamento das USF, define que a equipa multiprofissional deve potenciar as competências de cada grupo profissional e no seu artigo

7º, “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar”.

Desta forma fica patente a necessidade de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, para cuidados que se querem de excelência nestas unidades.

A Enfermagem de Saúde Familiar entendida como um campo disciplinar da enfermagem, tem vindo a adquirir, um corpo de conhecimento específicos e evidência científica que sustentam a prática dos cuidados de excelência. A mesma, tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2013).

A enfermagem avançada como práxis envolve um enfermeiro que domine a sua área de competência e de conhecimento e os utiliza para elevar a profissão a um outro nível, num processo que envolve a pessoa e a coloca no centro da sua atuação e cuidar (Fernandes & Vareta, 2019).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), um Enfermeiro de Prática Avançada (APN) é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada (Lopes, Gomes & Almada - Lobo, 2018).

Nos países onde a função está estabelecida e o cargo está bem definido, o leque de competências que podem ser desempenhadas é muito alargado. Em Portugal, existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, devidamente reconhecida pelo órgão regulador Ordem dos Enfermeiros (OE), que atribui o título de Enfermeiro Especialista.

Neste contexto, as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes (Lopes *et. al.*, 2018).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar define o EESF como o profissional de referência a quem compete o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital (OE, 2015, p. 17385).

A nível Nacional a prática especializada em enfermagem de Saúde familiar tem contornos legais recentes, tendo sido reconhecida pela OE como uma especialidade em enfermagem no ano de 2018, com a regulamentação das competências específicas do EE ESF. Os seus

documentos legais para regular e orientar a prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar são:

- Padrões de Qualidade do Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A enfermagem de Saúde Familiar como prática avançada baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro. O EEESF tendo a família como unidade de cuidados intervém com a mesma numa perspetiva sistémica e colaborativa.

A enfermagem de saúde familiar, enquanto constructo de conhecimento próprio com percurso e competências diferenciadoras, tem o seu fundamento teórico assente nas teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias da enfermagem. A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, pratico e de investigação em enfermagem de família (Monteiro, 2019).

A saúde familiar fomenta a noção de que as relações familiares são fulcrais para a saúde da família. Esta engloba muito mais do que só a saúde dos indivíduos como partes independentes e reconhece a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do enfermeiro de família (IFNA, 2015).

A saúde familiar perspetiva-se como dimensão do sistema familiar em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde, a nível bio-psico-cultural-ecológico-espiritual e, como sistema aberto, deverá permeabilizar as suas fronteiras e mobilizar os recursos internos e externos dos diferentes níveis do ambiente, em interação dinâmica com outras famílias/grupos da comunidade, demonstrando capacidade de adaptação às situações com que é confrontada (Figueiredo, 2013).

Para a mesma autora a saúde familiar surge como um estado subjetivo, especificado por um conjunto de características que visam maximizar o potencial de saúde da família. Para esta autora, a saúde familiar traduz-se na 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. Esta reforça ainda que a saúde familiar agrega quer a saúde de cada um dos membros individualmente, quer os aspetos do funcionamento familiar, e assim, a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar e vice-versa.

A Enfermagem de Saúde Familiar é o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem. 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 uma componente da sociedade (*Hanson, 2005, p.8*).

A OMS no seu documento “Saúde XXI”, reconhece que os enfermeiros de família, pela sua proximidade e pelas competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital e na promoção das respostas adaptativas às transições, encontram-se em posição privilegiada para potenciar a (co) criação dos projetos de saúde dos indivíduos e famílias. Famílias que, para além de padrões de comunicação e interação próprios, se encontram em transformação e mudança.

Neste ponto torna-se pertinente abordar quatro meta paradigmas/conceitos relevantes em Enfermagem de Saúde Familiar: Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem Familiar segundo a OE (2017):

### **Saúde**

- A saúde é um processo dinâmico vivenciado pelas famílias. O conceito de saúde inclui a interação entre bem-estar e doença reflexo de um paradigma holístico.
- A saúde familiar fomenta a noção de que as relações familiares são fulcrais para a saúde da família.
- A saúde da família engloba muito mais do que só a saúde dos indivíduos como partes independentes e reconhece a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do enfermeiro de família. A noção de saúde familiar engloba a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si e reflete também uma interação a nível biopsicossocial espiritual e outros.

### **A Família**

- Grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos apresentam um forte sentimento de pertença.
- As famílias têm aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a perceção de saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos. Todas as famílias tem capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde.
- Uma família inclui diferentes indivíduos cada um com a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual. Toda a forma de comunicação verbal ou não verbal é significativa.
- Todas as famílias possuem um património cultural e histórico que é parte integrante da saúde e da vida familiar.

- A perspetiva familiar o seu conceito de saúde a sua experiência de doença a sua cultura e o seu crescimento pessoal são únicos.

### **O Ambiente**

- A Saúde familiar é influenciada do modo como os seus membros interagem dentro de contextos ambientais comuns.
- A família em todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e na sua complexidade cultural interage com o ambiente progressivamente transformando-o e sendo influenciado também ao longo do tempo.
- Os enfermeiros colaboram com as famílias de modo a criar ambientes que promovam a saúde e bem-estar assim como a gestão rápida de sintomas e a prevenção de doenças.

### **A Enfermagem**

- Representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família, tanto na saúde como na sociedade.
- A enfermagem de Saúde Familiar como prática avançada baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família.
- Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Familiar dão resposta às necessidades da família, como biológico, social e espiritual, interagindo com as famílias e indivíduos.
- Os enfermeiros de família possuem conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta.

O conceito de família foi necessariamente evoluindo e terá necessariamente interpretações diferentes consoante o contexto social em que se encontra

### **TEORIAS E MODELOS CONCEPTUAIS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A essência da enfermagem é o reflexo da evolução das suas teorias, segundo *Alligood* (2018) uma teoria é um combinado de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática assim esta é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina (ensino), como enquanto profissão no que respeita a ser um campo prático especializado.

Neste sentido a mesma autora define teoria de enfermagem como um grupo de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem, proposições testáveis das filosofias, modelos conceituais, grandes teorias, teorias de enfermagem abstratas ou teorias de outras

disciplinas. As teorias são menos abstratas do que as grandes teorias e menos específicas do que as teorias de médio alcance.

As teorias de médio alcance são vistas como um grupo de conceitos mais específicos para a prática, com um nível médio abstrato do conhecimento teórico, que propõem questões precisas e testáveis da prática de enfermagem e incluem características da mesma como faixa etária do paciente, situação familiar, condição de saúde, localização do paciente e ação do enfermeiro (Alligood, 2018).

As teorias pretendem dar sentido ao mundo, ou seja, evidenciar de que forma as coisas se ligam umas às outras e como é que, juntas, podem ajudar a descrever, explicar ou prever certos fenómenos (Hanson & Kaakinen, 2005). A teoria dá “significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (Alligood & Tomey, 2004, p.13).

O Enfermeiro de Família será tanto melhor quanto mais souber utilizar em conjunto os conceitos e asserções que cada uma delas fornece (Hanson, 2005).

Segundo Alligood & Tomey (2004, p.13),

“O poder de uma enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional e é mais provável que sejam bem sucedidos. Para além disso, as enfermeiras perceberão por que fazem o que estão a fazer e serão capazes de explicar claramente a outros profissionais de saúde. Por conseguinte, a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão.”

As teorias em enfermagem da família têm vindo a assumir uma evolução ao nível do conhecimento, estas devem ter uma abordagem integradora, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Assim sendo, é de suma importância os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados (Pires, 2016).

Para além das teorias de enfermagem, foram desenvolvidos modelos integrados, que se inspiram em pressupostos da ciência social da família, da terapia familiar e dos conceitos de enfermagem (Hanson, 2005).

Os modelos de enfermagem procuram captar e definir a essência da enfermagem e o seu processo, estes são referenciais para tomada de decisão, pelo que podem ser usados, na

prática, para analisar, planear, implementar e avaliar o cuidado, possibilitam a identificação de intervenções relacionais de enfermagem de saúde familiar, que guiam o enfermeiro na exploração de como a doença tem afetado as suas vidas e relacionamentos e no ser curioso e vigilante acerca do sofrimento associado à doença (IFNA, 2020).

Os modelos conceituais são conjuntos de conceitos que abordam fenômenos de enfermagem em proposições que explicam a relação entre eles. (Alligood, 2018) Os amplos conceitos que abordam dizem respeito aos metaparadigmas (seres humanos, saúde, enfermagem e meio ambiente) que são centrais para o seu significado no contexto de um quadro particular e da disciplina de enfermagem. Estes fornecem perspetivas com diferentes focos para o pensamento crítico sobre pessoas, famílias, e comunidades para tornar decisões em enfermagem e uma perspetiva de enfermagem para o desenvolvimento da teoria em vários níveis de abstração (Alligood, 2018).

Neste contexto importa referir alguns dos modelos de enfermagem desenvolvidos por enfermeiros focados na família como foco e não como contexto tais como: o Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (baseado no modelo de sistemas de *Betty Neuman*); O Modelo de Avaliação Familiar de *Friedman* (que se baseia na Teoria dos sistemas, Teorias de desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família); O Modelo de Avaliação e Intervenção da Familiar de *Calgary* e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de *Henriqueta Figueiredo*.

Estes oferecem distintas perspetivas para a prática do enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem. Podem servir como instrumentos de ligação entre a teoria e a prática, assim como clarificar pensamentos sobre elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si (*Wesley, 1997 as cited in Figueiredo, 2013*).

Compatíveis com o processo de enfermagem, estes fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, cimentada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar, um quadro de referência, uma forma de pensar sobre os fenómenos, robustecendo a construção do conhecimento em a enfermagem (Figueiredo, 2013).

Independentemente do nível de prática de enfermagem de família, pela complexidade inerente à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento de intervenções. A agregação de dados permite a análise

multidimensional, a estruturação dos mesmos e a identificação dos focos de atenção, possibilitando fundamentar as intervenções delineadas subsequentemente (Figueiredo, 2013).

Neste contexto serão agora desenvolvidas resumidamente as teorias e os modelos que fazem parte do seu quadro conceptual como “lentes” orientadoras da sua prática:

- Teoria das Transições de Meleis – pois as famílias passam por transições normativas decorrentes da etapa do ciclo de vida familiar em que se encontram e também por transições não normativas tais como doença, divorcio, catástrofe (pandemia COVID 19), morte de um familiar.
- Teoria de Consecução de Objetivos *Imogine King* – a importância do estabelecimento de metas e objetivos que façam sentido à família. Uma relação de parceria na tomada de decisão tendo em conta as expectativas da mesma. Na relação terapêutica os conceitos de interação, transação e comunicação.
- Cuidar Baseado nas Forças (SBC) – uma intervenção baseada nas forças da família para que a mesma possa superar os desafios com as suas próprias ferramentas.
- Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) - avaliação da família alvo segundo este modelo.
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) – áreas de atenção e definição de diagnósticos de Enfermagem CIPE.

## TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A Teoria das Transições desenvolvida por Meleis é uma teoria de médio alcance, de grande relevância na prática especializada de ESF.

De acordo com Meleis (2010) citada por Melo (2020) ao longo da vida o ser humano pode experienciar diversos tipos de transições, sendo que estas podem ser de natureza:

- Desenvolvimental: relacionadas com as crises naturais que decorrem do ciclo de vida individual e familiar (o casamento ou o nascimento de um filho);
- Situacional: relacionadas com crises acidentais que decorrem por isso de uma forma inesperada na vida (uma situação de desemprego);
- Saúde-doença: relacionadas com processos de adaptações a situações (como doenças crónicas);
- Organizacional: relacionadas com mudanças de papéis seja no contexto do funcionamento familiar seja laboral, por exemplo.

Ao longo da vida todos os indivíduos e todas as famílias vão passando por diversas transições, a forma como cada um destas as vivencia, é única e diferente, bem como as estratégias que desenvolve para as ultrapassar e alcançar um novo estado de equilíbrio (Melo, 2020). Quanto à natureza das transições estas podem ser simples quando acontece apenas um dos processos ou múltiplas quando ocorrem várias transições. As transições múltiplas podem ser sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não relacionadas (Melo, 2020).

Os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam transições (Meleis, 2010).

A abordagem do enfermeiro deve ser feita numa lógica intencional de resultados positivos que permitam aos indivíduos e às famílias desenvolver resultados favoráveis a uma transição saudável (Melo, 2020). As intervenções de Enfermagem podem ser preventivas e antecipatórias ou terapêuticas, assim temos como intervenções o clarificar papéis, competências e significados, o identificar marcos de mudança e por fim mobilizar suporte e interrogar. (Meleis, 2015 *as cited in* Melo, 2020).

Os cuidados de enfermagem são atos de vanguarda, pela posição que o enfermeiro ocupa no sistema de saúde, que permitem ajudar o cliente de enfermagem antes, durante e após as transições a compreender o seu novo papel, integrando-o no seu self e sendo capaz de o desempenhar com mestria (Meleis, 2010).

Perante qualquer transição, a pessoa necessita de mobilizar as suas forças internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam. A família deve ser apoiada para que as transições vivenciadas sejam diagnosticadas, avaliadas e alvo de uma intervenção ou mesmo antecipadas. Segundo Meleis (2010), existem seis condições que influenciam a experiência de transição: significado atribuído à experiência de transição, expectativas, nível de conhecimento, ambiente (suporte social, familiar e institucional), nível de planeamento e bem-estar emocional e psicológico.

A mesma autora apresenta igualmente propriedades essenciais da transição (das quais as famílias se devem apropriar), como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração da transição e os eventos/pontos críticos. Ao nível da consciencialização, para que os atos façam sentido é essencial que, em primeiro lugar, o cliente alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver a transição. Esta está relacionada com a perceção, com o conhecimento e reconhecimento que o indivíduo tem da experiência de transição. Como tal, o entendimento do processo de transição exige descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2010).

O processo de transição pode ser igualmente inibido ou facilitado consoante a influência dos fatores pessoais, como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010). Estes elementos devem ser levados em consideração quando se cuida das famílias, daí a importância acrescida do procedimento de uma avaliação inicial de qualidade, que seja fonte de informação relevante e necessária para a futura intervenção de enfermagem.

Sabe-se que as transições são multidimensionais, e os significados que lhe estão associados decisivos na medida em que permitem definir a intensidade e a natureza das consequências que a transição causa na pessoa. Deste modo, segundo Meleis (2010), são indicadores de transições saudáveis o bem-estar subjetivo, o domínio de papel e o bem-estar das relações. O final da transição poderá, portanto, corresponder a um novo começo ou a um período de estabilidade. Não obstante, é difícil, ou mesmo impossível, estabelecer limites sobre a duração da transição de determinadas experiências, em que o enfermeiro as deve avaliar continuamente (Meleis, 2010).

Os enfermeiros são elementos-chave neste processo que envolve as transições, assumindo, muitas vezes, o papel de principais cuidadores dos clientes e das famílias que as experienciam. Estão, portanto, numa situação privilegiada para identificar as exigências impostas por uma transição, preparando os seus clientes/famílias para as mesmas, avaliando, planeando e implementando intervenções que promovam competências a fim de lidar com a mudança. A enfermagem cuida no sentido de promover a adaptação do indivíduo e famílias a processos de transição a que se vêm sujeitos (Meleis, 2010).

Em qualquer contexto de atuação, o enfermeiro torna-se autêntico e humanizado quando se apropria das dimensões envolvidas com a vivência do processo de transição. Conhecer e compreender o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação entre o enfermeiro e as famílias. A negociação de transições bem-sucedidas depende do desenvolvimento de um relacionamento eficaz entre o enfermeiro e o cliente (terapêutica de enfermagem), um processo altamente recíproco que afeta tanto o cliente como a enfermeira (Meleis, 2010).

No final, as transições devem ser vistas como algo positivo, uma vez que as pessoas/ famílias podem alcançar uma maior estabilidade relativamente ao seu estágio anterior, tendo uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment* (Meleis, 2010).

## TEORIA DA CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS

A Teoria da Consecução de Objetivos (1981) foi desenvolvida por *Imogene King* partindo da Teoria de Sistemas. Sua teoria foi considerada uma teoria de médio alcance, integrada na Escola da Interação, podendo também ser classificada como um modelo conceptual a partir do qual desenvolveu a mesma (*Alligood, 2018*).

Esta teoria centra-se na interdependência dos sistemas, incorporando o conceito de interação entre enfermeiro e paciente, em que ambos atuam no sentido da concretização das metas definidas e cujas percepções se influenciam mutuamente. A sua estrutura conceptual é de sistemas abertos cujo conceito central refere-se aos seres humanos como sistemas em interação com o meio, integrando três sistemas interativos: pessoal, interpessoal e social cada um deles com os seus conceitos (*Figueiredo, 2013*).

King começou por ver a família como “um mero contexto para o desenvolvimento individual e, posteriormente, passou a encará-la como um sistema interpessoal e social, centrando a sua teoria na integração e interação entre o sistema pessoal e os sistemas interpessoais e sociais” (*Hanson & Kaakinen, 2005, p. 55*).

Esta teoria concentra-se assim no sistema interpessoal e as interações que ocorrem entre os indivíduos, especificamente na relação enfermeiro-paciente. No processo de enfermagem, cada membro da díade percebe o outro, faz julgamentos e age. Juntas, essas atividades culminam em reação, interações, resultado e, se existir congruência preceptiva e os distúrbios forem conquistados, as transações ocorrerão, o sistema está aberto para permitir feedback (*Alligood, 2018*).

*King (1984), (as cited in Alligood, 2018)* propõe que enfermeiros, que tenham conhecimento dos conceitos da Teoria da Consecução de objetivos são capazes de perceber o que está a acontecer com pacientes e familiares e são capazes de sugerir abordagens para lidar com as situações.

## O CUIDAR BASEADO NAS FORÇAS

O Cuidar Baseado nas Forças (SBC) é uma abordagem de enfermagem desenvolvida por *Gottlieb*, que propõe que a enfermagem se foque nas forças da pessoa/família e as ajude a consolidar essas forças, mobilizando-as de forma a recuperar e a lidar com as situações porque estas passam para que possam retomar a sua vida. As pessoas/famílias são detentoras de recursos internos (forças) que poderão utilizar para confrontar os desafios por que passam.

Um enfoque sobre as forças do SBC reside em descobrir e valorizar as forças humanas no meio de problemas e fraquezas e como trabalhar com as forças para mitigar a vulnerabilidade, numa parceria colaborativa e de *empowerment*. Trata-se de atingir o equilíbrio vital entre as forças e fraquezas pois estas coexistem e compreender como estas interagem para promover a saúde, a recuperação e a doença (Gottlieb, 2016).

O SBC “trabalha com o que está bem e a funcionar melhor” (Gottlieb, 2016) e vai ajudar a procurar e descobrir potencialidades, possibilidades e oportunidades, para ajudar as pessoas a gerir a sua doença e a lidar com os eventos de vida (Gottlieb, 2016). A enfermagem baseada nas forças é verdadeiramente libertadora, focando-se no que é preciso para promover a saúde e a vida.

Os enfermeiros e os profissionais de saúde estão incumbidos da responsabilidade de ajudarem os indivíduos a encontrarem as suas próprias forças, para lidarem tanto com os desafios do quotidiano como com as adversidades que ameaçam a sua integridade e suas vidas (Gottlieb, 2016).

O SBC desloca o foco de atenção de uma perspetiva limitada a um problema ou défice para uma perspetiva abrangente do todo. A pessoa, família e comunidade situam-se no contexto e histórias das suas vidas, com as suas muitas facetas, camadas e complexidades. É expectável que os indivíduos e famílias sejam responsáveis pela sua saúde, assumam maior responsabilidade pela saúde de seus familiares e que sejam parceiros nas decisões dos cuidados. Estes são mais propensos a assumir responsabilidades quando assim são tratados, e mais propensos a beneficiar do suporte, ensino, orientação dos enfermeiros quando têm uma compreensão mais ampla das suas próprias forças e recursos externos (Gottlieb, 2016).

As pessoas necessitam de encontrar as suas próprias forças, soluções e serem responsáveis pela sua própria saúde.

IFNA (2022) a Enfermagem baseada em forças é uma abordagem orientada por valores para nortear a ação da enfermagem no cuidado às pessoas e famílias, fundamentada nos princípios: cuidado centrado na pessoa/família; empoderamento; promoção e cura da saúde; parceria colaborativa; capacidade inata para saúde e a cura. A mesma trabalha com as forças internas e os recursos externos da pessoa e da família para maximizar o nível de funcionamento e bem-estar para promover a saúde e criar condições para a cura.

## MODELO DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA DE CALGARY

O Modelo de Avaliação Familiar de *Calgary* (MACF) foi desenvolvido por *Lorraine Wright* e *Maureen Leahey*, apresenta-se como uma estrutura multidimensional que combina a Teoria Geral de Sistemas, a Teoria da Comunicação, a Teoria da Mudança e a Cibernética e também o pós-modernismo, feminismo e a biologia da cognição (*Wright & Leahey, 2012*).

Neste modelo destaca-se o seu princípio básico de inclusão da família no processo de cuidados, o sistema familiar é considerado como uma unidade dos cuidados de saúde e não do indivíduo por si só, centrando-se na interação entre todos os membros da família. Este possibilita o estudo da família como um sistema, tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio (*Pires, 2016*).

O *Internacional Council of Nurses* reconhece este modelo como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (*Schober e Affara, 2001, as cited in Monteiro, 2019*).

O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional, cada uma delas compostas por subcategorias (*Wright & Leahey, 2012*). Na aplicação do modelo de *Calgary*, o enfermeiro de família explora as categorias ou subcategorias que considera mais necessária.

Dentro da categoria estrutural, é possível identificar as subcategorias: interna que avalia a família quanto à sua composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites); a externa que possibilita a avaliação das interações da família com família extensa e sistemas mais amplos e a de contexto que permite avaliação quanto à etnia, raça, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente. A categoria de desenvolvimento inclui as subcategorias estágios, tarefas e vínculos afetivos e aqui a família é avaliada quanto à etapa do ciclo de vida familiar em que se encontra, segundo os estádios preconizados e as tarefas afetas a cada um deles e os vínculos existentes entre os membros da família. Finalmente, a categoria funcional possibilita a avaliação do modo como os membros da família interagem e abrange a subcategoria instrumental (atividades da vida diária) e a subcategoria expressiva (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e coligações) (*Wright & Leahey, 2012*).

## MODELO DINAMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), construído por Henriqueta Figueiredo em 2009, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros de família no contexto dos CSP, sendo um instrumento de referência teórico e operativo no desenvolvimento de práticas direcionadas à família. Foi co-desenvolvido e validado através de investigação realizada em CSP portugueses e adotado em 2011 como referencial teórico da ESF, para uso dos enfermeiros portugueses que cuidam de famílias, pela Entidade Reguladora da profissão de Enfermagem Portuguesa (IFNA, 2022).

O mesmo define conceitos de Saúde da Família, Ambiente Familiar e Enfermagem Familiar e apresenta uma matriz multidimensional (IFNA, 2022). Fundamentado no pensamento sistémico enquanto referencial e no Modelo de *Calgary*, sua estrutura multidimensional possibilita avaliar a família em três dimensões a estrutural, de desenvolvimento e funcional, centrando-se em áreas de atenção familiar por domínios avaliativos (Figueiredo, 2013). Este integra um instrumento de recolha de dados constituído por uma Matriz Operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família e permite a interligação do processo de enfermagem na prática da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2013, *as cited in* Pires, 2016), estando alicerçado na linguagem classificada proposta pela Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), propõe diagnósticos e intervenções de enfermagem dirigidas à família.

Segundo Figueiredo (2013) é um modelo integrador de uma base conceptual ecossistémica, centrada numa abordagem sistémica, holística e globalizante. Que permite uma conceção da família como cliente e unidade em transformação, e não apenas como contexto, de acordo com as transições normativas previstas no Ciclo Vital Familiar, e as não normativas decorrentes de acontecimentos inesperados, e cujo papel do enfermeiro de família é valorizar os pontos fortes da família, e dos seus membros, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento.

O MDAIF considerando a família como unidade de cuidados, em particular para cada um dos membros e no geral percecionando a família como um todo, é ao mesmo tempo um todo e as suas partes, assumindo características que são mais do que e diferentes da mera soma das partes. “Não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetará, quer as suas partes, quer o todo, e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade de saúde familiar” (Figueiredo, 2013, p.65).

O sistema familiar é identificado como promotor de saúde na sua globalidade e seus subsistemas, remetendo para a relação entre os elementos, influenciando e evoluindo numa interação recíproca e cumulativa (Figueiredo, 2013).

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, desenvolvido colaborativamente com a família promovendo a participação da mesma e seus membros em todas as etapas. A relação terapêutica é dinâmica, colaborativa e recursiva, caracterizando-se pela criação de um contexto conversacional co-evolutivo, que possibilite a elaboração de soluções promotoras de mudança a partir das potencialidades do sistema familiar. Assim, os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando - a ser proativa na consecução do seu projeto (Figueiredo, 2013).

## **INSTRUMENTOS QUE AJUDAM NA AVALIAÇÃO FAMILIAR**

Para se proceder à avaliação familiar são utilizados os modelos teóricos de avaliação, e os instrumentos de apreciação que facilitam a sua compreensão e que cada enfermeiro deverá desenvolver na sua prática diária. A avaliação familiar requer a utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam conhecer a família e a sua dinâmica facilitando assim a sua compreensão, por forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família, desta forma salientamos os seguintes:

**Genograma:** é um diagrama da família que permite registar informação acerca dos seus membros e das relações estabelecidas entre estes, ao longo de pelo menos três gerações, proporcionando uma visão geral e rápida das complexidades da família, o que vai ser uma ajuda na planificação das estratégias de intervenção (Hanson, 2005). Uma representação gráfica da composição e estrutura familiar, dos padrões de repetição ao longo de gerações e do relacionamento dos membros da família (Rebelo *et. al.*, 2018)

**Ecomapa:** este consiste numa representação visual da unidade familiar no relacionamento entre os seus membros e entre estes e a comunidade, através, entre outros, da família alargada, dos amigos, do trabalho, da escola e da igreja (Hanson, 2005, p. 194).

**Escala de Grafar:** que consiste numa avaliação das condições socioeconómicas da família, permitindo classificar a sua classe social, conhecendo mais detalhadamente os seus recursos e possíveis fatores de *stress*, possibilitando prever algumas condições de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial.

**Escala de APGAR Familiar:** procura avaliar a satisfação de cada membro da família (perceção individual) num determinado momento, bem como a funcionalidade desta, sendo certo que a sigla APGAR resulta das variáveis de avaliação do funcionamento familiar: *Adaptation* – adaptação; *Partnership* – participação; *Growth* – crescimento; *Affection* – afeto; *Resolve* – decisão (Rebello *et. al.*, 2018).

A adaptação possibilita perceber como os recursos internos e externos são partilhados e utilizados na resolução de problemas, especialmente se estes constituírem uma ameaça para o sistema familiar família (Rebello *et. al.*, 2018). É o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros tem de recorrer à família (Pires, 2016). A participação refere-se à partilha e comunicação das responsabilidades e decisões, ou seja, a satisfação do membro da família quanto à reciprocidade na comunicação e resolução de problemas (Pires, 2016). O crescimento é maturidade física e emocional conseguida pelos membros da família (Rebello *et. al.*, 2018). Este é avaliado segundo a educação dos filhos, se existe liberdade, partilha e apoio mútuo do agregado familiar. Avalia a satisfação de cada membro relativamente à liberdade, no que respeita à mudança de funções (Pires, 2016). O afeto mostra como os sentimentos e as emoções são vividas no seio da família, este demonstra a satisfação dos membros da família com a intimidade e interação emocional que existe na família. A resolução/dedicação relativa ao tempo que cada um dos membros dedica à família, o modo como o tempo é partilhado, possibilita reconhecer o grau de satisfação de um membro com o tempo que os outros dedicam à família (Pires, 2016).

O APGAR Familiar dá-nos a perceção que o indivíduo tem da sua família, quer como importante recurso psicossocial (quando a pontuação é alta), quer como um apoio fraco ou mesmo um problema (quando a pontuação é baixa). Os membros da família que sentem as suas famílias como um recurso têm mais probabilidades de se manterem saudáveis do que aqueles que não conseguem reconhecê-las como suporte social e psicológico. (Rebello *et. al.*, 2018).

**Escala e Readaptação Social de Holmes e Rahe:** consiste num questionário com uma lista de 43 eventos, tem por objetivo correlacionar os eventos de vida experimentados como situações de stress e doença, tendo como base os acontecimentos passados ou recentes ocorridos, circunscritos num período de um ano (Figueiredo, 2013). Esta possibilita “avaliar e quantificar as dificuldades vividas pela família no período de um ano, determinando a probabilidade de algum dos membros vir a desenvolver uma doença psicossomática.” (Figueiredo, 2013, p.19).

**Escala FACES II:** A escala *Family Adaptability and Cohesion Scale* (FACES) possibilita a avaliação da família quanto à sua adaptação e coesão familiar, ou seja, a sua funcionalidade

familiar. Esta é constituído por várias afirmações que permitem conhecer a perspetiva da família (perspetiva interna) quanto à sua funcionalidade (Rebelo *et. al.*,2018).

Em suma, para se proceder à avaliação familiar são utilizados modelos teóricos de avaliação, bem como instrumentos de apreciação que cada enfermeiro deverá desenvolver na sua prática diária.

Na prática clínica é importante que os enfermeiros adotem uma estrutura conceitual clara, um mapa da família, isso encoraja a síntese de dados, a fim de serem identificadas as forças e os problemas da família e seja constituído um plano de tratamento útil e esquematizado. É necessária uma abordagem integradora, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Neste sentido, é importante os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados (Pires, 2016).

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

Neste capítulo é efetuada uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional descrevendo e analisando o percurso efetuado.

O EE especializa-se numa determinada área clínica, adquirindo as competências e o know-how adicional para providenciar cuidados mais específicos. Neste contexto, as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes (OE,2018).

Antes de dar início à reflexão é pertinente fazer um breve enquadramento sobre competências, EE e o contorno legal do EEESF.

Rosa, Carvalho & Barja (2022, p.3) definem competência como “a capacidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desempenho eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho, além do alcance dos objetivos estabelecidos”.

O EE é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (OE, 2019, p. 4744).

A atribuição do título de EE pressupõe “para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (OE, 2019, p. 4744).

O contorno das competências comuns e específicas visa munir um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019).

Neste contexto é pertinente mencionar o suporte normativo legal que rege a prática do EE em Enfermagem de Saúde Familiar:

- Regime Jurídico da Criação, Organização e Funcionamento das Associações Públicas Profissionais (Lei nº 2 / 2013, de 10 de janeiro);
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro);

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril e alterado pela Lei nº 111/2009, de 16 de setembro e pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro);
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº367/2015, de 29 de junho).
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro que revogou o Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro);
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho).

Com base nos dois últimos regulamentos supramencionados expõe-se o que se entende por competências comuns e competências específicas do EEESF e outros conceitos relevantes.

Assim, as “**competências comuns**” são aquelas que todos os enfermeiros especialistas partilham, independentemente da sua área de especialidade “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019, p. 4745). As mesmas “...envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019, p. 4744). Estas apresentam quatro domínios de competência: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2019).

Quanto às “**competências específicas**” elas são reconhecidas como as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, distintas a cada campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

No que respeita ao “**Domínio de competência**” este é definido como “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, 2019, p. 4745). Cada domínio de competência integra os respetivos descritivos, unidades de competências e critérios de avaliação que orientam a prática especializada.

Em relação ao **“Descritivo de competência”** este revela a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo dividida em segmentos menores, pode descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho. (OE, 2019)

Quanto à **“Unidade de competência”** esta é um segmento maior da competência, especificamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência semelhantes que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo. (OE, 2019)

Por fim os **“Critérios de avaliação”** incluem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando -se com o alcance descrito. (OE, 2019)

Posto isto, serão agora apresentadas por domínio as competências comuns desenvolvidas em contexto dos ensinamentos clínicos, atendendo aos respetivos descritivos e unidades de competência e critérios de avaliação.

### 3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste subcapítulo descrevem-se as atividades que suportam o desenvolvimento das competências comuns realizadas pelos enfermeiros especialistas. Em conformidade com o regulamento n.º 140/2019 emanado pela OE, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde.

Assim, as competências comuns do EE elencam quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2019). Estas deverão ser evidenciadas e 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.

#### **DOMÍNIO RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

Os enfermeiros na sua prática “adotam uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam.” (OE, 2022, p.179)

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal estão contemplados nos dois diplomas estruturantes da profissão de enfermagem que pautam o exercício da mesma: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Estatuto da OE, no que se consigna ao Código Deontológico do Enfermeiro (“Deontologia Profissional”, capítulo VI).

A Deontologia é definida como um conjunto de regras, apoiadas nos princípios da moral e do direito humano, que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social, tendo em contas as características próprias de cada profissão. A preocupação da deontologia é assim a correção da ação, «um dever profissional» em que o objetivo é procurar definir as boas práticas (OE, 2015).

A deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto de deveres relacionados ao exercício profissional do enfermeiro, em resultado do mandato social que recebeu, para prestar cuidados de enfermagem às pessoas famílias ou comunidades (OE, 2015).

Assim, visto que cada dever apresenta a sua relação com os direitos do outro, esta inclui um conjunto de direitos que se fundamentam na dignidade profissional e na desejada excelência do exercício profissional do enfermeiro, de forma a garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade (OE, 2015).

A Deontologia estando associada ao dever e obrigação, é um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral (OE, 2015).

A Deontologia de enfermagem “constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro”. Vasto porque inclui as diferentes dimensões da prestação de cuidados e áreas de intervenção de enfermagem e poderoso, pois, estando incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se como essencial na procura do melhor agir profissional orientando e fundamentando as decisões e os atos de enfermagem. (OE, 2015).

Quanto à ética, palavra de origem grega “*ethos*” (“caráter ou costume”), esta é enunciada como um conjunto de padrões e valores morais de uma pessoa ou grupo. O seu campo de estudo é esclarecer o que pode ou deve ser uma norma de conduta, assim pode afirmar-se que está relacionada com o dever moral. A apreciação dos valores nas relações humanas, ocorre no “domínio da reflexão lógica do agir humano”, ou seja, no domínio da consciência de cada um. Está sempre nas nossas mãos, não depende senão da decisão de cada um e não precisa de consentimento ou do acordo do outro (OE, 2015).

Assim, as normas éticas profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar dos outros. Os princípios éticos que regem o dever moral,

enquanto pessoa e profissional, e que sustentam a tomada de decisão ética em enfermagem são: Respeito pela Autonomia, Não – Maleficência, Beneficência e Justiça.

No que respeita à parte legal, o enfermeiro, para além de cumprir as leis do seu mandato social, como cidadão, está também obrigado a respeitar e cumprir as leis em geral, emanadas pelos órgãos de soberania (Presidente da República, a Assembleia da República, o governo e os tribunais) consagrados na Constituição da República Portuguesa.

Exposto isto, no domínio responsabilidade profissional, ética e legal identificam-se duas competências:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na concretização das competências do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** ao longo dos estágios deu continuidade a um conjunto de comportamentos e valores que sempre orientaram os 25 anos da sua prática, atendendo ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e Código Deontológico do Enfermeiro.

Presentemente, no contexto de prática especializada a mesma foi também pautada pela observância do Código Deontológico da OE zelando sempre pelos direitos humanos e pela dignidade humana. Assim, como também desenvolveu uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Na resolução de problemas, os cuidados prestados foram desenvolvidos em parceria com os utentes e famílias, tendo sempre em atenção a sua individualidade, privacidade e autonomia e também as suas especificidades, necessidades, escolhas, objetivos, valores, costumes e crenças. Durante toda a prestação de cuidados assegurou que o utente/individuo/famílias tivessem acesso a toda a informação que necessitavam ao longo do processo de cuidados, assegurando também o direito ao sigilo, à confidencialidade, à privacidade e à segurança de todas as informações adquiridas no decorrer do desenvolvimento das atividades.

Adotou também medidas para a segurança de dados e dos registos clínicos, utilizando adequadamente todos os sistemas de informação disponíveis nomeadamente o SClínico CSP\_ Perfil Enfermagem e o Evacinas (programa para registo de vacinas) para que a continuidade dos cuidados se mantivesse assegurando assim a qualidade dos cuidados.

O SClínico prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Assim possibilita o acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, isto, permitirá uniformizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente (Ministério da Saúde, 2020).

## **DOMÍNIO MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

A qualidade é um pilar fundamental de qualquer sector de atividade e no sector da saúde tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito de enorme relevância na gestão das organizações de saúde, representando a sua responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a elas recorrem (Mendes, 2012).

A qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo cliente, neste sentido, a qualidade vai mudando de significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do cliente. A gestão da qualidade surgiu com a necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objetivo da excelência dos seus produtos (Mendes, 2012).

A qualidade em saúde é explicada pelo *Institute of Medicine* (IOM) como sendo o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente. (Mendes, 2012).

A qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por várias razões nomeadamente porque existe cada vez mais uma maior exigência e expectativas por parte dos utentes, exigência também ao nível da formação e conhecimento dos profissionais, do desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados, a racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura de Qualidade em Saúde (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2015).

Mendes (2012) salienta que a necessidade de implementar sistemas de qualidade revela-se uma ação prioritária em saúde, fortemente assumida quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), uma das estruturas orgânicas da DGS.

Para o mesmo autor (2012) em Portugal a qualidade em saúde beneficiou com a criação deste departamento, com existência legal desde 2009, pela Portaria n.º 155/2009, de 16 de fevereiro, inserido na DGS com cinco divisões:

- Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional;
- Divisão da Segurança do Doente;
- Divisão da Gestão Integrada da Doença e Inovação;
- Divisão da Mobilidade de Doentes;
- Divisão de Acreditação.

O mesmo refere ainda que o DQS “tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade”. Leite (2013) afirma que a OE é “acérrima defensora do princípio de que a qualidade é um elemento transversal a qualquer organização e que apenas com o envolvimento de todos se consegue alcançar a melhoria contínua.”.

A qualidade dos cuidados disponibilizados tem cada vez mais relevância na Saúde. A exigência crescente nestas últimas décadas por cuidados de qualidade é atualmente um ponto fulcral na governação clínica das diversas Unidades Funcionais de Saúde. Esta proporciona a melhoria contínua da qualidade assegurando aos cidadãos cuidados de excelência.

A governação clínica pode ser vista como a construção de um sistema que permite desenvolver capacidades organizacionais para oferta de cuidados de saúde de qualidade, sustentáveis e focalizados no utente.

Rodrigues (2018) referênciava que uma “boa governação clínica e de saúde baseia-se numa abordagem descentralizada *multinível*, com autonomia na linha da frente, estimulando o brio, a criatividade e o envolvimento entusiástico de todos. Os seus princípios, estratégias e práticas devem estar presentes em todos os pontos da organização. Esta abordagem descentralizada e participativa envolve e inspira os profissionais e as equipas e, como consequência, influencia os processos e os resultados do conjunto”.

O mesmo autor refere que a implementação da Governação Clínica representa um desafio para todos os profissionais em termos de trabalho de equipa, e o seu desenvolvimento pressupõe quatro ideias-chave segundo:

- Todos os profissionais devem ter boas práticas (profissionais qualificados e com processos de desenvolvimento profissional contínuo);
- Os utentes devem ser protegidos das más práticas (*patient safety*, a gestão do risco);

- Os maus desempenhos profissionais têm de ser melhorados (melhoria contínua da qualidade, numa lógica de identificação e diminuição do erro);
- A organização é capaz de demonstrar que está a fazer bem e apresentar resultados (exigência de transparência).

Este afirma ainda que “é preciso fazer certo, as coisas certas e melhorá-las dia a dia”, para que tal aconteça as equipas precisam de receber informação qualificada e ter tempo, para analisar, avaliar e discutir as boas práticas.

O acesso dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade em todos os níveis da prestação, como um direito fundamental, é garantido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, pelo que os cuidados prestados devem basear-se na equidade, efetividade, eficiência, segurança e nas necessidades e expectativas dos cidadãos.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar tem como padrão de qualidade:

- satisfação do cliente (perseguir os mais elevados níveis de satisfação do cliente);
  - promoção da saúde (capacita o cliente para alcançar o máximo potencial de saúde);
  - prevenção de complicações (previne complicações para a saúde do cliente);
  - bem-estar e o autocuidado (maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa ou complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente);
  - readaptação funcional (conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde);
  - organização dos cuidados de Enfermagem (contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem).
- (OE, 2017).

A implementação de boas práticas no âmbito da qualidade permite uma uniformização de procedimentos, bem como uma garantia de que os profissionais de saúde estão permanentemente atualizados e a par das orientações adequadas para as inúmeras técnicas e procedimentos efetuados, em benefício do utente/ família.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade identificam-se três competências:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

No que respeita à primeira competência o EE “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na difusão necessária à sua apropriação, até o nível operacional “(OE, 2019, p. 4747). As unidades de competência são: mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e orienta projetos institucionais na área da qualidade.

Quanto à segunda competência o EE reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, consoante os seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua (OE, 2019). Aqui as três unidades de competência são: avalia a qualidade das práticas clínicas; planeia programas de melhoria contínua e lidera programas de melhoria contínua (OE, 2019).

Por fim, a terceira competência o EE considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição indispensável para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente promove a envolvência adequada ao bem-estar gerindo o risco (OE, 2019). Neste caso, há a considerar duas unidades de competência: promove o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (OE, 2019).

Expostas as considerações, no âmbito do **domínio Melhoria Continua da Qualidade**, nos ensinamentos clínicos as intervenções realizadas permitiram a implementação de algumas medidas potenciadoras da qualidade dos cuidados.

Desenvolveu uma prática baseada na evidência procurando orientações e normas clínicas para a prática de enfermagem, mobilizando conhecimentos e habilidades de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade. Neste âmbito, desenvolveu também competências de investigação elaborando um trabalho de investigação recorrendo a uma revisão sistemática de literatura.

Na área da qualidade durante o ensino clínico foi possível colaborar, em atividades e programas de melhoria contínua da qualidade. Nomeadamente, teve a oportunidade de realizar em contexto do Programa de Saúde da Família uma auditoria interna aos registos de enfermagem, colocando em execução o “Plano de Auditoria à caracterização das famílias”, delineado pela Unidade como objetivo em sede de contratualização, no ano 2020.

Com o referido Plano de Auditoria a Unidade pretendia incentivar os profissionais a dar os primeiros passos na implementação do registo em processo familiar da avaliação familiar, recorrendo aos instrumentos que constam no SClínico. Para tal propôs avaliar o “tipo de família” e etapa do “Ciclo de Vida Familiar de *Duvall*” das famílias com utentes com Programa de Saúde Materna associado durante o ano em análise, ou seja, as famílias com filhos

nascidos em 2021. Os resultados da auditoria (Apêndice I) foram apresentados em reunião, na qual também se fez uma revisão da avaliação familiar no que concerne à sua dimensão estrutural, segundo o Modelo de *Calgary*.

Foi também realizada uma ação de formação (Apêndice II e III) e elaborado um manual sobre a consulta de enfermagem nos diferentes programas de saúde (Apêndice IV), com o intuito de uniformizar e incentivar o cumprimento dos registos clínicos. Uma vez que estes ao permitirem que se assegure a continuidade dos cuidados, possibilitando assim que se prestem melhores cuidados, cuidados estes de qualidade. Estes dão também visibilidade ao trabalho realizado, espelhando as práticas realizadas que terão reflexo num conjunto de indicadores que irão contribuir para o desempenho da Unidade em termos do IDG, refletindo-se em termo de qualidade.

No desenvolvimento desta competência salienta ainda a colaboração, participação e operacionalização do processo de gestão da implementação da Vacinação de Gripe na época vacinal de 2021/2022 na unidade, altura em que estava definido a nível nacional, atendendo ao contexto pandémico, a vacinação contra a gripe nos CVC. Nesta situação, pensa que foi uma mais-valia a experiência profissional que já possui na gestão da implementação e operacionalização de vários processos de saúde, pois na unidade onde exerce a profissão faz parte do Conselho Técnico e da equipa responsável pelo processo de certificação de Qualidade da mesma, o que lhe possibilita um agir mais célere e eficaz.

Na USF RDL uma unidade que tem cumprido os objetivos definidos nacionalmente em termos de indicadores de saúde que espelham o grau de desempenho da unidade e qualidade dos cuidados prestados. No processo manter a melhoria contínua da qualidade teve assim em consideração os objetivos traçados pela equipa para obter um bom Índice de Desempenho Global (IDG), e para tal foi adotada uma abordagem dinâmica em que reconheceu as áreas a melhorar de forma que toda a sua ação pudesse contribuir para melhor desempenho da Unidade.

Na melhoria da qualidade teve em conta também a avaliação de todas as suas práticas, analisando e refletindo sobre os cuidados prestados.

Na gestão de riscos manteve um ambiente terapêutico e seguro, no decorrer da prestação de cuidados na unidade e em contexto domiciliário. Em contexto pandémico a etiqueta respiratória, o controlo de infeção, o cumprimento das regras de higiene e segurança foram fulcrais. Durante toda a intervenção com utentes e famílias proporcionou um ambiente psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança.

E adotou também medidas para a segurança de dados e dos registos clínicos, utilizando adequadamente todos os sistemas de informação disponíveis nomeadamente o SClinico CSP\_ Perfil Enfermagem e o Evacinas (programa para registo de vacinas) para que a continuidade dos cuidados se mantivesse assegurando assim a também a qualidade dos cuidados.

## **DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS**

A gestão de cuidados em saúde remete para a organização, planeamento e operacionalização de todo o processo de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, assim como a articulação das equipas multiprofissionais.

No domínio da Gestão de Cuidados identificam-se duas competências:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Quanto à primeira competência, o EE, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde. As duas unidades de competência são: otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (OE, 2019)

Relativamente à segunda competência, na gestão de cuidados o EE adequa os recursos às necessidades dos mesmos, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Neste caso, as unidades de competência são: otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados e adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (OE, 2019).

Assim, no **domínio da gestão de cuidados** foi primordial conhecer os processos organizacionais da unidade, nomeadamente o seu Regulamento interno, o Plano de Ação, Manual de procedimentos, protocolos, entre outros, a dinâmica da equipa e os distintos papéis e funções de cada um dos seus elementos. Visto que ao conhecer a dinâmica organizacional da unidade o enfermeiro terá uma visão mais abrangente de todo o processo de gestão de cuidados.

O EE na interação com as famílias recorre a um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, recolhendo dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, prognósticos, objetivos e o planeamento da intervenção com a família. Na implementação dos planos de ação o EE negocia com os elementos da família e os recursos de apoio da comunidade, os melhores cuidados para garantir o equilíbrio dinâmico e funcionamento efetivo do sistema familiar (OE, 2015).

Na gestão dos cuidados atendeu aos recursos disponíveis materiais e humanos, de forma a otimizar a resposta da equipa de Enfermagem. Articulou com toda a equipa multiprofissional em situações que requeriam articulação e acompanhamento especializado fora da sua área de intervenção, encaminhando utentes, por exemplo, para cuidados médicos. Deu resposta ao pedido de colaboração na gestão dos cuidados de saúde a utentes e famílias. Desenvolveu intervenções na área da liderança, no que diz respeito ao processo de cuidados das famílias que acompanhou, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à Família. E colaborou na gestão do processo de implementação/operacionalização da vacinação da gripe na USF, atendendo ao contexto pandémico que se vivia e que de acordo com as orientações da DGS este deveria ser realizada nos CVC.

## **DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

No domínio da Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais identificam-se duas competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Quanto à primeira competência, o EE demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. E em contexto singular, profissional e organizacional, releva a dimensão de Si e da relação com o Outro. Neste, são de referir duas unidades de competência: detêm consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (OE, 2019).

Relativamente à segunda competência, o EE “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”. São três as unidades de competência: responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; suporta a prática clínica em evidência científica e promove a formulação e

implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019).

Terminando a reflexão, no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** considera que foi capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. Na prestação de cuidados esteve em constante interação com as mais diversas realidades, culturas, uma multiplicidade de pessoas e famílias de diferentes etnias, nacionalidades, com suas características, especificidades, valores e crenças. Este contexto foi por si reconhecido como contexto promotor de autoconhecimento e aprendizagem, de desenvolvimento de habilidades e competências comunicacionais imperativas não só numa relação terapêutica, mas nas restantes relações.

Reconheceu os seus limites pessoais e profissionais que em a situação de pandemia foram muito impactantes no desenrolar dos estágios (tais como elevado número de horas de trabalho, tanto no serviço como nos CVC e não atribuição do estatuto bolseiro por parte da ARS Centro. No entanto, o bom ambiente da unidade e a colaboração de toda a equipa da USF RDL possibilitou no meio de tanto desafio uma grande aprendizagem em todos os sentidos.

Colaborou em todas as atividades de enfermagem possíveis, considerando-as como oportunidades de desenvolvimento e de mobilização de conhecimentos adquiridos em contexto profissional e académico.

A sua práxis foi baseada em evidência científica e fundamentada nos conhecimentos adquiridas ao longo do mestrado quer em contexto académico, quer nos ensinamentos clínicos. De acordo com (Apostolo, 2017) a prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para a tomada de decisões sobre os cuidados prestados a cada família.

A oportunidade de desenvolver na abordagem com as famílias os referenciais teóricos que considerou relevantes para a prática de ESF nomeadamente a teorias das Transições de Meleis, a Teoria de consecução dos objetivos de King, o SBC e os modelos de *Calgary* e MDAIF.

A possibilidade de também recorrer de recorrer à pesquisa e investigação em várias bases de dados sobre os mais diversos assuntos. Neste âmbito, salienta-se novamente o desenvolvimento de competências de investigação através da elaboração de um trabalho de investigação recorrendo a uma revisão sistemática de literatura.

Tudo isto levou há reflexão e avaliação das práticas, contribuindo positivamente para o desenvolvimento do seu eu enquanto pessoa e profissional.

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

A reflexão e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, no âmbito do desenvolvimento das competências específicas da Enfermagem de Saúde Familiar, serão elencadas pelo normativo legal Regulamento n.º 428/2018 da OE.

As competências específicas do EEESF são assim:

- 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;
- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Familiar.

#### **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 descritivo de competência indica que o EE, “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo, e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (OE, 2018, p. 19357).

Neste caso, é possível identificar oito unidades de competência:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica;
- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (OE, 2018, pp. 19357-19358).

Atendendo ao exposto, durante os estágios realizados, foi um desafio desenvolver estas competências específicas. O contexto pandémico, veio mudar as dinâmicas das unidades, dificultando todo o processo terapêutico mais sistémico, não permitindo a interação com um maior número de famílias. A Unidade teve de reduzir as suas atividades programadas,

nomeadamente as consultas aos grupos vulneráveis, pois teve de redirecionou a maior parte da equipa de Enfermagem para o Centro de Vacinação Covid (CVC) Caldas da Rainha. Isto para dar resposta à solicitação da DGS, ARS LVT e do ACES ON para vacinar massivamente, toda a população.

Esta competência foi desenvolvida através de todos os contactos que são aproveitados para treinar a abordagem à família, sendo que as atividades desenvolvidas ocorreram no âmbito dos diversos programas de saúde, mas com maior relevância nos Programa Saúde da Família, Programa Nacional da Diabetes, Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil, no Programa Nacional de Vacinação (nomeadamente vacinação COVID 19) e de Tratamento de úlceras e feridas, visto serem estas as atividades programadas nos dias em que decorrem os estágios.

Deu também continuidade à intervenção de enfermagem segundo o modelo de *Calgary* no que respeita à avaliação familiar das famílias, foco da sua intervenção e à intervenção sistémica e colaborativa, de forma a dar resposta a um dos objetivos definidos em contexto do ensino clínico. Todas estas foram propícias ao treino e desenvolvimento das competências específicas do EE em ESF.

Nos estágios a intervenção com as famílias foi guiada pelas teorias e modelos de enfermagem nomeadamente: Teoria das Transições de Meleis, Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar e o modelo do Cuidado Baseado nas Forças.

O EE em ESF detém um papel relevante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, trabalha as dinâmicas internas da família, suas relações, estrutura e funcionamento, assim como o relacionamento com o meio envolvente, fomentando mudanças nos processos de interação intra e inter familiares na promoção da saúde e gestão da doença.

Como futura enfermeira especialista em ESF teve em consideração, na aquisição das competências específicas ESF, as premissas declaradas pela Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA). Ao reconhecer a importância da visão da saúde das famílias como reflexo de um paradigma holístico, um processo dinâmico entre a interação bem-estar e doença. Esta engloba “muito mais do que só a saúde dos indivíduos como partes independentes e reconhece a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do enfermeiro de família”. (IFNA, 2015)

No desenvolvimento desta competência foi ainda realizado um trabalho com aplicação do modelo de *Calgary* na avaliação de uma família do ficheiro da EF (Apêndice IV). A aplicação deste modelo como estrutura multidimensional, possibilitou a avaliação da família nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo baseado em fundamentos

teóricos como a Teoria Geral dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança possibilita neste sentido uma visão global da família como sistema com todas as propriedades dos sistemas globalidade, equifinalidade e auto-organização, todos os elementos da família em interdependência e interação interage entre si, formam um todo e mantem-se em funcionamento (Figueiredo, 2013).

Com a avaliação das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, conseguiu obter uma visão mais completa das famílias. Neste âmbito, colheu dados e aplicou instrumentos de avaliação familiar, que orientaram a determinaram os diagnósticos de enfermagem e o planeamento das respetivas intervenções.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Genograma, Ecomapa, Escala de avaliação social de *Graffar*, Escala de APGAR Familiar de *Smilkstein*. Escala FACES II adaptada e Escala de Readaptação de *Holmes e Rahe*.

Em todos os contatos abordou a família com disponibilidade, estabelecendo uma relação colaborativa, respeitando a sua competência na tomada de decisão, na gestão da sua vida, saúde e doença, reconhecendo as suas experiências e especificidades.

Foi capaz de reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, ao perceber como uma determinada situação/problema/doença, divórcio, morte, pandemia (transições não normativas) num membro da família pode afetar toda a dinâmica familiar. Baseado no pressuposto de que “a família é o todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes” (Figueiredo, 2013, p.67).

A oportunidade criada pelos momentos avaliativos permitiu a perceção global da família possibilitando reconhecer as transições desenvolvimentais e situacionais que estavam a passar. Foi assim capaz de conceber a família como uma unidade em transformação, que sofre transições normativas decorrentes da etapa do ciclo vida da Família e também transições não normativas, no caso por exemplo de família que estava a passar por uma a transição saúde-doença, tendo por base a Teoria das Transições de Meleis.

Priorizou os problemas identificados atendendo à perceção da família sobre a importância da sua resolução, e do que para ela é considerado problema. Mobilizou os recursos e forças da família para a maximização do seu potencial de saúde, tendo por base o Cuidar Baseado nas Forças (SBC).

Na família, mobilizando conhecimentos adquiridos em contexto teórico e em contexto da prática, foi capaz de estabelecer diagnósticos específicos e um plano de cuidados, envolvendo toda a família neste processo.

Em relação ao processo de Enfermagem e ao plano de cuidados elaborado, neste EC teve oportunidade de validar o mesmo junto da família. De estruturar a sua intervenção familiar e de implementar algumas das intervenções definidas.

## **LIDERA E COLOBOA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Quanto a esta competência, o EE “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (OE, 2018, p. 19358).

Nesta é de referir duas unidades de competência (OE, 2018):

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Esta competência foi sendo desenvolvida na abordagem que teve para com as famílias alvo dos seus cuidados. Nas famílias / utentes pode orientar o processo de intervenção familiar nas diferentes fases do ciclo de vida familiar, gerindo os cuidados de saúde aos diferentes níveis de prevenção, tendo por base os referenciais teóricos e o seu quadro conceptual e os conhecimentos que foi adquirindo ao longo do mestrado e dos EC antecedentes. Nas famílias aplicou a teoria das transições no que respeita a cuidar de famílias em transições do tipo desenvolvimental (etapas do ciclo de vida familiar tais como famílias com filhos pequenos, famílias; Família com filhos adultos, Famílias de meia-idade; família idosa) e situacional (pandemia, desemprego) e de Saúde/Doença. Na interação colaborativa com as famílias teve sempre em atenção as suas especificidades, valores, os seus propósitos e objetivos (Teoria da Consecução de objetivos, as suas forças promovendo às famílias que estas reconhecessem suas próprias forças e recursos (Cuidar Baseado nas forças). A intervenção foi pautada também pelos modelos de *Calgary* e MDAIF no que respeita a conhecer a família nas suas três dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcional, recorrendo aos diversos instrumentos que possibilitam a compreensão da família, promovendo uma visão sistémica da mesma.

Esta foi também desenvolvida através do conhecimento e compreensão da dinâmica organizacional da USF e sua articulação com outras unidades de saúde. Com o processo de integração na equipa multidisciplinar, acompanhado pela leitura de toda documentação da USF, nomeadamente, Plano de ação, Manual de procedimentos, protocolos existentes com vista a uma melhor compreensão da dinâmica organizacional da USFRDL. Uma Integração proativa processo que considerou facilitador, uma vez que ao exercer a atividade profissional

em contexto também de uma USF, facilitou a mesma, mesmo sendo uma unidade nova, muita da dinâmica organizacional é semelhante. Os objetivos traçados podem ser diferentes, mas todos eles se encaminham para uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

A colaboração interdisciplinar com diversos profissionais, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, assistentes técnicos e operacionais, entre outros, foi imperativa na prestação de cuidados em respostas às necessidades dos utentes e famílias que deles careciam de avaliação específica fora do seu âmbito de atuação. Sempre que se entendeu ser mais adequado, encaminhou-se as famílias /utentes para outros serviços de saúde. A confiança depositada em si pela enfermeira orientadora e toda a equipa multidisciplinar promoveu a autonomia, a articulação e uma melhor gestão dos cuidados prestados.

Assim, articulou com outras unidades e equipas de saúde, nomeadamente na prestação de cuidados em contexto do CVC Caldas da Rainha, onde foi possível interagir com as diversas unidades de saúde do ACeS ON, nomeadamente outras USF e UCSP e também com URAPP e Estrutura Residencial para Idosos (ERPIs).

No CVC Caldas da Rainha foi possível colaborar em parceria com a enfermeira orientadora na gestão da vacinação Covid 19, participando ao fim de cada turno na elaboração do relatório diário e também nas convocatórias dos utentes que muitas vezes recorriam a USF para solicitar agendamento. Também no âmbito da vacinação no que se refere à vacina da gripe, também colaborou na gestão das convocatórias dos utentes da USF.

A realização de uma auditoria, a elaboração de um guia de consulta de enfermagem nos diversos programas de saúde e a ação formativa nesta área, tiveram por base a melhoria dos registos clínicos de enfermagem e a aumento de melhores resultados no desempenho da unidade em termos dos indicadores de saúde.

Na gestão organizacional colaborou com a enfermeira orientadora (coordenadora da equipa de enfermagem) na gestão das atividades da equipa de enfermagem, dos recursos humanos e materiais e na gestão da articulação com outras unidades funcionais tais como, USF e USCP do ACeS ON em contexto de CVC e também com lares da região (vacinação COVID19 e Gripe)

Os sistemas de informação e tecnologias utilizados foram acima de tudo o SClínico CSP- perfil de enfermagem, SClínico Central (CVC), plataforma SINUS, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), BI-CSP e o MIM@UF, sistemas que na sua prática profissional já conhece, pelo que a integração dos dados e informação dos utente e famílias e a informação necessária ao estudo da Unidade não colocaram qualquer entrave na aquisição de competências na área dos sistemas de informação em saúde. Estes ao

possibilitarem a inserção da maior parte da informação do utentes e famílias e também toda a intervenção do enfermeiro são de extrema importância na avaliação dos cuidados que se prestam aos mesmos.

No entanto no que reporta ao programa da saúde da família pensa-se que os registos que são disponibilizados no SClínico são um pouco baseados na visão biomédica e não numa visão holística e isto poderá comprometer a intervenção com as família, pois não é possível registar a informação sobre alguns instrumentos que são necessário num abordagem sistémica à família, nomeadamente o ecograma, ecomapa, escala APGAR Familiar, Faces II, e outros, seria de extremo valor poder integrar estes instrumentos informaticamente no processo do utente e que estes estivessem disponíveis a um “click” mas ainda é uma utopia, mas para lá se caminha.

A realização dos trabalhos académicos solicitados durante os ensinios clínicos contribuiu também para uma prática mais sustentada e baseada em evidência científica.

Em suma, todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios proporcionaram a aquisição de competências para uma prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar.

#### **4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

A qualidade em saúde está cada vez mais conectada à prestação de cuidados especializados pelo que a especialização dos profissionais de saúde é imperativa.

Atualmente, a par com os cuidados de saúde, os cuidados de enfermagem assumem hoje grande relevância, exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização uma máxima a atingir.

Uma prática especializada em enfermagem decorre da necessidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados, ou seja, de garantir que a população tem acesso a cuidados de saúde de excelência.

Com uma prática especializada em enfermagem haverá um potencial impacto no acesso aos cuidados de saúde, na satisfação dos clientes, nos diversos indicadores de saúde e bem-estar, na qualidade dos serviços prestados, nos custos associados à prestação dos serviços e à realização e compromisso dos profissionais de Enfermagem (Lopes, *et. al.*, 2018).

Para uma prática especializada o enfermeiro tem de ser detentor de conhecimentos e competências especializadas na sua área de especialidade. Neste sentido, o enfermeiro especialista "... é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019, p.4744).

O EE tem nas suas competências comuns estabelecido a responsabilidade de "...levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (OE, 2019, p.4744), devendo basear a sua práxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). Este alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019). Para uma prática espacializada baseada na evidência a investigação torna-se assim imperativa e uma máxima a atingir. O EE especializa-se numa determinada área clínica adquirindo as competências e o know-how para providenciar cuidados mais específicos.

O EESF tem como máxima prestar cuidados especializados de qualidade e excelência e para que tal aconteça deve basear a sua prática na melhor evidência científica recorrendo assim à investigação.

Neste contexto, seguindo o propósito de uma prática especializada baseada na evidência, com desenvolvimento de competências na área de investigação, identificou como uma temática do seu interesse relevante para a profissão a transição para a parentalidade.

Neste sentido, pretende aprofundar conhecimentos sobre a transição para a parentalidade, mais concretamente sobre as intervenções de enfermagem consideradas relevantes na promoção do processo de transição para a parentalidade para os pais pela primeira vez.

A temática selecionada para estudo, com o título **“Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais (de primeira viagem) na transição para a parentalidade”**, emergiu da necessidade sentida enquanto profissional, aluna a tirar uma especialização, com interesse pelas transições que as famílias passam ao longo do seu ciclo de vida e na contextualização de um estudo efetuado aos ficheiros clínicos de todas as famílias da USF RDL, que no ano de 2021 tiveram no seu seio familiar o nascimento de um filho, no que reporta à avaliação familiar quanto ao tipo de família e etapa do ciclo de vida familiar em que as mesmas se encontravam.

Neste estudo foi possível constatar que uma percentagem significativa das famílias estava a passar a primeira vez pela experiência de ser pais pela primeira vez, famílias em transição para a parentalidade, que num contexto pandémico ainda traz muito mais inseguranças aos pais no que concerne ao cuidar dos seus filhos numa fase de grande aprendizagem, reorganização e reestruturação familiar.

Famílias perante novos desafios podem precisar de mudanças (primeira e/ou segunda ordem) e nesta fase de transição para a parentalidade as mudanças querem-se de duas ordens, daí considerar uma fase de grande complexidade que requer na sua visão de apoio especializado por parte do enfermeiro ficando assim evidente que a intervenção em enfermagem deverá ser a de melhor evidencia disponível.

Mais se salienta que, atualmente, na prática profissional se observa que apesar da abordagem às famílias neste tipo de transição ser efetiva e assertiva, as famílias especificamente os pais de primeira viagem continuam a manter um elevado grau de insegurança, o que é “normal”, no que toca ao lidar com esta fase da vida familiar, manifestando cada vez mais a sua insegurança para se adaptarem. Estes pais de “primeira viagem” apresentam cada vez mais dúvidas, receios e inseguranças no cuidado para com o seu primeiro filho, mesmo com toda a panóplia de informação válida e disponibilizada pelos vários profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, entre outros) e muitas vezes a “um *click* de distância” (através da internet).

Assim reconhece que a abordagem de enfermagem em famílias a vivenciar a transição para a parentalidade é imperativa para que pais de primeira viagem se sintam capazes de cuidar de seus filhos e de si mesmos de uma forma positiva e salutar numa fase da vida de tantas incertezas e desafios. É de extrema relevância capacitar os pais e ajudá-los a escrever a sua narrativa familiar, facilitar todo o processo para que estes reconheçam suas competências no seu novo papel.

Da atuação em contexto clínico decorre que, perante a realidade constatada os pais de primeira viagem experienciam um momento desafiante que terá impacto em todas as áreas da sua vida. Emanam assim uma necessidade de intervir e capacitar os pais de forma eficaz nesta fase de transição para a parentalidade.

Partindo desta inquietação pessoal, decorrente de experiências vividas em contexto profissional e durante o Estágio, e considerando que a transição para a parentalidade obriga a um ajustamento e aprendizagem das competências necessárias à tomada de decisão parental, incorre-se num caminho de questionamento acerca da intervenção do enfermeiro neste âmbito.

Face aos pressupostos enunciados para a justificação do estudo realizado optou por analisar /identificar as intervenções de enfermagem na transição para a parentalidade em pais de primeira viagem com vista à adaptação familiar nesta fase do ciclo de vida familiar tão desafiante. Qual será o papel do enfermeiro para potenciar essa adaptação que permita às famílias perceber o seu valor no presente e futuro, conduzindo-as para a adaptação, e fortalecendo-as para superar as crises/desafios que possam surgir.

Com este foco pretende assim, conhecer quais intervenções de enfermagem que disponibilizem mais suporte/ apoio às famílias de pais pela primeira vez em transição para a parentalidade.

No estudo de Sousa e Silva & Carneiro (2018) salienta-se que os pais e mães desejam ser integrados e participar ativamente nas decisões e nas intervenções de Enfermagem que promovam o exercício autónomo da parentalidade. No mesmo estudo concluiu-se que a demonstração de flexibilidade e recetividade para esclarecer dúvidas, executar procedimentos e supervisionar as competências parentais, bem como a existência de uma linha comum, orientadora das práticas entre os elementos da equipa de Enfermagem são promotoras de uma vivência mais adequada da transição para a parentalidade.

Assim, mães e pais esperam dos enfermeiros intervenções que lhes permitam sentir-se capazes de cuidar dos seus filhos com segurança e autoconfiança ao longo de todo o seu desenvolvimento/ ciclo de vida. O suporte da equipa de Enfermagem é fundamental para o

desenvolvimento de habilidades e segurança na execução de procedimentos que identificam como imprescindíveis para dar resposta ao cuidar dos filhos (Sousa e Silva & Carneiro, 2018).

Segundo Martins, Abreu & Figueiredo (2017, p. 41) a investigação que tem sido realizada sobre a transição para a parentalidade tem estado restrita

“aos comportamentos parentais e aos processos que os regulam, expondo a temática em torno de atributos da criança (como idade, sexo e temperamento), dos progenitores (como género e qualidade da relação conjugal) e de outros determinantes externos que a condicionam, sobretudo o trabalho remunerado, suporte e contexto. Ao ser circunscrita, não tem promovido a compreensão da natureza complexa do fenómeno e, particularmente em Enfermagem, tem estado focalizada na parentalidade de crianças doentes, com limitações físicas ou de desenvolvimento”.

Posto isto, considerando como temática de investigação: “Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais (de primeira viagem) na transição para a parentalidade”, optou-se por realizar uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL) de evidência de significado/ qualitativa que vai de encontro aos objetivos pretendidos com a mesma.

A RSL como método de investigação tem por objetivo: pesquisar, analisar, relacionar, resumir e interpretar, de forma sistemática e criteriosa, os resultados de um conjunto vasto de investigações e publicações.

Segundo o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2022) as revisões sistemáticas promovem uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num único documento, através de métodos rigorosos e transparentes. Uma revisão sistemática visa sintetizar e resumir o conhecimento existente, ou seja, tem como objetivo descobrir as evidências relevantes para uma questão.

De acordo com o mesmo organismo, as revisões sistemáticas, também conhecidas como sínteses de pesquisa visam recuperar evidências e sintetizar os resultados dessa pesquisa em evidências aplicáveis à prática. Seguem um processo de pesquisa estruturado que requer métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos.

Estas devem seguir um protocolo ou plano claramente definido onde os critérios sejam claramente estabelecidos antes da revisão. Trata-se de uma pesquisa abrangente e transparente, realizada em várias bases de dados, que pode ser replicada e reproduzida por outros pesquisadores. Implica o planeamento de uma estratégia de pesquisa bem pensada, com foco específico ou que responda a uma pergunta definida.

As mesmas permitem, assim, identificar o tipo de informação pesquisada, criticada e relatada dentro de prazos delimitados e quando são realizadas no âmbito da saúde estão ligadas à prática baseada em evidências (JBI, 2022).

A RSL de evidência qualitativa de significado segue a mnemónica PICO: População, fenómeno de Interesse e Contexto, o objetivo desta é informar sobre o significado de uma intervenção, procedimento, processo, estados ou condições de saúde têm para as pessoas num determinado contexto (Vilelas, 2020).

A Mnemónica PICO apresenta:

P – Problema ou Participante: descrever os problemas ou características dos participantes.

I – Interesse: Fenómeno de interesse em estudo.

Co – Contexto onde ocorre o fenómeno.

A revisão sistemática da literatura a desenvolver tem como intuito validar a evidência científica sobre a intervenções de enfermagem promotoras da transição para a parentalidade, permitindo orientar e clarificar boas práticas ao nível da Enfermagem de Saúde Familiar. Posto isto, considerando a temática de investigação será de seguida realizada uma breve contextualização da transição para a parentalidade.

#### 4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente subcapítulo assume a seguinte abordagem temática: família, o ciclo de vida familiar, transição para a parentalidade e intervenção de enfermagem.

A família nos últimos tempos reinventou-se face à evolução da sociedade, assumindo com a evolução dos tempos múltiplas formas/tipologias e significados, assim mutável com o tempo, apresenta traços distintos em cada espaço geográfico, social e cultural. Tornando - se difícil apresentar uma definição única, o seu conceito remete geralmente para a existência de um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco ou afinidade, que coabitam e se apoiam reciprocamente. (Rebelo *et. al.*, 2018).

Uma perspetiva ecológica e desenvolvimental da família apresenta-a como um sistema transacional que opera em relação com o seu contexto sociocultural mais amplo e que se desenvolve ao longo do ciclo vital familiar multigeracional (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011; Walsh, 2016 *as cited in* Azevedo, 2017).

A família tem o seu percurso de vida desde a sua fundação ao desaparecimento do seu núcleo fundador. O ciclo de vida familiar é uma sequência de fases ou estádios ordenados e previsíveis observados no percurso de uma família, estádios esses onde se verifica uma estabilidade na estrutura e nos papéis familiares, separados por períodos de transição de mais curta duração e de maior instabilidade (Duvall, 1971 *as cited in* Rebelo *et. al.*, 2018). Os critérios utilizados para delimitar as fases definidas no modelo de Duvall são a composição

familiar, a idade dos seus membros (a idade do filho mais velho é um importante marcador dos estádios) e o estatuto ocupacional do chefe de família. Cada fase apresenta estabelecidas tarefas de desenvolvimento específicas que se não forem realizadas podem comprometer o sucesso do desenvolvimento familiar (Rebelo *et. al.*,2018).

O ciclo de vida familiar é um processo de vivência de transições desenvolvimentais (ou naturais), que exige que a família desenvolva tarefas que lhe permitam transitar com eficácia para a etapa seguinte. Portanto o ciclo de vida é a sequência previsível de transformações na organização familiar com tarefas definidas em cada uma das etapas. Centra-se na evolução temporal das interações, numa perspetiva de continuidade (Melo, 2020, p.20).

O nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo familiar, pela transformação da díade em grupo familiar. A transição para a parentalidade marca um dos estádios da vida familiar em que a família deixa de ser uma díade (o casal) e passa a ser uma tríade, para receber um novo membro (o primeiro filho). O nascimento do primeiro filho é assim um marco importante na vida da família obrigando a uma ampliação e abertura do sistema familiar de forma a aceitar novos membros, a uma reestruturação familiar com a formação de novos sistemas e ao realinhamento das relações com as famílias de origem. (Rebelo *et. al.*,2018).

A abertura do sistema familiar de forma a incluir um novo membro é talvez a tarefa mais importante deste estádio (família com filhos pequenos), iniciada na fase anterior quando nela se enuncia a preparação para a parentalidade. O novo subsistema parental tem por principais funções a nutrição física (alimentação e todos os cuidados com o corpo, com a saúde e com o desenvolvimento físico do bebé) e emocional (necessidades emocionais básicas da criança e o seu suporte afetivo) e a socialização da criança (aprendizagem de regras de convivência e de valores, e normas próprias à família e à sociedade onde se insere) (Rebelo *et. al.*,2018).

A transição para a parentalidade constitui uma fase da vida da família e dos pais que implica um confronto com novos desafios, transformações e adaptações a nível individual, conjugal e social.

A etapa do ciclo vital familiar caracterizada pelo nascimento do primeiro filho, traz novas tarefas para os elementos da família, podendo surgir dificuldades relacionadas com as novas necessidades. Tornar-se pais, sendo que pais de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (2022, s.p.) são “pessoas que atuam como pais naturais, adotivos, ou substitutos, incluindo o conceito de paternidade/maternidade, bem como o da preparação para a paternidade.”, é uma transição de vida e a transição para a parentalidade é um evento de vida avassalador que leva a sentimentos de sobrecarga e confusão. Numa perspetiva teórica é uma transição de desenvolvimento que contém certas fases e padrões (Barimani *et. al.*, 2017),

que se consubstanciam no desenvolvimento da parentalidade e adaptação a um novo papel, o papel parental.

A parentalidade segundo DeCS, (2022, s.p.) refere-se ao:

“Ato de fazer o papel de pai ou mãe ao dar cuidado, alimento e proteção ao filho, realizado pelos pais biológicos ou substitutos. Os pais apoiam as crianças através do exercício da autoridade e através da resposta comportamental, constante, enfática e apropriada, às necessidades da criança. (...) a ênfase está na responsabilidade dos pais e no fato do seu comportamento servir de exemplo para a criança.”

Parentalidade segundo a *International Classification for Nursing Practice (ICNP)* do *International Council of Nurses (ICN)* (2019, s.p.) refere-se a:

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. “

“Cuidar: Assumir a responsabilidade de ser pai(s); comportamentos para facilitar a incorporação do recém-nascido em uma unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; expectativa internalizada mantida por indivíduos, famílias, amigos e sociedade em relação a comportamentos de papel apropriados ou inadequados de ser pais. “

Papel parental segundo o ICNP refere-se ao:

“Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.” (ICN, 2019, s.p.).

Quanto ao papel parental no que respeita ao papel de mãe refere-se a “interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel das mulheres grávidas e mães” (ICN, 2019, s.p.). No que respeita ao papel de pai refere a “desempenhar as responsabilidades de ser o progenitor do sexo masculino na família, de acordo com o grupo social e a cultura do indivíduo” (ICN, 2019, s.p.).

Ao se tornar pais, o casal, precisa adaptar-se ao novo estágio de vida, aceitando um novo membro no sistema e ajustando-se como casal para lidar com as demandas de educação, tarefas domésticas e realinhamento da família para inclusão de novos papéis (Carter & McGoldrick, 1995 as cited in Soares & Collossi, 2016).

A transição entre o estágio anterior e o posterior do ciclo de vida da família promove maior carga de stress na organização familiar, gerando crises na família. Essas crises correspondem

a um acúmulo de stress oriundo da necessidade de adaptação ao novo estágio de desenvolvimento da família (*Carter & McGoldrick, 1995 as cited in Soares & Collossi, 2016*). As transições de um estágio para outro podem gerar ansiedades e conflitos, pois elas afetam a estrutura e a homeostase familiar (*Carter & McGoldrick, 1995; Minuchin, 1985; Tosim, 2005 as cited in Soares & Collossi, 2016*). Independente da qualidade das crises, elas exigem flexibilidade e ajustamentos da família, em que negociações e realinhamento das relações devem ser realizados para que a família possa lidar de maneira funcional, garantindo sua continuidade e permitindo o crescimento de seus membros (*Andolfi, 1996; Carter & McGoldrick, 1995 as cited in Soares & Collossi, 2016*).

Soares e Collossi, (2016), perspetivando a família como um todo, o ciclo de vida individual dos membros da família provoca mudanças que se expressam no contexto familiar, uma vez que a família precisa se adaptar e se reorganizar para acolher a nova demanda do então, estágio de vida. Isto reflete-se tanto no funcionamento do sistema familiar como em todos os seus membros, logo, o ciclo vital não modifica apenas o indivíduo, mas também opera mudanças no sistema familiar que ele integra.

Contudo, para muitas famílias a expectativa frente ao novo estágio e a necessidade de flexibilidade e adaptação pode ser um processo doloroso e gerador de sofrimento. Por certo, as transições consideradas definitivas, que promovem mudanças permanentes na família (como no caso de nascimentos), apresentam uma tendência o de serem mais sentidas pela família (*Carter & McGoldrick 1995 as cited in Soares & Collossi, 2016*).

No caso do estágio de transição da conjugalidade para a parentalidade, destacam-se novas demandas e exigências como a atribuição de novos papéis, aprendizagem relacionadas às novas funções parentais, diminuição da satisfação conjugal, divisão de tarefas domésticas, educação, cuidado com o bebê e etc. Soma-se a isso a necessidade de organização do sistema conjugal para a entrada de um novo membro.

O nascimento de uma criança modifica a família de tal forma, que esta etapa do ciclo de vida familiar pode ser considerada aquela em que ocorrem as mais profundas mudanças no funcionamento da família (*Bradt, 1995; Magagnin et. al., 2003; Minuchin, 1981, as cited in Soares & Collossi, 2016*). Esta transição é impactante devido às conjunturas que acompanham a chegada de um novo membro no sistema, antes caracterizado por uma díade. É a partir dessa transição que o sistema deixa de ser casal e é substituído pela condição de família (*HIntz; Baginski, 2012, as cited in Soares & Collossi, 2016*).

O sistema que, até então, era composto por um único subsistema, o conjugal, formado por marido e mulher, precisa ajustar-se para criar espaço ao novo membro, de forma que a

continuidade da família possa ser mantida surgindo assim o subsistema parental. O subsistema parental envolve uma nova ordem, que é estabelecida a partir do nascimento do primeiro filho, e que envolve novas tarefas, incluindo o cuidado e a socialização da criança (*Minuchin, 1981 as cited in Soares & Collossi, 2016*). Essa adaptação, advinda da transição para a parentalidade, provoca o estabelecimento de novos padrões de interação, redefinindo a conjugalidade.

A transição para a parentalidade não é um evento único, mas sim um processo. Geralmente começa com a gravidez (ou para alguns casais, até mesmo antes da gravidez, com planejamento para o momento da gravidez, testes de fertilidade ou ingestão de vitaminas pré-natais) e termina alguns meses após o nascimento da criança. Não foi estabelecido nem um início, nem um fim, definitivos para a transição para a parentalidade, e estudos realizados referem que começa durante o período pré-natal e pode durar até três anos após o parto (*Affonso & Sheptak, 1989; Belsky, Lang & Rovine, 1985; Belsky & Rovine, 1990; Belsky, Spanier & Rovine, 1983 as cited in Adamson, 2013*).

Está é o acontecimento de desenvolvimento mais importante na vida adulta, tornar-se pai e mãe envolve a mudança de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova, o que requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova concepção do *self* (*Mercer, 2010, as cited in Rebeca, 2013*). A mesma pode ser considerada uma transição de desenvolvimento, porque compreende um período de transição da vida, envolvendo o ciclo vital, e/ou uma transição situacional, pois a parentalidade implica redefinição de papéis (tipo), esta decorre num determinado período (duração) e implica envolvimento e passagem de um estado para outro (mudança) (*Meleis, 2010 as cited in Rebeca, 2013*).

Nesta transição ocorre uma mudança para o papel de pais, que passam a relacionar-se de maneira diferente entre si e com a própria sociedade, adotando uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos adequados de cuidado à criança (*Stern & Stern, 2000 as cited in Rebeca, 2013*).

Há fatores facilitadores ou dificultadores que poderão influenciar o decurso da transição para a parentalidade tais como: o significado que a parentalidade tem para os pais; as crenças e atitudes; o estatuto socioeconómico; a preparação e conhecimento sobre a mesma (informação relevante obtida através de profissionais de saúde ou outras fontes de informação insuficiente ou contraditória); a própria comunidade e sociedade poderão facilitar ou dificultar esta transição; o suporte familiar, os modelos que os pais poderão ou não possuir (assim como as redes de apoio), o nível socio-educacional e cultural a que os pais pertencem, além da existência de comportamentos estereotipados (*Meleis, 2010 as cited in Rebeca, 2013*).

A apropriação do papel parental exige por parte dos pais diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, para que se sintam ligados, possam interagir e se sintam situados, desenvolvendo a sua confiança (indicadores de processo) (Meleis, 2010 *as cited in* Rebeca, 2013).

Neste sentido, a adaptação à parentalidade surge como uma necessidade imprescindível no processo de transição para a parentalidade, sendo necessário que os pais apresentem “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (ICN, 2011, p. 37, *as cited in* Rebeca, 2013).

As estratégias utilizadas para iniciar este processo incluem: estar pronto; lidar com a realidade (inicia-se durante a gravidez e estende-se até ao período pós-parto); ajustar-se à realidade (inicia-se no nascimento e prolonga-se até ao momento em que se sentem confortáveis e confiantes na prestação de cuidados ao filho sendo capaz de tomar decisões); e sonhar com essa realidade (pais sonham com o passado reportando-se à própria infância) (Mercer, 2010 *as cited in* Rebeca, 2013). Estas estratégias podem constituir um caminho para a concretização da identidade parental.

A identidade parental segundo Mercer (2002) (*as cited in* Rebeca, 2013) é concebida de acordo com quatro fases:

- fase antecipatória - quando os pais começam a experimentar o papel e adaptar-se às mudanças sociais e psicológicas;
- fase formal - esta começa com o nascimento do RN e com a adaptação ao papel de acordo com o que é socialmente aceite – perante as expectativas dos outros;
- fase informal - na qual os pais desempenham o seu papel como uma forma única de lidar com o seu RN;
- fase de identidade do papel - na qual os pais sentem confiança e competência no desempenho do seu papel, atingindo o domínio ou mestria, integrando esta nova identidade - indicadores de resultado (Meleis, 2010, *as cited in* Rebeca, 2013).

A relação de ajuda à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente, nas etapas significativas da vida dos seus elementos - tornar-se mãe e tornar-se pai, surge como uma prioridade para o enfermeiro, sendo que este deverá ser facilitador das transições e promotor da adaptação da família. (Meleis, 2010, *as cited* Rebeca 2013).

Segundo Meleis (2010), a base conceptual de intervenção de enfermagem para a capacitação dos pais é a suplementação de papéis (role supplementation). A suplementação de papéis

surge como ação preventiva e interventiva, no sentido de ajudar a pessoa que não está preparada para a experiência da transição de papéis e para as implicações relacionadas com o ambiente (insuficiência de papel – role insufficiency).

A suplementação de papéis surge assim como um processo deliberado pelo qual a insuficiência de papel ou a potencial insuficiência é identificada pelo próprio ou pelos outros. Assume também a forma de transmissão de informação ou experiência necessárias para trazer ao próprio e aos outros a plena consciência de padrões de comportamentos antecipados, sentimentos, sensações e objetivos (Meleis, 2010). A suplementação é preventiva quando é usada para clarificar papéis (antecipa a transição) ou terapêutica quando a insuficiência de papel se manifesta (Meleis, 2010).

Os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente e família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as transições acarretam nas suas vidas e desta forma estão mais capazes de prepará-los para melhor gerirem essas transições, através da aprendizagem e conseqüente, aquisição de novas competências (Meleis, 2010). Mais salienta a mesma autora que o enfermeiro deve também aumentar o seu conhecimento sobre os princípios que orientam a visão e a abordagem dos clientes, para que os cuidados prestados sejam congruentes com os seus valores e crenças, e mobilizem as estratégias mais adequadas para melhorar o conforto, o bem-estar e o autocontrolo dos clientes (Meleis, 2010).

No sentido de alcançar uma nova conceção do *self* dos pais, na transição para a parentalidade, a suplementação de papel é operacionalizada através de componentes (clarificação e tomada de papéis), estratégias (modelagem, o ensaio de papel) e da comunicação (interações com grupos de referência) (Meleis, 2010).

A intervenção de enfermagem nos CSP é determinada pela relação que se estabelece com a comunidade e as suas estruturas básicas, das quais se destaca a família. É na família que se inter-relacionam os ambientes físico, sociocultural e afetivo que vão determinar o bem-estar do indivíduo. Assim, para obtermos ganhos em saúde não podemos considerar o indivíduo isoladamente, mas dentro do contexto em que o mesmo se insere.

É essencial conhecer o desenvolvimento e funcionalidade das famílias para fundamentar as intervenções do enfermeiro de família, objetivando a promoção e o desenvolvimento saudável da dinâmica familiar.

O EE ESF presta cuidados à família nos mais variados contextos e em diversas fases do ciclo de vida. Este apresenta conhecimentos e competências que facilitam o trabalho colaborativo com a família, de forma a facilitar a reorganização da sua estrutura, na definição de novos papéis e no desenvolvimento de novas competências, durante as transições normativas,

situacionais ou nos processos saúde-doença, no seu ciclo vital familiar. Ao estabelecer com a família uma relação de particular proximidade, o enfermeiro tem a oportunidade de intervir de acordo com as transformações que estejam a ocorrer no seio desta.

A formação do casal pode considerar - se o início do ciclo vital da família nuclear. Nas famílias que projetam ter filhos, com o nascimento do primeiro filho, a família reorganiza-se no sentido de redefinição de papéis e funções começando um processo de abertura progressiva ao exterior e de prestação intensiva de cuidados (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

A transição para a parentalidade exige profundas transformações e adaptações na vida dos Pais, suscetíveis de provocar desequilíbrio e vulnerabilidade nos próprios e ter implicações no desenvolvimento das crianças. (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017, p. 40). Segundo os mesmos autores a parentalidade assinala

“a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação do sistema familiar, com conseqüente redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida. Mesmo sendo um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, constitui-se como uma das mais dramáticas e intensas transições que o sistema familiar enfrenta (Ngai & Ngu, 2013; Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010), suscetível de produzir descompensação e aquisição de vulnerabilidades em consequência dos pais, face às múltiplas mudanças requeridas, poderem não apresentar respostas adaptativas congruentes, com preservação da sua capacidade de autodeterminação e gestão eficaz das suas necessidades, constituindo um risco para a sua saúde e bem-estar, assim como para o saudável desenvolvimento físico e emocional da criança (Hidalgo & Menéndez, 2009; Ngai & Chan, 2011).”

Para Reis (2011) a vivência da parentalidade

“inicia-se antes do nascimento, durante a gravidez, o nascimento é um marco importante, uma vez que é com a existência do filho que as exigências do papel parental se impõem, e os pais são colocados face a fatores de stress adicionais e diferentes manifestados pela complexidade em conciliar os vários papéis e pelas dificuldades encontradas. A conciliação de papéis leva os pais a demonstrarem sobrecarga, a identificarem decréscimo na satisfação conjugal, a reorganizarem a interação familiar e a abdicarem de atividades sociais, (...). Outras dificuldades verbalizadas em relação à criança são o choro, a amamentação, o banho, o sono, as doenças, as cólicas; em relação ao casal são a adaptação do cônjuge, a conciliação dos papéis e a sobrecarga de tarefas; em relação a si próprios são a fadiga, a privação do sono e a insegurança”.

A vivência da parentalidade no desejo de ser pai/mãe é influenciada por fatores como as características e experiências prévias dos pais, as características da criança e as dinâmicas familiares. Os pais apresentam dificuldades relativas à conciliação dos papéis parental, conjugal, familiar e social e à prestação de cuidados à criança. Perante estas dificuldades os pais utilizam recursos humanos e comunitários e nestes últimos realça-se o apoio dos cuidados de saúde, o qual é valorizado pelos pais. Mais se evidencia que o enfermeiro de

família quando é identificado e o seu papel é reconhecido, é descrito como recurso efetivo e acessível na adaptação à parentalidade (Azevedo, 2017).

Assim, a transição /adaptação à parentalidade incorpora assim a mudança de identidades pessoais e a transformação do relacionamento do casal, que se altera em unidade familiar, o que remete para a construção da parentalidade em termos de continuum interativo (Azevedo, 2017).

Esta transição constitui um importante foco de atenção dos EESF que, através das suas intervenções, podem constituir um importante recurso facilitador, no ajustamento à parentalidade (Soares & Collossi, 2016).

Os EF são os prestadores de cuidados que têm como finalidade o alcance de um potencial de saúde para todos, dentro de uma estratégia fundamental que consiste no reforço dos cuidados de saúde destinados à família (Soares & Collossi, 2016).

Uma transição conceptualmente diz respeito à forma como os indivíduos respondem às mudanças pelas quais passam, e como as novas circunstâncias são adaptadas e incorporadas à vida de uma pessoa (*Kralik Visentin & Van Loon, 2006 as cited in Barimani et. al., 2017*).

Um processo de transição implica mudanças que são vivenciadas por cada pessoa de forma diferente, consoante as suas experiências, cognições e emoções. Estas mudanças devem ser alvo da atenção da Enfermagem no sentido de as conhecer, compreender e de ajudar a pessoa no processo de adaptação às mesmas. Deste modo, é importante perceber o contributo dos enfermeiros como agentes facilitadores da transição e na adequação de estratégias e intervenções adaptadas ao indivíduo e família, para a promoção de processos de transição saudáveis (Meleis, 2010).

Na transição da etapa da família de formação de casal para a etapa seguinte família com filhos pequenos, que se inicia com o processo de adaptação à gravidez, a transição para parentalidade começa a revelar-se.

A transição para a parentalidade integra a mudança de identidades pessoais e a transformação do relacionamento do casal. Com o nascimento do primeiro filho é fundamental ajustar a unidade familiar a este novo membro, devendo as funções do casal diferenciarem-se, de forma a satisfazerem as necessidades da criança, implicando uma mudança nos padrões transacionais do casal. A nova configuração familiar implica uma redistribuição dos papéis entre os conjugues e o seu envolvimento em tarefas parentais (Lopes & Fernandes, 2005 *as cited in* Figueiredo, 2013), possibilitando a aquisição da identidade parental e a subsequente confiança e competência no desempenho do papel.

Sendo a unidade familiar e as suas respostas às transições o alvo dos cuidados da Enfermagem de Família, a capacitação das famílias para o desenvolvimento de aptidões que permitam a sua adaptação aos processos de mudança constitui-se como importante foco deste campo disciplinar da Enfermagem. Assim, ao analisar famílias em transição para a parentalidade sob o ponto de vista de desenvolvimento e funcional, podemos compreender a sua trajetória, o que possibilita a concretização de cuidados antecipatórios com a finalidade de promover a capacitação através do desenvolvimento de tarefas essenciais previstas para cada etapa e prepará-la para futuras transições (Figueiredo, 2013).

Segundo a OE (2018), o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar considera "... a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições." (OE, 2018, p. 19357).

Nas suas competências específicas, e no sentido de facilitar as respostas familiares em casos de transição complexa, incluem-se a análise da dinâmica familiar com identificação das suas dificuldades, das suas forças e do seu potencial de crescimento perante a mudança; a promoção do processo de consciencialização da família sobre estes aspetos; a exploração de estratégias e recursos com vista a melhorar a dinâmica familiar; e a promoção de relações de apoio mais adequadas (OE, 2018).

Segundo Azevedo (2017, p.102) os pais encontram "apoio em recursos humanos, que são as pessoas próximas e significativas (a sua família), em recursos materiais, que são os meios disponíveis como monetários e de informação, e em recursos comunitários, que são medidas de proteção social da parentalidade, os cursos pré e pós-parto, e os cuidados de saúde." A mesma autora reforça que é importante compreender os desafios que as famílias enfrentam e os processos familiares que possibilitam que as mesmas prosperem (Walsh, 2016 *as cited in* Azevedo, 2017) e que é no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar que as intervenções pretendem habilitar as famílias na sua diversidade de valores, estruturas, recursos e desafios vitais para criarem os seus próprios caminhos na adaptação à parentalidade."

## 4.2. METODOLOGIA

Para elencar a temática escolhida recorreu-se a uma revisão sistemática de literatura com a seguinte metodologia: PICO (Participantes, Fenómeno de Interesse e Contexto).

Uma revisão de literatura tem como principal objetivo resumir o estado da arte sobre determinado assunto, fenómeno ou campo de interesse. Para sua concretização podem ser utilizadas várias metodologias dependendo da questão de investigação, das metas atingir, do

campo de pesquisa, do tempo disponível e do grau de profundidade que se pretende com a mesma. Quanto ao tipo de revisão de literatura esta pode ser sistemática, narrativa, integrativa, de *scoping*, ou de metanálise, metassíntese metassumariação (Vilelas,2020).

As revisões sistemáticas segundo Vilelas (2020) são importantes para integrar as informações de um conjunto de estudos publicados, realizados separadamente, de determinado fenómeno de investigação, aqueles com melhor qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática. Este tipo de investigação disponibiliza um recurso das evidências relacionadas com a estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de procura, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Existem vários tipos de RSL, segundo o *Joanna Briggs Institute (JBI)* (as cited in Vilelas, 2020) estas podem ser: de evidência de significado, de prevalência e incidência, de precisão de teste de diagnóstico, métodos mistos revisões de revisões (umbrela) e de *scoping*.

Para o mesmo autor uma RSL responde a uma questão de investigação bem definida, metodologicamente abrangente, transparente e replicável. A mesma deve conter apenas uma questão de partida que deverá conter o acrónimo /mnemónica (PI(C)OS ou PICOD ou PIO ou PICo), atendendo ao tipo de revisão que se pretende fazer.

O protocolo de revisão sistemática segundo Vilelas (2020) é constituído por nove etapas:

1. Definir a questão PI(C)OS/ PICo/ PIO e os objetivos;
2. Elaborar os critérios de elegibilidade, estabelecendo o tipo de estudos, de participantes, de intervenções e resultados a serem examinados;
3. Executar uma pesquisa global de todas as fontes relevantes para os estudos potencialmente elegíveis;
4. Examinar os estudos para decidir da sua elegibilidade, sempre que possível utilizando dois revisores independentes;
5. Desenhar uma tabela para descrever as características dos estudos que foram incluídos;
6. Apreciar a qualidade metodológica dos estudos, sempre que possível utilizando dois revisores independentes;
7. Extrair os dados;
8. Analisar os resultados dos estudos, utilizando a síntese estatística dos dados (metanálise), se apropriado;
9. Preparar um relatório da revisão, estabelecendo objetivos, recursos, métodos, e descrevendo os resultados e conclusões a publicar.

## TEMÁTICA

A temática selecionada é: “Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais (de primeira viagem) à transição para a parentalidade: uma revisão sistemática.”

## QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de norteadora da investigação é: “Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade?”

## OBJETIVOS

- Conhecer as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade.
- Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à transição para a parentalidade.
- Sintetizar as evidências disponíveis sobre as intervenções de enfermagem promotoras da transição para a parentalidade em pais de primeira viagem.

## MNEMÓNICA

A mnemónica definida foi a PICo (P – Problema ou Participante ou População: descrever os problemas ou características dos participantes; I – Interesse: Fenómeno de interesse em estudo. Co – Contexto onde ocorre o fenómeno de Interesse) apresentada no quadro seguinte (Quadro 4).

**Quadro 4 – Mnemónica da Questão**

<b>Questão: PICo</b>		
<b>P</b>	Participantes	Pais (de primeira viagem) em transição para a parentalidade
<b>I</b>	Interesse Fenómeno de Interesse	Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à transição para a parentalidade
<b>Co</b>	Contexto	Cuidados de Saúde Primários

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA DA LITERATURA

Na estratégia de pesquisa segundo Vilelas (2020) é recomendado que se utilizem pelo menos duas bases de dados amplas e específicas para o tema em estudo selecionando unitermos, descritores, considerados palavras-chave, ou um conjunto de palavras usadas para identificar as pesquisas existentes. Os descritores devem ser avaliados quanto há sua existência nas bases de dados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou no *Medical Subject Headings* (MeSH).

Para a pesquisa foram utilizadas as bases de dados disponíveis nos motores de busca Biblioteca de Conhecimento Online B-on a partir do acesso do IPL e EBSCO, a partir do acesso da OE, *CINAHL Complete*, *PubMed (U.S.NLH)*, *Web of Science (WoS)*, *Virtual Health Library (BVS)*, *Scientific Electronic Library Online (SciÉLO)*, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Repositório Institucional da Universidade de Aveiro (RIA).

As pesquisas foram realizadas entre novembro de 2021 e junho de 2022. Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta:

- Motores booleanos: AND/e e OR/ou
- Resumo disponível
- Texto completo em PDF
- Friso cronológico inicialmente de 5 anos, mas posteriormente alargado para 10 anos (janeiro de 2011 a abril de 2022) para se encontrar mais estudos.

## DESCRITORES E MOTORES BOOLEANOS

Na revisão foram definidas as palavras-chave a utilizar na pesquisa atendendo à questão de investigação e validadas como descritores para vocabulário controlado no Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) como constam no quadro seguinte (Quadro 5). Os motores booleanos utilizados foram AND/E e OR/OU, tendo se recorrido também a termos truncados através de (\*) o que possibilita encontrar todas as palavras começadas neste caso por “nurs”. A expressão de pesquisa, ou seja, a hierarquização das palavras-chave teve diferentes agregações de acordo com as bases de dados onde se efetuou a pesquisa.

**Quadro 5 – Palavras-chave, Descritores e Motores Booleanos**

Palavras-chave	DeCS	MeSH	Motores Booleanos
Parentalidade	Parentalidade, Poder Paternal, Poder Parental	<i>Parenting</i>	AND/e OR/ou
Intervenções de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	<i>Nursing interventions</i>	
Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	<i>Nursing care</i>	
Enfermeiro	Enfermeiros	<i>Nurses</i>	
Pais	Pais	<i>Parents</i>	

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### Critérios de inclusão:

- ✓ Artigos, dissertações e teses com estudos de natureza qualitativo, com texto completo e de acesso livre;
- ✓ Artigos, dissertações e teses com estudos exclusivamente intervenções do âmbito da Enfermagem promotoras da transição para a parentalidade;
- ✓ Idiomas: português, inglês ou espanhol;
- ✓ Estudos em que os participantes sejam pais (pela primeira vez - pais (díades) de primeira viagem) adultos e saudáveis em transição para a parentalidade, de filhos saudáveis desde a concepção até aos 3 anos de idade;
- ✓ Pais (pela primeira vez - pais de primeira viagem) em transição para a parentalidade com primeiro filho biológico;
- ✓ Estudos em contexto de cuidados de saúde primários.

### Critérios de exclusão:

- ✓ Artigos, dissertações e teses sem estudos de natureza qualitativo, sem texto completo ou de acesso reservado;
- ✓ Intervenções fora do âmbito da Enfermagem;
- ✓ Todos os idiomas exceto os em português, inglês ou espanhol;
- ✓ Estudos com pais ou crianças com patologias;
- ✓ Pais que não estejam em transição para a parentalidade ou de crianças com mais de 3 anos de idade;
- ✓ Pais (de primeira viagem) em transição para a parentalidade com filho não biológico;
- ✓ Estudos em contexto de cuidados de saúde diferenciados, cuidados hospitalares.

Foram incluídos na presente revisão estudos qualitativos provenientes de literatura cinzenta pois segundo a metodologia seguida, Vilelas (2020), refere que estes podem ser incluídos nas RS de evidências qualitativas. O mesmo autor refere ainda que a literatura cinzenta (*grey literature*) pode ser também uma boa fonte de referências para o estudo, pois acrescenta valor à revisão porque habitualmente é mais atual do que a que está publicada. A literatura cinzenta refere-se a documentos científicos que não são disponibilizados pelas vias habituais de publicação, assim esta inclui entre outros teses e dissertações académicas, a mesma pode ser encontrada consultando-se entre outros os repositórios científicos (Vilelas, 2020).

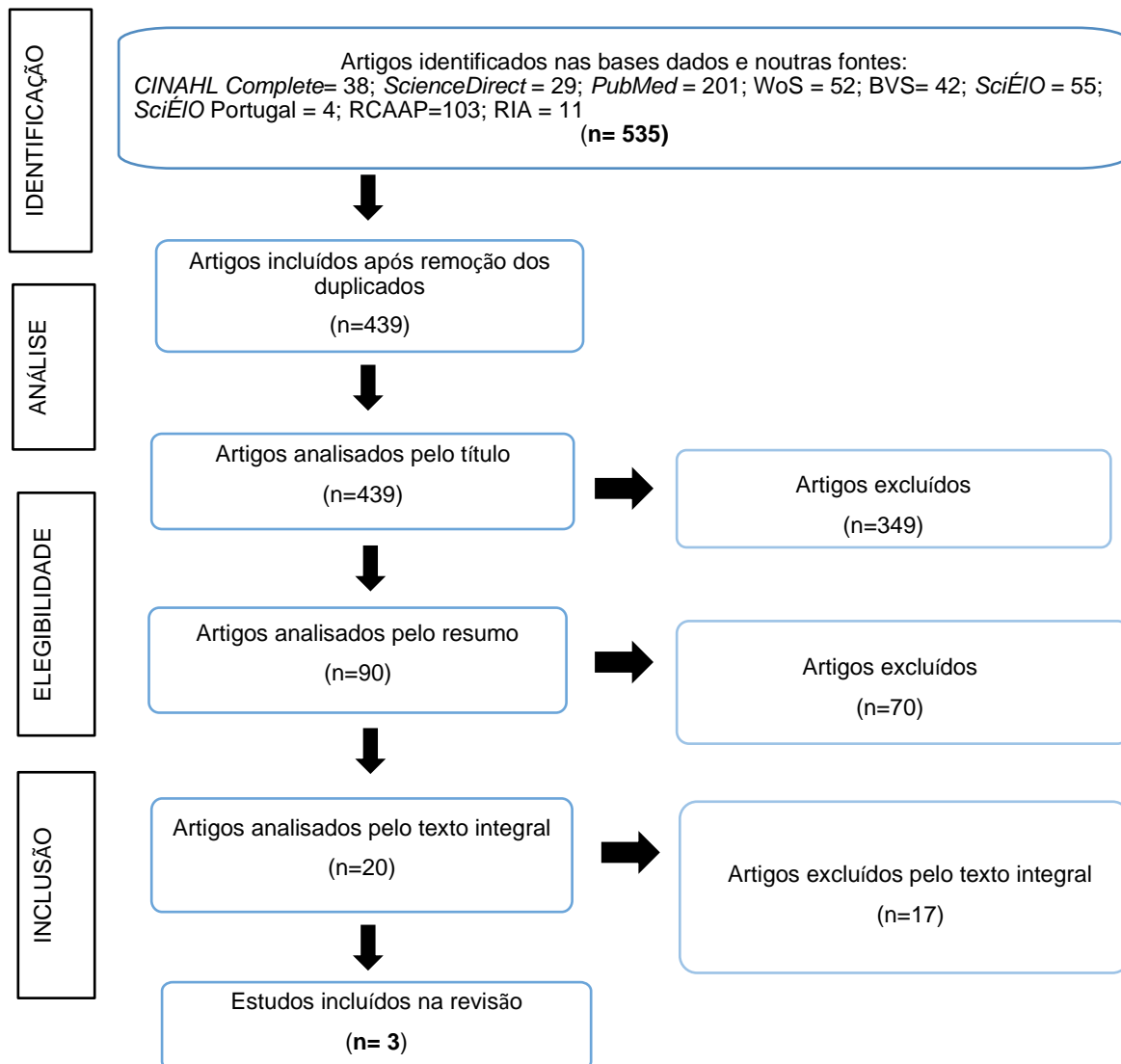
Posto isto, após a pesquisa foram identificados no total 535 artigos nas bases de dados pesquisadas com a seguinte distribuição apresentada no quadro seguinte (Quadro 6):

**Quadro 6 – Número de artigos por base de dados**

Bases de Dados	N.º Artigos
<i>CINAHL Complete</i>	38
<i>ScienceDirect</i>	29
<i>PubMed</i>	201
<i>WoS</i>	52
<i>BVS</i>	42
<i>SciÉLO</i>	55
<i>SciÉLO Portugal</i>	4
RCAAP	103
RIA	11

Tendo por base os critérios estabelecidos procedeu-se à seleção dos artigos através do diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), que possibilita a identificação, análise, elegibilidade e inclusão dos estudos incluídos na revisão, apresentado na figura seguinte (Figura 12).

**Figura 12 - Diagrama PRISMA**



A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitava dúvidas, do texto integral, com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente foram identificados 535 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais 96 se encontrava duplicados, 349 foram excluídos pelo título, 70 pela leitura do resumo e 17 foram rejeitados pela leitura integral do texto. Sintetizando, foram incluídos nesta revisão sistemática de literatura três artigos que satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

A qualidade metodológica dos estudos selecionados na RSL de significado foi analisada através do instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos [*Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015, as cited in

Apóstolo, 2017)] que é constituído por 10 itens, que avaliam a congruência onto-epistemológica, metodológica e ética, e o posicionamento do investigador face à investigação. A avaliação crítica dos estudos é importante no processo de realização de uma síntese qualitativa utilizando ou não a meta- agregação (Apóstolo, 2017). Foram incluídos todos os estudos que apresentaram um elevado nível de qualidade metodológica, score superior a 7.

#### 4.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma fácil compreensão e análise dos artigos incluídos na revisão, a colheita dos seus dados será sistematizada sob a forma de quadro que apresentará os respetivos resultados/conclusões. A extração dos estudos apresentados nos quadros seguintes (Quadro 7, 8 e 9) tem por base as orientações de JBI considerando: o título, autores, ano e local onde foi publicado o estudo, a metodologia, método, fenómenos de interesse, configuração, contexto geográfico, contexto cultural, participantes, análise de dados, conclusões do autor e do revisor.

**Quadro 7 - Análise do Artigo 1**

<b>Artigo 1</b>	
Autores	Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis
Ano / País	2011 / Portugal
Título	Fatores que influenciam as estratégias de <i>coping</i> dos pais no processo de transição para a parentalidade
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as estratégias de <i>coping</i> dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.</li> <li>• Identificar os fatores que influenciam as estratégias de <i>coping</i> dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.</li> <li>• Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.</li> </ul>
Tipo de estudo	Estudo qualitativo descritivo
Participantes/Contexto	10 Pais pela primeira vez em uma com crianças até aos 6 meses de vida. Unidade de Saúde do Carvalhido ACeS Porto Ocidental.
Resultados/conclusões Evidências	<p>O estudo revela o papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa como influenciador da adoção das estratégias de <i>coping</i> dos pais no processo de transição para a parentalidade.</p> <p>O modelo de intervenção proposto é “<i>Family-centered medical home</i>”, tem como base a <i>American Academy of Pediatrics</i> (APP) a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e a Direção Geral da Saúde (DGS). Neste modelo a equipa de cuidados trabalha em parceria com a criança e a sua família para assegurar que todas as necessidades médicas e não médicas da criança sejam acompanhadas.</p> <p>O enfermeiro é o profissional capaz de dotar os pais não só de competências em matéria de saúde, mas também fornecer instrumentos de forma a coadjuvar no processo de transição para a parentalidade. No processo de transição para a parentalidade, os pais ao mencionarem as suas expectativas, demonstram a necessidade de que estes profissionais estejam presentes e contribuam com os seus saberes.</p>

**Quadro 8 - Análise do Artigo 2**

<b>Artigo 2</b>	
Autores	Cristina Martins, Wilson Abreu e Maria do Céu Figueiredo
Ano / País	2017 / Portugal
Título	Transição para a parentalidade: A <i>Grounded Theory</i> na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender como se desenvolve a transição para o exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança.</li> </ul>
Tipo de estudo	Estudo qualitativo paradigma interpretativo recurso à <i>Grounded Theory</i> assente em pressupostos das abordagens qualitativas e da corrente teórica do interacionismo simbólico.
Participantes /Contexto	5 pais e 5 mães: pais de primeira vez. Num Centro de Saúde a norte de Portugal.
Resultados/Conclusões Evidências	Desenvolvimento de uma teoria de médio alcance em enfermagem que contribui para melhorar a prática dos cuidados de enfermagem prestados à família na transição para a parentalidade. O modelo teórico que retrata a complexidade o tornar-se pai e tornar-se mãe, apresenta intervenções/ cuidados de enfermagem com mais probabilidade de serem efetivas nesta transição e com implicações na prática de enfermagem de família.

**Quadro 9 - Análise do Artigo 3**

<b>Artigo 3</b>	
Autores	<i>Barimani, Mia; Vikström, Anna; Rosander, Michael; Forslund Frykedal, Karin; Berlim, Anitta.</i>
Ano / País	2017 / Estocolmo Suécia
Título	<i>Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents.</i>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descobrir, descrever e compreender as condições de transição que os pais percebem como facilitadoras e inibidoras durante a transição para a parentalidade, usando a teoria das transições de Meleis.</li> <li>• Usar esse conhecimento para desenvolver recomendações para intervenções profissionais que apoiem e facilitem a transição para a parentalidade, usando a compreensão mais profunda como ponto de partida.</li> </ul>
Tipo de estudo	Estudo de abordagem qualitativa dedutiva (enquadrado pela Teoria da Transição de Meleis)
Participantes/ Contexto	60 pais de primeira vez com filhos até aos 22 meses. Nos serviços de saúde pré-natal e infantil (fornecem intervenções gerais destinadas a apoiar os pais por meio de grupos de educação de pais. Parteiras e enfermeiras de cuidados primários de saúde infantil (designadas no estudo por profissionais) estão envolvidas no apoio parental.
Resultados/Conclusões Evidências	<p>A teoria da transição de Meleis parece ser uma ferramenta apropriada para ajudar os profissionais (enfermeiros) a compreender e identificar práticas que possam apoiar os pais durante a transição para a parentalidade.</p> <p>O estudo apresenta um template baseado na teoria de Meleis “Tabela NaN” as Propriedades de Diferença de uma Transição com três categorias (tópicos): Natureza das transições; Condições da Transição e os Padrões de resposta à transição. E sugere intervenções de enfermagem que podem apoiar e facilitar a transição para a parentalidade (fase III do estudo) na categoria dos Padrões de resposta à transição no que respeita aos indicadores de processo e de resultado.</p> <p>As experiências dos pais durante a transição para a parentalidade devem ser compreendidas e documentadas. Os profissionais precisam desse conhecimento para criar intervenções adequadas.</p>

Após exposição dos resultados será agora efetuada a sua discussão atendendo às evidências encontradas.

O estudo de Reis (2011) revela o papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa como influenciador da adoção das estratégias de  *coping*  dos pais no processo de transição para a parentalidade:

- Promover o conhecimento da grávida;
- Proporcionar acesso a aulas de preparação para o parto;
- Promover o papel parental;
- Potenciar a adaptação do casal no processo de transição para a parentalidade;
- Instruir os pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido;
- Garantia dos cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido após alta hospitalar;
- Promover a vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil através das consultas de enfermagem de saúde infantil;
- Mostrar disponibilidade.

O enfermeiro é o profissional capaz de dotar os pais não só de competências em matéria de saúde, mas também fornecer instrumentos de forma a ajudar no processo de transição para a parentalidade. No processo de transição para a parentalidade, os pais ao mencionarem as suas expectativas, demonstram a necessidade de que estes profissionais estejam presentes e contribuam com os seus saberes.

O modelo de intervenção proposto é o “*Family-centered medical home*”, tem como base a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e a Direção Geral da Saúde (DGS).

Neste modelo a equipa de cuidados trabalha em parceria com a criança e a sua família para assegurar que todas as necessidades médicas e não médicas da criança sejam acompanhadas. Através desta parceria a equipe de atendimento pediátrico pode ajudar na acessibilidade da família/criança aos cuidados, coordena e compreende: cuidados especiais, serviços educacionais, *out of home care*, apoio à família, comunidade e outros serviços públicos e privados que são importantes para a saúde geral da criança e família” (AAP, 2011 *as cited in* Reis, 2011).

AAP (*as cited in* Reis, 2011) desenvolveu o modelo *Family-centered medical home* para assegurar a acessibilidade e continuidade dos cuidados primários centrado na família. Este

modelo é executado de uma forma coordenada, sensível e culturalmente eficaz para todas as crianças e jovens, incluindo crianças e jovens com necessidades de cuidados de saúde especiais.

Estando os fatores influenciadores do processo de transição para a parentalidade identificados, é dever dos profissionais de saúde promover a parentalidade sob a forma de ajuda dotando os pais de competências para cuidar do seu filho. Finalizando apresentam a proposta de um Modelo de Intervenção dos Enfermeiros, tendo presente os modelos e diretrizes das associações acima referidas:

- Na consulta de acolhimento (1ª consulta), o enfermeiro deve falar com os pais para conhecer toda a dinâmica familiar, saber quais os motivos que os preocupam; em seguida, definir um conjunto de intervenções, em parceria com eles, de modo a minimizar as suas preocupações e prosseguir a transição para a parentalidade.
- As intervenções definidas são individualizadas para cada família, uma vez que terão de ser direcionadas para os fatores por eles referidos como obstáculo ao processo de transição para a parentalidade (relacionados com o sono e o choro, por exemplo). As intervenções podem ser planeadas de acordo com os momentos de vigilância da saúde e/ou vacinação da criança, passando pela intervenção a nível domiciliário.
- Num segundo contacto, é importante ouvir os pais e verificar se as intervenções que foram definidas em conjunto ajudaram a resolver as suas preocupações e reduziram os fatores dificultadores/causadores de stress na transição para a parentalidade.
- É importante que, durante a consulta, seja utilizada a escuta ativa. Gestos e atitudes podem dizer mais que as palavras.
- No final avaliar as intervenções de enfermagem, através da verificação dos conhecimentos dos pais e, se este ganho se traduziu em aquisição de competências parentais necessárias para a adoção das estratégias de *coping* no processo de transição para a parentalidade, com a finalidade de reduzir ou mesmo eliminar os fatores potenciadores de stress.
- Verificar a eficácia das intervenções através da medição de indicadores de saúde, por exemplo a Esperança de vida e a Taxa de mortalidade infantil.
- Redefinir as intervenções, caso haja necessidade.
- Em contactos posteriores, o enfermeiro deve monitorizar os fatores responsáveis pelas estratégias de *coping* que os pais adotaram, ajustar os ensinamentos necessários às dúvidas apresentadas e continuar a intervir para que os pais vivam a parentalidade sem sobressaltos, de forma satisfatória.

Com esta proposta de modelo de intervenção pretende-se harmonizar os cuidados de enfermagem prestados aos pais que se encontrem na situação de transição para a parentalidade, sobretudo a pais que vivenciam a parentalidade pela primeira vez. Tendo os cuidados de enfermagem método e conhecimento, permite que os enfermeiros intervenham e ajudem os pais, na consciencialização para a adoção de estratégias de *coping* de forma a prosseguirem com a sua transição para a parentalidade (Reis, 2011).

Na concretização deste modelo, sugerido com fundamento na AAP, a SPP e a DGS, é necessário que os enfermeiros adquiram uma postura de boas práticas, dando ênfase e visibilidade aos seus cuidados. Só assim se conseguem indicadores de uma prática clínica sustentada e com visibilidade aos olhos da sociedade, revelando-se em ganhos em saúde para as nossas crianças e famílias.

No estudo de Martins et. al., (2017) a intervenção de enfermagem no âmbito da transição para a parentalidade realizada aos pais de primeira viagem teve por base o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance que possibilita uma melhor compreensão desta transição. Este modelo teórico que retrata a complexidade do tornar-se pai e tornar-se mãe possibilita a implementação de intervenções de enfermagem com mais probabilidade de serem efetivas nesta transição e com implicações na prática de enfermagem de família.

As intervenções de enfermagem enumeradas por estes autores consubstanciam-se nas seguintes:

- a) necessidade e importância de assistir à família em transição como unidade de cuidado, o que implica conhecer como cada família cuida e identificar as suas forças, fraquezas, dificuldades e esforços para partilhar responsabilidades;
- b) focar-se na individualidade de cada progenitor, promovendo, simultaneamente, a interação e a coparentalidade entre o casal; atender às crenças culturais;
- c) reforçar a relação terapêutica, de um modo mais pessoal e comprometido;
- d) integrar, nas intervenções de enfermagem, o foco “estratégias adaptativas parentais” que podem ser adotadas para diminuir o impacto da transição;
- e) reconhecer o valor dos sentimentos experienciados e desenvolver estratégias para que sejam abordados;
- f) ajudar os Pais a redefinir os seus papéis e a mãe, em particular, a aceitar a separação do filho e a integrar os seus cuidadores substitutos;
- g) ajudar a interpretar a comunicação não verbal do bebé, solidificando a vinculação e a gratificação parental;
- h) integrar o tema “saber comunicar” no planeamento da EpS;

- i) abandonar um cuidado meramente técnico e instrumental, incorporando o meio relacional e o contexto social nas práticas de cuidar;
- j) estender os cuidados de enfermagem à família alargada, de forma a prepará-la para intervenções adequadas e contextualizadas;
- k) conceber planos de intervenção mais ajustados às reais necessidades dos Pais;
- l) incrementar e reforçar a visita domiciliária ao longo do tempo.

De entre o universo de ações que poderão ser incrementadas, realçam:

- a implementação de medidas formais e informais de apoio à família (com vista a reduzir as experiências de tensão dos Pais, a ajudá-los a adquirir as competências parentais necessárias e a lhes proporcionar oportunidades de debate e reflexão sobre as suas necessidades, dúvidas e dificuldades).
- Fomentar a participação masculina (reconhecendo a sua particularidade) de forma efetiva em espaços educativos.
- Sugerem, igualmente, a organização de espaços de reflexão na ação, de modo a tornar consciente as práticas desenvolvidas e a valorizar e otimizar o conhecimento em enfermagem.

No estudo de *Barimani et. al.* (2017) a teoria da transição de Meleis parece ser uma ferramenta apropriada para ajudar os profissionais (enfermeiros) a compreender e identificar práticas que possam apoiar os pais durante a transição para a parentalidade. Foi utilizado um template, baseado na teoria de Meleis, “Tabela NaN” as Propriedades de Diferença de uma Transição com três categorias (tópicos): Natureza das transições; Condições da Transição e os Padrões de resposta à transição. As experiências dos pais durante a transição para a parentalidade devem ser compreendidas e documentadas. Os profissionais precisam desse conhecimento para criar intervenções adequadas.

Neste âmbito este estudo sugere intervenções de enfermagem que podem apoiar e facilitar a transição para a parentalidade (fase III do estudo) na categoria dos Padrões de resposta à transição (indicadores de processo e de resultado), sendo que estas são:

#### **Padrões de resposta - indicadores de processo:**

- Sentindo-se conectado: promover a continuidade dos cuidados de saúde por exemplo o acesso a uma linha telefónica direta, saber como procurar ajuda com os problemas que surgem.
- Interagindo: Interação pessoal de confiança com o enfermeiro que oriente e confirme sentimentos; uma abordagem interativa e não apenas obter ensino formal e/ou

informal; possibilitar a interação com outros pais, a discussão e socialização em grupos de educação parental.

- Localização e estar situado: ajudar a gerir expectativas realistas pois expectativas irreais inibem a transição para parentalidade, através de grupos de educação de pais oferecer informações que reflitam a realidade (tópicos a amamentação e a privação do sono); criar um curriculum que eduque os casais sobre questões como aspetos emocionais da parentalidade, papéis e expectativas.
- Estratégias de enfrentamento e autoconfiança: disponibilizar informações de autogestão para gerenciar a transição que permitam que as mulheres assumam um papel ativo em suas necessidades de saúde e que aumente a autoconfiança; aconselhar os pais a procurar ativamente ajuda na sua rede de proteção social e promover a discussão em profundidade nos grupos de educação parental sobre estratégias, orientações práticas e atitudes relacionada à amamentação.

#### **Padrões de resposta – indicadores de resultado**

- Domínio: abordar por exemplo emoções ligadas à parentalidade, papéis e expectativas que promovam uma transição positiva e um melhor domínio da parentalidade.
- Identities integrativas fluidas: incentivar os futuros e novos pais a discutir e negociar como partilhar/transferir responsabilidades, pois entre novos pais o conflito entre papéis é comum em relação às tarefas domésticas e um tópico importante (facto interessante os pais do estudo refletiram também sobre as diferenças de género de papéis e questionaram como os enfermeiros comentavam ou discutiam os fatores de género).

No estudo *Barimani et. al.* (2017) identificam também os fatores facilitadores e inibidores da transição para a parentalidade assim estes são:

- **Fatores que facilitaram a transição para a parentalidade**: Perceber a parentalidade como uma parte normal da vida; desfrutar do crescimento da criança; estar preparado e ter conhecimento; experimentando apoio social; receber apoio profissional, receber informações sobre recursos dentro da atenção à saúde; participar de grupos de educação de pais que funcionem bem; e os profissionais da audição comentam as diferenças de género como sendo complementares.
- **Fatores que inibiram a transição para a paternidade**: ter expectativas irreais; sentir estresse e perda de controle; vivenciar demandas de amamentação e falta de sono; enfrentar uma atitude de julgamento sobre a amamentação; estar despreparado para a realidade; falta de informação sobre a realidade; falta de apoio e informação

profissional; falta de recursos de saúde; participando de grupos de pais de educação que não funcionaram de forma otimizada; e os profissionais da audição acentuam as diferenças de gênero de forma problemática.

Neste estudo (*Barimani et. al., 2017*) a teoria da transição de Meleis parece ser uma ferramenta adequada para ajudar os profissionais de saúde a compreender a transição para a parentalidade. Além disso, tem potencial para auxiliar os profissionais na identificação de estratégias e práticas adequadas para fornecer aos pais ajuda e apoio adequados. O que é importante pois uma função chave da enfermagem é auxiliar as pessoas no gerenciamento de transições de vida. Mas para explorar completamente as experiências de transição sugere-se um design longitudinal com medidas repetidas ao longo do tempo (Meleis, 2000 citada por *Barimani et. al., 2017*).

Com base nas descobertas, apresentam recomendações aos profissionais de saúde que prestam serviços de saúde a futuros pais e novos pais, sendo que estes devem:

Garantir que:

- As mulheres e seus parceiros estão preparados e informados sobre o acesso a conselhos de saúde e apoio à amamentação;
- O currículo de educação dos pais abrange tópicos sobre expectativas, distúrbios do sono, amamentação e mudanças no relacionamento do casal;
- Os grupos de educação de pais funcionam bem e são apelativos para as mulheres e seus parceiros. O profissional de saúde deve refletir criticamente sobre o seu papel como líder de grupo para estimular discussões aprofundadas e trocas de conhecimento e criar contatos.

E possibilitar que os pais discutam sobre:

- Seus sentimentos avassaladores, mudanças de humor, ansiedade e perda de autoconfiança. Aqui o enfermeiro deve refletir criticamente sobre sua experiência e conhecimento – para criar interações ideais, permitindo interações;
- Conflitos de papéis e questões de gênero. Assim o enfermeiro deve refletir criticamente sobre suas competências e habilidades para que possa abordar confortavelmente os papéis, responsabilidades e as questões de gênero.

#### 4.4. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Neste subcapítulo expõe uma reflexão sobre a pesquisa desenvolvida, por forma a utilizar os resultados obtidos para dar resposta ao objetivo delineado, de conhecer as intervenções de

enfermagem promotoras da adaptação dos pais de primeira viagem na transição para a parentalidade, e fazer considerações sobre as suas implicações para a prática clínica.

Uma prática especializada ajuizada em investigação contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos, o aprimorar da prática e melhora a qualidade dos cuidados prestados.

Com a pesquisa realizada pretendeu-se assim obter contributos para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas e que se traduzam em ganhos para a saúde, no processo de transição para a parentalidade em pais que esperam o seu primeiro filho.

Os estudos analisados apontam para uma intervenção baseada em pressupostos teóricos como “*Family Centered Medical Home*” (Reis, 2011), a teoria de médio alcance que retrata a complexidade de do tornar-se pai e tornar-se mãe (Martins *et. al.*, 2017) e a teoria da transição de Meleis (Barimani *et. al.*, 2017) considerada como ferramenta adequada para ajudar os enfermeiros a compreender a transição para a parentalidade, auxilia na identificação de estratégias e práticas adequadas para fornecer ajuda e apoio adequados aos pais de primeira viagem. Todos estes pressupostos expõem intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à transição para a parentalidade.

Neste âmbito, nas intervenções de enfermagem salienta-se que é necessário potenciar a adaptação dos Pais na transição para a parentalidade, ajudando-os a redefinir os seus papéis. Garantir que os pais estão preparados e informados sobre a transição para a parentalidade no que respeita não só ao cuidar do seu filho, mas também no que respeita aos seus papéis e responsabilidades. Assistir a família como unidade de cuidados, o que implica conhecer como cada família cuida, e ao mesmo tempo focar-se na individualidade de cada progenitor, ajudando a gerir expectativas realistas, sentimentos experienciados e dúvidas no que respeita ao novo papel. Abordar também as emoções ligadas à parentalidade, papéis e expectativas que promovam uma transição positiva e um melhor domínio da parentalidade. Ajudar os pais a identificar as suas forças, fraquezas e dificuldades incentivando-os a discutir e a negociar como partilhar e transferir tarefas. E possibilitar aos pais espaços de partilha e interação com outros pais, bem como a discussão e socialização em grupos de educação parental, intervenção fundamental nesta transição de vida.

A abordagem aos pais deve assim ser interativa e não apenas restrita ao ensino formal e/ou informal, para isso é necessário abandonar um cuidado meramente técnico e instrumental, incorporando o meio relacional e o contexto social nas práticas de cuidar, estendendo os cuidados também há família alargada, de forma a prepará-la para intervenções adequadas e contextualizadas.

Considera que os resultados apresentados e discutidos merecem atenção na prática da enfermagem de saúde familiar uma vez que o papel do enfermeiro de família é primordial nas transições do ciclo de vida familiar e estas revelem-se uma oportunidade de intervenção junto da família no sentido de facilitar a adaptação à parentalidade.

Para a concretização de intervenções efetivas do enfermeiro de família para boas práticas na transição para a parentalidade, propõe a implementação de medidas formais e informais de apoio à família/pais ( e à família alargada como sistema mais amplo, como recurso) com vista a minimizar as experiências de stress dos pais, dotar os progenitores dos conhecimentos necessários à parentalidade e criar oportunidades, nomeadamente na relação terapêutica e partilha de experiências, para discutirem e refletirem sobre as suas emoções, papéis, necessidades, dúvidas e dificuldades.

Em concordância reforça a necessidade de se continuar a investir em projetos na área da parentalidade: programas de preparação para a parentalidade direcionados para a família, e também direcionados só ao pai pois estes sentem que seu papel e suas necessidades são muitas vezes colocados para segundo plano e numa sociedade em que cada vez mais a igualdade de género se evidencia esta deve ser tida em consideração nesta fase ciclo de vida individual e familiar. É também relevante fomentar a realização de sessões de esclarecimento durante os primeiros anos de vida das crianças e sessões de partilha de experiências de pais.

Face ao exposto, assume-se que o contributo do EF pode constituir uma fonte de apoio e auxílio emocional e educativo perante as exigências do processo da transição para a parentalidade. Como um recurso externo à família, encontrando-se numa posição ideal, privilegiada e única para promover uma saudável transição para a parentalidade.

## CONCLUSÃO

O presente relatório traduz o percurso formativo na aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, que englobou a prática de cuidados especializados à família em contexto de estágio e a metodologia de investigação através da realização de uma revisão sistemática de literatura intitulada “Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação dos pais (de primeira viagem) na transição para a parentalidade.

Os Ensinos Clínicos possibilitaram a continuidade do seu processo de aprendizagem desenvolvendo de forma efetiva os objetivos traçados, como a reflexão da prática e das competências do EEESF, a prestação de cuidados em proximidade com a família, a realização de um trabalho sobre a avaliação de uma família segundo o Modelo de *Calgary*, a realização de uma auditoria aos registos clínicos de enfermagem no âmbito dos programas de melhoria contínua da USF RDL e a realização de uma sessão de formação em serviço dirigida aos enfermeiros.

Estes foram reconhecidos como um importante meio de melhoria e consolidação das suas competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Familiar.

O contexto de estágio na USF RDL foi também facilitador da aprendizagem. Para tal, contribuíram o acolhimento, a integração e a disponibilidade da equipa multidisciplinar, principalmente da equipa de enfermagem, particularizando na profissional que me supervisionou, a enfermeira Paula Abreu. Foram determinantes a metodologia de trabalho segundo o modelo de equipa de família/enfermeiro de família e a minha experiência profissional na área de cuidados de saúde primários, também numa USF, o que elevou as expectativas, sendo uma mais-valia os conhecimentos prévios, as competências já adquiridas, a confiança e a autonomia na prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar interage com as famílias ao longo do seu ciclo de vida familiar, a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico.

Cada família é única e, logo as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar noutras. Compete ao enfermeiro, face aos objetivos definidos com a família, tendo em conta as suas fragilidades e forças, determinar as situações em que se torna mais adequado a sua intervenção. Porque as famílias movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global nos padrões familiares.

Na abordagem à família como foco de cuidados, é essencial o uso de instrumentos avaliativos e assim como os modelos conceptuais de avaliação, pois estes orientam a nossa intervenção.

Estes permitem um melhor entendimento das dinâmicas internas da família e seu contexto externo. A aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, foi uma ferramenta importante para desenvolver uma Enfermagem de Saúde Familiar.

A intervenção de enfermagem em contexto familiar foi de elevada riqueza, sensibilizando para a extrema importância de mudar o paradigma pessoal da prática atual. De um contexto de prática biomédica centrada no utente, para um contexto holístico centrado na família. Ver a família no seu ambiente, inserida num macrossistema, possibilita o acesso a um vasto conhecimento familiar a vários níveis, físico, psicológico, social e ambiental. Tornou-se imperativo olhar a família de uma forma mais abrangente e dinâmica por isso uma abordagem sistémica da família é também uma máxima a realizar.

A família como parceira, em que a sua história, seus valores e seus objetivos são tidos em conta no processo de intervenção, promove a co-responsabilidade da família na manutenção e desenvolvimento da sua saúde.

Com a pesquisa realizada foi possível identificar na transição para a parentalidade as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação dos pais de primeira viagem a esta mesma transição. Transição esta muito desafiante para os pais e de elevado grau de adaptação que requer dos enfermeiros intervenções efetivas.

Como pontos fortes nos ensinamentos clínicos, destaca a orientação, a autonomia e confiança disponibilizada pela Enfermeira orientadora em todo o processo de aprendizagem. E também a disponibilidade de toda a equipa multiprofissional da Unidade e do CVC Caldas da Rainha, especialmente os enfermeiros, pois todos me fizeram sentir em casa, ajudando a ultrapassar mais todas as etapas.

As dificuldades percebidas foram um constante desafio atendendo às contrariedades não previstas nas várias vertentes da sua vida (pessoal, familiar, profissional e social), tais como o extremo cansaço físico e psicológico decorrente da exigência que incutiu sobre si na concretização deste mestrado, a não validação do estatuto de bolsista para a frequência dos estágios por parte da ARS Centro, o excesso de trabalho imposto no seu serviço e o destacamento da enfermeira orientadora para o CVC Caldas da Rainha em muitos dos períodos de estágio, sendo que tudo isto ocorreu num contexto de pandemia, tudo isto exigiu constantes mudanças e adaptações.

No entanto, com o apoio recebido por parte dos elementos intervenientes no processo de aprendizagem estas foram ultrapassadas.

Termina este relatório com a certeza de que os objetivos propostos foram alcançados, o enriquecimento pessoal e profissional foi imensurável e capacidades pessoais desconhecidas foram reveladas.

Estamos convictos de que é nas fases de maior dificuldade que nos reinventamos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2016). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde de Primários segunda edição ICPC - 2E V4.4 PT. WONCA/APMGF. Administração Central do Sistema de Saúde,IP. Acedido em janeiro 2022. Retrieved from [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1\\_ICPC\\_2\\_4\\_4\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1_ICPC_2_4_4_VF.pdf)
- ACSS. (2020). Operacionalização da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020/2021. Administração Central do Sistema de Saúde,IP. Acedido em janeiro 2022. Retrieved from [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf)
- Adamsons, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of reproductive and Infant Psychology*. USA. Vol. 31 (2), 160-171.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists And Their Work*. (9 e). *United States of America: Elsevier*. Acedido em março 2022. Retrieved from <https://arakmu.ac.ir/file/download/news/1581932519-nursing-theorists-and-their-work-e-book.pdf?>
- Amin,Tam & Shorey , (2018). Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and metaanalysis. of universal parent education interventions' efficacy. *International Journal of Nursing Studies*. 82 p 149–162. Elsevier. Acedido em abril 2022. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.021>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidencia no contexto da translação da ciência*. Coimbra. Portugal. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Araújo, C. F. (2014). ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS - Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em janeiro 2022. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>
- Azevedo, A.M.J.S. (2017). Construção da Parentalidade: O Papel do Enfermeiro de Família. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Acedido em janeiro 2022. Acedido em junho 2022. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/23046>
- Barimani, Mia; Vikström, Anna; Rosander, Michael; Forslund Frykedal, Karin; Berlim, Anitta (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support **parents**. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Sep 2017; 31(3): 537-546. 10p.
- Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2021). Serviço Nacional de Saúde. Acedido em junho 2022. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/2100692/Pages/default.aspx>
- Biscaia, A.R., Heleno, L.C.V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-712. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/csc/a/sKYdyXJB8rJ9DsB8bTmDxvs/?format=pdf&lang=pt>
- Bispo, E. M.F. (2015). Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém. Acedido em junho 2022. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2704>
- Costa, A.L.R. (2013). Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de Família. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu. Acedido em junho 2022. Retrieved from [https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1979?locale=pt\\_PT](https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1979?locale=pt_PT)
- DECRETO-LEI Nº 118/ 2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República 1ª Série, No 149, (4069 - 4071). Acedido a 20 jan.2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- DECRETO – LEI Nº 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Altera o regime jurídico das Unidades de Saúde de familiar. Diário da República 1ª Série, No 118, (3128-3138). Acedido a 20 jan.2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS (2022). São Paulo: BIREME / OPAS / OMS. Acedido em julho 2022. Retrieved from <http://decs.bvsalud.org>
- DGS, (2015). Despacho nº 1400-A/2015 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2015. PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República, 2.ª série, No 28, (3882- (2) - 3882-(10)). Acedido em junho 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: PAPA-LETRAS.
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de família*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Frade, J., Simões, C., Louro, C. & Kraus, T. (2021). Planeamento do Estágio III, Estágio de Natureza Profissional Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com relatório. Escola Superior de Saúde de Leiria. Instituto Politécnico de Leiria.
- Fronteira, I., Jesus, E.H. & Dussault, G. (2020). “A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde”. *Ciências & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. Acedido em junho 2022. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Graça, L., Figueiredo, M. & Carreira, M. (2011). Contributos da intervenção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a Transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. Rev. Enf. Ser. III n.4, 1-9. Acedido em junho 2022. Retrieved from <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIn4/serIIn4a03.pdf>
- Hanson, S. (2005). “*Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação*”. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.2ª edição
- ICN. (2019). International Classification for Nursing Practice (ICNP/CIPE). International Council of Nurses (ICN). ICNP Browser. Portuguese. Acedido em julho 2022. Retrieved from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- IFNA. (2015). *Position Statement On Advanced Practice Competencies For Family Nursing*. (M. Pinto, Trad.)
- IFNA. (2022). *Practice Models for Nursing Practice with Familie*. International Family Nursing Association. Acedido em junho 2022. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>
- JBI. (2022). Manual JBI para Síntese de Evidências. Acedido em janeiro 2022. Retrieved from <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Leite, L (2013) Ordem dos Enfermeiros, (2013). 15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde- Contributo da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em março de 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas\\_2015\\_VersaoFinal\\_01Out2013\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf)
- Lopes, M. A., Gomes, S.F., Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades de cuidados de saúde. INESC TEC OE. Acedido em junho de 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inescotecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf)
- Martins, C., Abreu W. & Figueiredo M.C, (2017). Transição para a parentalidade: Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Volume 2, 40-49. Acedido em abril de 2022. Retrieved from: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/46966>
- Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory Midle-Range and Situation- Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. New York.
- Melo, P. (2020). Dinâmicas Familiares - Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem. Porto. Universidade Católica Portuguesa.
- Mendes,V.M. (2012). Trabalho Projecto “Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras”. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Acedido em fevereiro 2022. Retrieved from: <https://run.unl.pt/handle/10362/9400>
- Ministério da Saúde (2020). “SClínico: Cuidados de Saúde Primários (CSP)”. Acedido em abril de 2022. Retrieved from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Monteiro, R.B., Pisco, A. M. S. A., Cando, F., Bastos S., Reis M., (2017). “Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), pp. 725-736. Rio de Janeiro. Acedido em junho de 2022. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>
- Monteiro, R. O. P., (2019). “Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar”. Escola Superior de Saúde do IP Leiria. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4853/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20%20Rui%20Monteiro.pdf>
- OE, (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento nº 367/2015 de 29 julho de 2015. DR, 2ª serie Parte E, nº131 pp 17384 – 17391.
- OE, (2015). “Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE” DL nº 156/2015 de 16 de setembro. Edição: Ordem dos enfermeiros outubro 2015. Tadinense- artes gráficas.

- Deodato, S OE, (2015). Deontologia profissional de Enfermagem. Edição Ordem dos Enfermeiros.
- OE, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar, Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária. Leiria. Acedido em janeiro de 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)
- OE (2018). Regulamento nº 428/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II série, No 135 (19357-19359). Acedido a 12 fevereiro 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- OE, (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, No 26. Acedido a 12 fevereiro 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- OE, (2022). Regulamento nº 613/2022 de 8 julho de 2022 Regulamento que define o ato do enfermeiro. DR, 2ª serie Parte E, nº131 pp 179-182. Acedido em fevereiro de 2022. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- OMS. (2003). Saúde para todos no século XXI: uma Introdução. Lisboa: Lusociência
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Bragança. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14030>
- Prata, D.A.D.R. (2020). Qualidade Organizacional em Cuidados de Saúde Primários – estudo de caso de uma unidade de saúde familiar. Universidade de Algarve. Acedido em julho de 2022. Retrieved from: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/17734>
- Rebeca, C.F.V. (2013). Transição para a Parentalidade: Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais. ESEL. Lisboa. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16168>
- Rebelo, L. (2018). “A Família em Medicina Geral e Familiar- Conceitos e Práticas”. Edições Almedina. Coimbra.
- Reis, P. F. S. C. P. (2011). Factores que Influenciam as Estratégias de Coping dos Pais no Processo de Transição para a Parentalidade. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9241/1/TESE%20PAULA%20REIS.pdf>
- Ribeiro O., Carvalho F.M., Ferreira L.M.M. & Ferreira P.J.M. (2015). “Qualidade dos cuidados de Saúde”. pp 1-20. Acedido em julho de 2022. Retrieved from: [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3571/1/Qualidade\\_dos\\_%20cuidados\\_%20de\\_%20saude.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3571/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf)
- Rodrigues, J. (2018) “ESTRATÉGIAS DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA”. USF- AN, Academia dos CSP. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://www.usf-an.pt/academia-csp/organizacional/estrategias-de-governacao-clinica/>
- Rosa, C.S.R., Carvalho, A.G.F e Barja, P.R. (2022). *SOFT SKILLS: DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA ATUALIDADE*. Revista Univap, 28 (57):1-9. São José dos Campos, SP-Brasil. Acedido em julho de 2022. Retrieved from: <file:///C:/Users/Sara%20Matias/Downloads/2592-Texto%20do%20Artigo-13151-1-10-20220405.pdf>
- Silva, M. A., Costa, M. A., Silva, M. M. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. ser III, no.11.
- Soares, B., Colossi, P.M. (2016). “Transições no ciclo de vida familiar: a perspetiva paterna frente ao processo de transição para a parentalidade”. Barbarói, Revista do Departamento de Ciências Humanas. Santa Cruz do Sul, n.48, p.253-276. jul./dez. 2016. Acedido em julho de 2022. Retrieved from <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6942>
- Sousa e Silva, C, Carneiro, M.N.F (2018). “Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais”. Acta Paulista Enfermagem, 31(4):366-73. Acedido em março de 2022. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800052>
- USF RDL, (2021). Carta de Compromisso da Unidade Saúde Familiar Rainha D. Leonor.
- USF RDL, (2020). Regulamento Interno da Unidade Saúde Familiar Rainha D. Leonor.
- USP ZP, (2019). Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte Triénio 2019-2021. Unidade de Saúde Pública Zé Povinho. Caldas Da Rainha. ACeS ON

Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª). Lisboa. Edições Sílabo.

Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª). S. Paulo. Roca.

## **APÉNDICES**

## **APÊNDICES I**

Relatório da auditoria aos processos clínicos, registos clínicos de enfermagem, de famílias com filhos nascidos em 2021.


2021



Unidade de Saúde Familiar  
Rainha D. Leonor

# [RELATÓRIO DA AUDITORIA – Caracterização das Famílias]

<b>Autor:</b> Paula Abreu e Sara Matias (aluna de Mestrado Enfermagem Saúde Familiar)	<b>Conselho Técnico:</b>	<b>Coordenador:</b>
<b>Data:</b> <u>15 / 07 / 2021</u>	<b>Data:</b>	<b>Data:</b>

 <p>Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor</p>	<b>Gestão da Qualidade</b>	Pág.ii/5
	<b>Relatório de Auditoria Interna à caraterização das famílias</b>	Número: 1 Data: 15 /07/2021

## 1. OBJETIVO/ ÂMBITO E PERÍODO DA AUDITORIA

Auditoria no âmbito da Gestão da Qualidade para fomentar o registo clínico da caracterização das famílias de cada ficheiro.

Autoavaliação dos registos clínicos no processo familiar quanto ao “tipo de família” e etapa do “Ciclo de Vida Familiar de Duvall”, nas famílias das mulheres com programa de Saúde Materna aberto durante o ano em análise (2021).

## 2. DEFINIÇÃO DA EQUIPA AUDITORA

A auditoria foi efetuada pela Enfermeira em funções de Chefia (Paula Abreu) e pela aluna de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (Sara Matias).

## 3. METODOLOGIA

A auditoria apresenta a seguinte metodologia:

**Tipo de análise:** interna.

**Tipo de avaliação:** retrospectiva.

**Unidade de Estudo:** os registos clínicos efetuados nas consultas realizadas a famílias com mulheres com programa de Saúde Materna, aberto durante o ano em análise, ou seja, ano 2021 e com o parto realizado.

**Amostra:** famílias com mulheres com programa de Saúde Materna aberto durante o ano em análise, ou seja, ano 2021 e com parto realizado (incluindo-se assim todas os processos das famílias com crianças nascidas em 2021).

**Tipo de critérios a avaliar:** os registos no processo clínico dos dois itens de avaliação estrutural da família, o “Tipo de família” e a “Etapa do Ciclo de Vida Familiar de Duvall”.

**Recolha da evidência:** Observação direta no processo clínico eletrónico, no

campo da “Avaliação Inicial \_ Processo Familiar”, através do Sistema Informático do SPMS – SClínico Enfermagem e/ou Médico.

**Fonte dos dados:** SClínico Enfermagem/Médico.

**Tipo de critérios exclusivos:** famílias com crianças nascidas em 2021 sem o elemento familiar mulher com programa de Saúde Materna aberto durante o ano em análise, ou seja, ano 2021 e com parto realizado.

**Padrão de Qualidade adotado:**

< 50% - insuficiente

50 - 69% - Suficiente

70 a 79% - Bom

80 a 90% - Muito Bom

> 90% - Excelente

## 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

No âmbito da Gestão da Qualidade foi elaborado pela Unidade a 16 de janeiro de 2020 um Plano de auditoria à caracterização das famílias, para dar resposta à necessidade identificada de iniciar a caracterização das mesmas em cada ficheiro da USF RDL.

Neste foi definido como objetivo auditar a implementação do registo em processo familiar da avaliação do “tipo de família” e da etapa do “Ciclo de Vida familiar de Duvall”, das diferentes famílias das utentes com Programa de Saúde Materna associado durante o ano em análise.

Assim sendo, a 1 de julho de 2021 foi realizada uma auditoria interna e posteriormente elaborado o presente relatório.

Os dados recolhidos foram registados em Folha Excel, da autora, não sendo anexada para proteção dos dados pessoais dos utentes.

Na auditoria foram auditados no total 37 processos clínicos.

Quanto aos resultados obtidos estes expõem-se na seguinte tabela:

Tabela 1 – Resultados da Auditoria à caracterização das Famílias

CRITÉRIOS AVALIAR	SIM	NÃO	NA	Comentários, sugestões, atividades
"Tipo de família"	1	27	9	Scĺnico Perfil Enfermagem: (AvaliaçŁo Inicial _ Processo Familiar) e /ou Scĺnico Perfil MŁdico
"Etapas do ciclo de vida Familiar de Duvall"	1	27	9	Scĺnico Perfil Enfermagem: (AvaliaçŁo Inicial _ Processo Familiar) e /ou Scĺnico Perfil MŁdico
<b>Total de Famĺlias</b>	1	27	9	
<b>%</b>	3,57%	72,90%	24,30%	
<b>Índice de Conformidade (IC)</b>	<b>3,57%</b>			

IC - Índice de Conformidade

NA - NŁo aplicŁvel

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Na anŁlise dos 37 processos clĺnicos auditados 24,3% foram considerados como nŁo aplicŁvel.

A maior percentagem, 74,9%, nŁo apresenta qualquer registo dos itens avaliŁveis.

É um ũnico processo clĺnico, ou seja, 3,57% tem registos nos dois itens de avaliaçŁo "Tipo de Famĺlia" e "Etapas do ciclo de vida Familiar de Duvall". Assim obteve-se um Índice de Conformidade de 3,57% o que corresponde a um resultado insuficiente.

Os resultados obtidos serŁo enviados ao Conselho TŁcnico da USF RDL e apresentados Ł equipa em reuniŁo multidisciplinar.

## **5. PLANO DE MELHORIA**

Perante os resultados obtidos sugerem-se as seguintes medidas de melhoria:

- Apresentar os resultados obtidos Ł equipa em reuniŁo multidisciplinar.
- Sensibilizar os profissionais para o registo dos dois itens avaliŁveis nos processos clĺnicos;
- RevisŁo do procedimento consulta
- FormaçŁo interna, em data a definir, Ł equipa de enfermagem sobre caracterizaçŁo da famĺlia no que concerne aos dois itens de avaliaçŁo definidos no Plano de Auditoria.
- Monitorizar a evoluçŁo dos registos realizando uma nova Auditoria em dezembro de 2021.

## **APÊNDICE II**

Plano da sessão de formação da apresentação Consulta de Enfermagem SClínico

**Tema:** SClínico Perfil Enfermagem - Consultas de Enfermagem
**Local:** USF RDL **Data:** 26/01/2022 **Período das** 12:30 **às** 13:30
**Objetivo Geral**
Atualizar conhecimentos sobre registos no SClínico em contexto de Consultas de Enfermagem.
**Objetivos Específicos**
Definir conceitos: consulta de enfermagem e ato de enfermagem.
Apresentar de forma sucinta as diferentes tipologias de consultas de enfermagem de vigilância e suas condições de inclusão.
Promover a correta operacionalização dos registos das consultas de vigilância enfermagem de na plataforma SClínico- "Perfil Enfermagem"
Esclarecer dúvidas sobre a temática exposta.

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégia/ Metodologia</b>	<b>Preletor</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	1. Apresentação do Tema: SClínico: P. Enfermagem - Consulta Enfermagem. 2. Justificação do tema selecionado. 3. Sumário.	Expositivo Power Point	Sara Matias	2 min
<b>Desenvolvimento</b>	-> Conceitos: Consulta Enfermagem /ato de enfermagem. -> Consulta direta e indireta. -> Consultas de vigilância: As diversas tipologias (ex: SI,SM,PF,DM) respetivas condições de inclusão.	Expositivo - Power Point	Sara Matias	40 min
<b>Conclusão</b>	Resumo da Temática abordada; Esclarecimento de dúvidas; Referências Bibliográficas.	Expositivo Entregar em suporte papel e digital, o Manual elaborado para a temática exposta.	Sara Matias	15 min
<b>Avaliação</b>	Avaliação da sessão.	Questionário da USF RDL para avaliação das sessões de formação	Sara Matias	5 min

### **APÊNDICE III**

Apresentação de Sessão – Consulta de Enfermagem



Autora: Sara Matias  
Orientadora: Paula Abreu

26 de Janeiro de 2022

## SCLÍNICO

### PERFIL ENFERMAGEM

#### **SUMÁRIO**

1. Consulta de Enfermagem
2. Atos de Enfermagem
3. Consulta Indireta
4. Consulta Direta
5. Consultas de Vigilância:
  - Tipologia
  - Condição
6. Avaliação Familiar Estrutural:  
Tipo de Família e Etapa do Ciclo  
de Vida de Duvall

SCLínico | Cuidados de Saúde  
Primários (CSP)



**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



Unidade de Saúde Familiar  
Rainha D. Leonor

**SCLínico Perfil Enfermagem**

[CONSULTAS DE ENFERMAGEM]	[ATOS DE ENFERMAGEM]
São usadas preferencialmente para uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento).	São preferencialmente usados para registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos (p.e. injetáveis) quer pelo próprio enfermeiro (p.e. realização de pensos a feridas ou úlceras). Os [atos de enfermagem], são contabilizados como [consulta de enfermagem].
Devem conter pelo menos o registo de:	Devem ter o pelo menos o registo de:
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; dados de avaliação e um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem];</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; [diagnóstico de enfermagem] ativo e pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; uma "intervenção de enfermagem" ou</li> <li>&gt; uma "medicação" ou</li> <li>&gt; uma "atitude terapêutica".</li> </ul>

As [consulta de enfermagem] e [atos de enfermagem] são contabilizados como [consulta de enfermagem].

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



Unidade de Saúde Familiar  
Rainha D. Leonor

**CONSULTA DE ENFERMAGEM SEM A PRESENÇA DO UTENTE (INDIRETA)**

uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [indireto / sem a presença do utente], é necessário assinalar a checkbox:

- ✓ [Contacto não presencial]
- ✓ [Meios de realização não presencial] um dos itens:
  - [Email, chat, SMS ou outros canais digitais de texto]
  - [Telefone ou telemóvel]
  - [Videochamada]
- ✓ A condição [(A e B) ou (C e (D ou E))] deverá ser verdadeira.
- **Condição (A e B)**
  - A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [sem a presença do utente] e [terminado];
  - B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico), codificadas pela CIPE.
- **Condição (C e (D ou E))**
  - C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [sem a presença do utente] e [terminado];
  - D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 2, 3 e 4);
  - E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 1, 2, 3 e 4).

**Notas:**

1. A expressão E inclui as intervenções de avaliação e intervenções de enfermagem. Não inclui (medicação) nem (atitude terapêutica) (prescrição de outros técnicos).
2. Quando se contabilizam os dados (atributos em A, B, C, D e E) é obrigatório assinalar o tipo de ato para o qual a consulta foi realizada e se ocorreu até ao fim do ato pelo agente (ou quando o agente não foi o próprio utente, indicar o tipo de agente).
3. No âmbito de avaliação de dados (A e B) de saúde, podem ser registados no sistema de CIPE agentes de saúde de atos de enfermagem, de diagnóstico de enfermagem, prescrição de medicamentos, ou prescrição de outros produtos.
4. Quando a CIPE associa a categoria de intervenção e a categoria de diagnóstico de enfermagem, não há necessidade de registar uma única vez, mas sim de registar a intervenção de enfermagem e a categoria de diagnóstico de enfermagem (diagnóstico de enfermagem) (qualquer que seja) no pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que seja).

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



Unidade de Saúde Familiar  
Rainha D. Leonor

**CONSULTA DE ENFERMAGEM SEM A PRESENÇA DO UTENTE (DIRETA)**

uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [direto / com a presença do utente], é necessário:

- ✓ **[contacto presencial]**
- ✓ **condição [(A e B) ou (C e (D ou E))]** deverá ser verdadeira.
- **Condição (A e B)**
  - A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [sem a presença do utente] e [terminado];
  - B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE, ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico)(ver notas 2)
- ou
- **Condição (C e (D ou E))**
  - C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [sem a presença do utente] e [terminado];
  - D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 4 e 5);
  - E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 1, 4 e 5).

**Notas:**  
 1. A expressão E inclui as intervenções de avaliação e intervenções de enfermagem. Não inclui [medicação] nem [atitude terapêutica] (prescrições de outros técnicos).  
 2. O registo de pelo menos um [ato de enfermagem] ou de [medicação] ou de [atitude terapêutica] deve ser feito no dia da consulta ou logo após a consulta no mesmo dia ou no máximo até ao 2º dia de não registo (ou consulta agendada para 2º e último dia de não registo). Por exemplo, numa consulta agendada no dia 15-10-2024, os registos devem ser efetuados até 16-10-2024 (ou 17-10-2024). No entanto, os registos até ao dia 20-10-2024 de pró, podem ser registados no máximo até 5 de agosto.  
 3. [Ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem] finalizada no mesmo dia, no mesmo utente e pelo mesmo profissional não contam uma única vez.  
 4. Os registos de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] finalizados no mesmo dia, no mesmo utente e pelo mesmo profissional não contam uma única vez.  
 5. Os registos de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] finalizados no mesmo dia, no mesmo utente e pelo mesmo profissional não contam uma única vez.  
 6. Os registos de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] finalizados no mesmo dia, no mesmo utente e pelo mesmo profissional não contam uma única vez.

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



Unidade de Saúde Familiar  
Rainha D. Leonor

**CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM**

TIPOLOGIAS	CONDIÇÃO
SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)
SAÚDE MATERNA	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG ou INT)
PUERPÉRIO	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG ou INT)
SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG ou INT)
DIABETES	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)
HIPERTENSÃO	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG_ESP ou INT_ESP)
TABAGISMO	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e (DIAG_ESP ou INT_ESP ou INF_MOD) OU {{CONS e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)}}
CONSUMO EXCESSIVO DE ALCOOL	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e (DIAG_ESP ou INT_ESP)
OBESIDADE	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e (DIAG_ESP ou INT_ESP)
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	{{CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA}} e PROG e (DIAG_ESP ou INT_ESP)
OUTRAS ÁREAS	NC e (CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e (DIAG ou INT).

Nas consultas de vigilância de enfermagem, de diferentes tipologias, as condições referenciadas devem ser verdadeiras.

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

**ETIQUETA DAS CONDIÇÕES**

<b>CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA</b>	CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como (consulta de enfermagem), (presencial) e (terminada); (ver notas 1 e 2) ou CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como (consulta de enfermagem), (não presencial) e (terminada); (ver notas 1 e 2)
<b>PROG</b>	PROG - Associação do respetivo programa ao contacto; SI = "P.N.S.I.I. Saúde Infantil", ou "P.N.S.I.I. Saúde Juvenil" ou programa "P.N.S.I.I. Intervenção Precoce" SM = "P.N.S.R. Saúde Materna" ou do programa "P.N.S.R. Preparação Profilática para o Parto" RP = "P.N.S.R. Puerpério" PF = "P.N.S.R. e Planeamento Familiar" DM = "P.N. Diabetes" HTA = "P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão" ou "P.N.D.C.C. Risco - Cardiovascular" Tabagismo = "P.N. Prevenção e Controlo do Tabagismo"
<b>DIAG</b>	DIAG - Pelo menos um novo registo de (diagnóstico de enfermagem) codificado pela CIPE (ver notas 3);
<b>DIAG_ESP</b>	DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de (diagnóstico de enfermagem) codificado pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4); Hipertensão "tabagismo" "Consumo excessivo de álcool" "Obesidade"
<b>INT</b>	INT - Registo de pelo menos uma (intervenção de enfermagem) codificada pela CIPE (ver notas 3);
<b>INT_ESP</b>	INT_ESP - Registo de pelo menos uma (intervenção de enfermagem) codificada pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4); Hipertensão "tabagismo" "Consumo excessivo de álcool" "Obesidade"
<b>INF_MOD</b>	INF_MOD - Informação registada no módulo de: "Saúde infantil e juvenil - PNSIJ" "DM" "tabagismo" (ver notas 7);

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

**Notas:**

- "P.N.S.R. SM" (data de fim da gravidez):  
a) se a (data de parto) estiver registada, a (data de fim da gravidez) é igual à (data de parto).  
b) se a (data de parto) não estiver registada e a (data de parto corrigida) estiver registada e se a (data de referência do indicador) for superior à (data de parto corrigida) em 8 semanas (56 dias), a (data de fim da gravidez) é igual à (data de parto corrigida).  
c) se a (data de parto) não estiver registada e a (data de parto corrigida) não estiver registada e se a (data de referência do indicador) for superior à (data da última menstruação) em 40 semanas (336 dias), a (data de fim da gravidez) é igual à soma da (data da última menstruação) com (39 semanas e 6 dias) (280 dias).
- "P.N.S.R. Puerpério" (data de fim da gravidez) corresponde ao 14 dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:  
a) se a (data de parto) estiver registada, a (data de fim da gravidez) é igual à (data de parto).  
b) se a (data de parto) não estiver registada e a (data de parto corrigida) estiver registada e se a (data de referência do indicador) for superior à (data de parto corrigida) em 8 semanas (56 dias), a (data de fim da gravidez) é igual à (data de parto corrigida).
- Os códigos CIPE associados a (diagnóstico de enfermagem) e (intervenção de enfermagem) não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de (diagnóstico de enfermagem) (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma (intervenção de enfermagem) (qualquer que ela seja).
- Existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em:  
[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Tabagismo.](#)  
[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Alcool](#)  
[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Obesidade](#)  
[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Doenças Respiratórias](#)
- A (intervenção de enfermagem) inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui (medicação) nem (atitudes terapêuticas) (prescrições de outros técnicos).
- Apenas se contabilizam os registos em (diagnóstico de enfermagem) e (intervenção de enfermagem), efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
- O acesso ao módulo de saúde infantil e juvenil Diabetes /Tabagismo e acesso aos itens de informação, é efetuado após (ativação do contacto), através do ícone "PNSIJ" Diabetes/Tabagismo" respetivamente. Referencia-se, no entanto, que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas.
- As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

**AValiação Familiar Quanto ao Tipo de Família e Etapa do Ciclo de Vida Familiar De DUVALL**

Uma boa avaliação familiar é de extrema relevância para que se prestem cuidados de saúde de qualidade. Esta implica uma avaliação da família em termos de estrutura, de desenvolvimento e funcionamento segundo o modelo de Calgary.

Tipo de Família (avaliação estrutural):

Habituação	Orafar	C Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unitária - Só 1 elemento		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monoparental - Só pai ou mãe e filhos		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alargada - Avós, pais e filhos		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconstruída - Nova união após reformulação		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuclear - Casal com ou sem filhos		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras		

Etapa do ciclo de vida da familiar de Duvall (avaliação desenvolvimental):

Habituação	Orafar	C Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)		

**SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)**



Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

**AValiação Familiar Quanto ao Tipo de Família e Etapa do Ciclo de Vida DE DUVALL – Resultados da auditoria**

Na Caracterização das Famílias da USF RDL com nascimentos em 2021 efetuada a 1 julho de 2021 quanto ao tipo de família e etapa do ciclo de vida familiar de Duvall foram:

- ✓ Dos 37 processos clínicos auditados 24,3% foram considerados como não aplicável.
- ✓ A maior percentagem dos processos auditados 74,9%, não apresenta qualquer registo dos itens avaliáveis.
- ✓ Apenas um único processo clínico, ou seja, 3,57% tem registos nos dois itens de avaliação "Tipo de Família" e "Etapas do ciclo de vida Familiar de Duvall".
- ✓ Assim obteve-se um Índice de Conformidade de 3,57% o que corresponde a um resultado insuficiente.

CRITÉRIOS AVALIAR	SIM	NÃO	NA	Comentários, sugestões, atividades
"Tipo de família"	1	27	9	SCLínico Perfil Enfermagem: (Avaliação Inicial - Processo Familiar) e /ou SCLínico Perfil Médico
"Etapas do ciclo de vida Familiar de Duvall"	1	27	9	SCLínico Perfil Enfermagem: (Avaliação Inicial - Processo Familiar) e /ou SCLínico Perfil Médico
<b>Total de Famílias</b>	1	27	9	
<b>%</b>	3,57%	72,90%	24,30%	
<b>Índice de Conformidade (IC)</b>		3,57%		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- El dos CSP (089 – Conceitos). 2020 [https://adm.min-saude.pt/bl.aspx?id\\_con=89#D005](https://adm.min-saude.pt/bl.aspx?id_con=89#D005)
- El dos CSP (121 – Conceitos). Códigos CPE específicos de determinados tipos de consulta de enfermagem). 2020 [https://adm.min-saude.pt/bl.aspx?id\\_con=121#D005.E](https://adm.min-saude.pt/bl.aspx?id_con=121#D005.E)
- SCLínico Perfil Enfermagem
- Figueiredo, (2013). Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Loures, Lusocência.



MUITO  
OBRIGADO !

## **APÊNDICE IV**

Manual de apoio à consulta de enfermagem nas diversas áreas de saúde

Ministério da Saúde  
ARS Lisboa e Vale do Tejo  
ACES Oeste Norte



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

**2022**

# SClínico

# Perfil de Enfermagem

Mestranda: Sara Matias  
Enfermeira orientadora: Paula Abreu

Janeiro, 2022

## Sclínico -Perfil de Enfermagem

<b>[CONSULTAS DE ENFERMAGEM]</b>	<b>[ATOS DE ENFERMAGEM]</b>
<p>São usadas preferencialmente para uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento).</p>	<p>São preferencialmente usados para registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos (p.e. injetáveis) quer pelo próprio enfermeiro (p.e. realização de pensos a feridas ou úlceras).</p> <p>Os <b>[atos de enfermagem]</b>, são contabilizados como <b>[consulta de enfermagem]</b>.</p>
<p>Devem <b><u>conter pelo menos o registo de:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>dados de avaliação e um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem];</b></li></ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>[diagnóstico de enfermagem] ativo e pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem].</b></li></ul>	<p>Devem <b><u>ter o pelo menos o registo de:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>uma "intervenção de enfermagem"</b></li></ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>uma "medicação"</b></li></ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>uma "atitude terapêutica".</b></li></ul>

## CONSULTA DE ENFERMAGEM SEM A PRESENÇA DO UTENTE (INDIRETA)

Para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [indireto / sem a presença do utente], é necessário assinalar a checkbox:

- ✓ [contacto não presencial]
- ✓ [Meios de realização não presencial] um dos itens:
  - [Email, chat, SMS ou outros canais digitais de texto]
  - [Telefone ou telemóvel]
  - [Videochamada]
- ✓ A condição [(A e B) ou (C e (D ou E))] deverá ser verdadeira.
  - **Condição (A e B)**
    - A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [sem a presença do utente] e [terminado];
    - B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico), codificadas pela CIPE.
  - ou
  - **Condição (C e (D ou E))**
    - C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [sem a presença do utente] e [terminado];
    - D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 2, 3 e 4);
    - E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 1, 2, 3 e 4).

Notas:

1. A expressão E. inclui as intervenções de avaliação e intervenções de enfermagem. Não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos);
2. Apenas se contabilizam os registos referidos em A, B, C, D e E efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês). Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 15-7-2014 (N+10). No entanto, se efetuados entre os dias 26 e 31 de julho, podem ser registados no máximo até 5 de agosto;
3. Os registos de [Ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez.
4. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).

## CONSULTA DE ENFERMAGEM COM A PRESENÇA DO UTENTE (DIRETA)

Para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [direto / com a presença do utente], é necessário

- ✓ Na [Ativação do contacto] seleccionar "Contacto presencial". O "modo/local de realização" registado é ignorado.
- ✓ A condição [(A e B) ou (C e (D ou E))] deverá ser verdadeira.
  - **Condição (A e B)**
    - A. Existência de pelo menos **um [ato de enfermagem]**, classificado **como [direto] e [terminado]**;
    - B. Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE, **ou** pelo menos **uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica]** (prescrição de outro técnico) (ver notas 2).
  - ou
  - **Condição (C e (D ou E))**
    - C. Existência de **uma [consulta de enfermagem]**, classificada **como [direta] e [terminado]**;
    - D. Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 4 e 5);
    - E. Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 1, 4 e 5).

Notas:

1. A expressão E. inclui [intervenção], [medicação], [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
2. Apenas se contabilizam os registos referidos em B e E se efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
3. [Ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem] realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez.
4. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).

## C006 | CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA - [SCLÍNICO (PERFIL ENFERMAGEM)]

As **consultas com código C006** (consultas de Vigilância) podem englobar o conjunto de consultas com os códigos C004 (sem a presença do utente) e C005 (com a presença do utente), desde que estas cumpram as condições descritas a seguir.

Para que seja contabilizada "Consulta de enfermagem de vigilância", a condição [A ou B ou C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou J ou K] deverá ser verdadeira:

- A. Cumpridor de C006.1;
- B. Cumpridor de C006.2;
- C. Cumpridor de C006.3;
- D. Cumpridor de C006.4;
- E. Cumpridor de C006.5;
- F. Cumpridor de C006.6;
- G. Cumpridor de C006.7;
- H. Cumpridor de C006.8;
- I. Cumpridor de C006.9;
- J. Cumpridor de C006.10;
- K. Cumpridor de C006.99.

## C006.1| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT ou INF MOD)] deverá ser verdadeira**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**PROG** - Associação do programa: "P.N.S.I.J. Saúde Infantil", ou "P.N.S.I.J. Saúde Juvenil" ou programa "P.N.S.I.J. Intervenção Precoce" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 1);

ou

**INT** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 1,2 e 3);

ou

**INF\_MOD.** – Informação registada no módulo de "Saúde infantil e juvenil – PNSIJ" (ver nota 4).

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
2. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
3. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
4. O acesso ao módulo de saúde infantil e juvenil e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone "PNSIJ". Referencia-se, no entanto, que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas.
5. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.2| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MATERNA

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1);

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1);

e

**PROG** - Associação do programa "P.N.S.R. Saúde Materna" ou do programa "P.N.S.R. Preparação Profilática para o Parto" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 2 e 4);

ou

**INT** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 2, 3 e 4);

Notas:

1. PNSR SM [data de fim da gravidez]:
  - a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
  - b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].
  - c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).
2. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
5. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

### C006.3| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM PUERPÉRIO

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada]** (ver notas 1);

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada]** (ver notas 1);

e

**PROG** - Associação do programa "P.N.S.R. Puerpério" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 2);

ou

**INT** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 2 e 3);

Notas:

1. "P.N.S.R. Puerpério" [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:
  - a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
  - b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].
2. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.4| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**PROG** - Associação do programa "P.N.S.R. e Planeamento Familiar" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 1 e 2);

ou

**INT** - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
2. Apenas **se contabilizam os registos** em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], **efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada**. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. Regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.5| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM DIABETES

A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT ou INF MOD.)] deverá **ser verdadeira**:

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada]**;

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada]**;

e

**PROG** - Associação do programa "P.N. Diabetes" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela (ver notas 1, 2);

ou

**INT** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 1, 2 e 3);

ou

**INF\_MOD.** - Informação registada no módulo de "DM" (ver notas 4);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
2. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. O acesso ao módulo de diabetes e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone "Diabetes". Referencia-se, no entanto, que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas;
5. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020

## C006.6| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM HIPERTENSÃO

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ESP ou INT ESP)] deverá ser verdadeira:**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada]**;

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada]**;

e

**PROG** - Associação do programa "P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão" ou "P.N.D.C.C. Risco - Cardiovascular" ao contacto;

e

**DIAG\_ESP** - Pelo menos um **novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 1 e 2);

ou

**INT\_ESP** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com a hipertensão, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Hipertensão.
2. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. Regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.6 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Hipertensão

### TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.1.2.2.1.1.	Hipertensão

### TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8013138	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de hipertensão
8013137	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de hipertensão
8013135	1B.1.1.	Conhecimento sobre prevenção de hipertensão
8002174	1B.1.1.3.	Hipertensão, em grau elevado
8002173	1B.1.1.2.	Hipertensão, em grau moderado
8000069	1B.1.1.1.	Hipertensão, em grau reduzido
8002881	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de hipertensão
8002887	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de hipertensão
8001238	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de hipertensão
8003110	1B.1.2.	Sem hipertensão
8013136	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de hipertensão

### TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9002942		Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de hipertensão
9002941		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de hipertensão
9002936		Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipertensão
9001273		Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre doença
9000325		Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre hipertensão
9003980		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença
9001347		Ensinar o prestador de cuidados sobre doença
9000069		Ensinar o prestador de cuidados sobre hipertensão
9000068		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da hipertensão
9001487		Ensinar sobre complicações da doença
9001226		Ensinar sobre doença
9001546		Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
9001351		Ensinar sobre hábitos de exercício
9004159		Ensinar sobre hipertensão
9001514		Ensinar sobre padrão alimentar
9001543		Ensinar sobre padrão de exercício
9001516		Ensinar sobre padrão de repouso
9001198		Ensinar sobre padrão de sono
9001923		Ensinar sobre prevenção da hipertensão
9001144		Ensinar sobre regime medicamentoso
9000998		Incentivar adesão ao regime medicamentoso
9001522		Incentivar adesão ao regime terapêutico
9001943		Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico
9001139		Monitorizar altura

9001299		Monitorizar frequência cardíaca
9003970		Monitorizar índice de massa corporal
9004037		Monitorizar perímetro abdominal
9001274		Monitorizar peso corporal
9001140		Monitorizar pressão venosa central
9001292		Monitorizar tensão arterial
9000625		Referir para o serviço médico

## C006.7| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA RELACIONADA COM TABAGISMO

### Uma das condições deverá ser verdadeira:

- [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e (DIAG ESP ou INT ESP ou INF MOD)]

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**DIAG\_ESP** - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 1 e 3);

ou

**INT\_ESP** - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 1, 2 e 3);

ou

**INF\_MOD**. – Informação registada no **módulo de "tabagismo"** (ver nota 4);

- [(CONS e PROG e (DIAG ou INT ou INF MOD)]

**CONS\_DIRETA** ou **CONS\_INDIRETA**

e

**PROG** - Associação do programa " P.N. Prevenção e Controlo do Tabagismo" ao contacto;

e

**DIAG** - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 2 e 3);

e

**INT** - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 2 e 3);

### Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com o tabagismo, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Tabagismo.
2. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
3. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
4. O acesso ao módulo de tabagismo e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone próprio de acesso ao "módulo de tabagismo" no processo individual. Referencia-se, no entanto, que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas.
5. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020

## C006.7 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Tabagismo

### TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.2.2.1.3.1.1.	Uso de Tabaco

### TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8000663	1B.1.1.	Abuso de tabaco
8013868	1B.1.1.	Conhecimento sobre uso de tabaco
8000662	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de tabaco
8000664	1B.1.2.	Sem abuso de tabaco
8013869	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de tabaco

### TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9000147		Aconselhar sobre uso de tabaco
9002915		Avaliar conhecimento da comunidade sobre uso de tabaco
9003775		Avaliar conhecimento sobre o uso de tabaco
9004178		Avaliar uso de tabaco
9000720		Disponibilizar suporte emocional
9000942		Encorajar a diminuir o uso de tabaco
9000242		Ensinar sobre o uso de tabaco
9004089		Executar intervenção psicoterapêutica
9002029		Executar terapia de grupo
9000920		Gerir grupo de apoio / suporte
9004177		Gerir uso de tabaco
9001156		Incentivar cessação do uso de tabaco
9004240		Monitorizar monóxido de carbono
9001128		Monitorizar uso de tabaco
9000885		Orientar para o enfermeiro de família
9000624		Orientar para um grupo de suporte
9000739		Planear cessação do uso de tabaco
9000133		Providenciar material de leitura
9000625		Referir para o serviço médico
9001886		Vigiar comportamento
9001508		Vigiar resposta comportamental
9001773		Vigiar sinais de síndrome de abstinência

## C006.8| CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA RELACIONADA COM CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL

A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e (DIAG ESP ou INT ESP)] deverá ser verdadeira:

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**DIAG\_ESP** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE e **relacionado com a área de vigilância em questão** (ver notas 1 e 3);

ou

**INT\_ESP** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE e **relacionado com a área de vigilância em questão** (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com consumo excessivo de álcool, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Álcool](#).
2. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
3. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
4. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.8 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Consumo Excessivo de Álcool

### TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.2.2.1.3.1.2.	Uso de Álcool

### TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8000653	1B.1.1.	Abuso de álcool
8013870	1B.1.1.	Conhecimento sobre uso de álcool
8000652	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de álcool
8000654	1B.1.2.	Sem abuso de álcool
8013871	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de álcool

### TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9000151		Aconselhar sobre uso de álcool
9000974		Apoiar na tomada de decisão
9002912		Avaliar conhecimento da comunidade sobre uso de álcool
9003764		Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool
9003076		Avaliar insónia
9003763		Avaliar uso de álcool
9000720		Disponibilizar suporte emocional
9000689		Encorajar a diminuir o uso de álcool
9001866		Ensinar sobre o uso do álcool
9004089		Executar intervenção psicoterapêutica
9000469		Executar medidas de segurança
9002029		Executar terapia de grupo
9000920		Gerir grupo de apoio / suporte
9000377		Gerir medidas de segurança
9004180		Incentivar cessação do uso de álcool
9000867		Incentivar interação social com grupo de suporte
9000755		Incentivar o apoio / suporte da família
9001016		Incentivar o auto controlo uso de álcool
9000774		Monitorizar uso de álcool
9001386		Orientar para o serviço de saúde
9000624		Orientar para um grupo de suporte
9004179		Planejar cessação do uso de álcool
9001886		Vigiar comportamento
9000235		Vigiar resposta à medicação
9001508		Vigiar resposta comportamental
9001773		Vigiar sinais de síndrome de abstinência
9001812		Vigiar síndrome de abstinência

## C006.9 | CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA RELACIONADA COM OBESIDADE

A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e (DIAG ESP ou INT ESP)] deverá ser verdadeira:

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**DIAG\_ESP** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE e **relacionado com a área de vigilância em questão** (ver notas 1 e 3);

ou

**INT\_ESP** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE e **relacionado com a área de vigilância em questão** (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com consumo excessivo de álcool, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Obesidade](#).
2. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
3. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
4. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.9 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Obesidade

### TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.1.4.2.2.1.	Obesidade

### TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8013168	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre obesidade
8013167	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre obesidade
8013165	1B.1.1.	Conhecimento sobre obesidade
8002284	1B.1.1.	Obesidade
8002283	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre obesidade
8002895	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre obesidade
8003293	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre obesidade
8002285	1B.1.2.	Sem obesidade
8013166	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre obesidade

### TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9003232		Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre obesidade
9003234		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre obesidade
9003235		Avaliar conhecimento sobre obesidade
9001273		Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre doença
9000727		Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre obesidade
9000594		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações
9001347		Ensinar o prestador de cuidados sobre doença
9001243		Ensinar sobre complicações
9001226		Ensinar sobre doença
9001514		Ensinar sobre padrão alimentar
9001139		Monitorizar altura
9003970		Monitorizar índice de massa corporal
9004037		Monitorizar perímetro abdominal
9001274		Monitorizar peso corporal
9000738		Planejar dieta
9001282		Referir para o serviço de nutrição
9000625		Referir para o serviço médico

## C006.10 | CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA RELACIONADA COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

**A condição [(CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e PROG e (DIAG ESP ou INT ESP)] deverá ser verdadeira:**

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada];

e

**PROG** - Associação do programa "P.N. Doenças Respiratórias" ao contacto (ver nota 4);

e

**DIAG\_ESP** - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 1 e 3);

ou

**INT\_ESP** - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com consumo excessivo de álcool, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Doenças Respiratórias](#).
2. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
3. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
4. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## C006.10 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Doenças Respiratórias

### TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClinico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.	Comportamento de Adesão
	1A.1.1.1.1.2.	Dispneia
	1A.1.1.1.1.2.1.	Dispneia Funcional
	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.	Gestão do Regime Terapêutico
	1A.1.1.2.1.1.9.2.1.	Intolerância à actividade
	1A.1.1.1.1.4.	Limpeza das Vias Aéreas

### TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClinico	Código CIPE	Descrição
8014041	1B.1.1.	Adesão ao regime de exercício
8014039	1B.1.1.	Adesão ao regime dietético
8014037	1B.1.1.	Adesão ao regime medicamentoso
8014034	1B.1.1.	Adesão ao regime terapêutico
8014047	1B.1.1.1.	Baixa adesão ao regime medicamentoso
8013115	1B.1.1.	Capacidade da mãe e(ou) do pai para otimizar a respiração
8013123	1B.1.1.	Capacidade da mãe e(ou) do pai para promover a limpeza das vias aéreas
8013112	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013057	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013122	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8014072	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime de exercício
8014074	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime dietético
8014070	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime medicamentoso
8002985	1B.1.1.	Capacidade para otimizar a respiração
8013108	1B.1.1.	Capacidade para otimizar a respiração
8013120	1B.1.1.	Capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8014277	1B.1.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
8014278	1B.34.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico, melhorado
8013119	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover limpeza das vias aéreas
8013105	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre dispneia
8014063	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8013118	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8013102	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
8013055	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de dispneia funcional
8014058	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8013116	1B.1.1.	Conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014032	1B.1.1.	Conhecimento para promover comportamento de adesão
8013628	1B.1.1.	Conhecimento sobre conservação de energia
8013098	1B.1.1.	Conhecimento sobre dispneia
8002987	1B.1.1.	Conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014215	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime de exercício
8014221	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime dietético

8014050	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime medicamentoso
8013095	1B.1.1.	Dispneia
8002053	1B.1.1.	Dispneia funcional
8000316	1B.33.1.	Gestão do regime terapêutico comprometida
8013995	1B.1.1.	Intolerância à actividade
8013876	1B.33.1.2.	Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau moderado
8002060	1B.33.1.1.	Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau reduzido
8013877	1B.33.1.3.	limpeza das vias aéreas comprometido, em grau elevado
8014042	1B.1.2.	Não adesão ao regime de exercício
8014040	1B.1.2.	Não adesão ao regime dietético
8014035	1B.1.2.	Não adesão ao regime terapêutico
8013113	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para otimizar a respiração
8001655	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para promover a limpeza das vias aéreas
8013110	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013056	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8014027	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8002015	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014069	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8013106	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8002986	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8002814	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8001653	1G.2.	Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8001857	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8013054	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de dispneia funcional
8014223	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8014279	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
8001812	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover limpeza das vias aéreas
8013103	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre dispneia
8014062	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8013100	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
8014057	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8003000	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014033	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8000327	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia
8013096	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia
8002988	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014217	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8002150	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso
8013094	1B.1.2.	Sem dispneia
8002054	1B.1.2.	Sem dispneia funcional
8000317	1B.33.2.	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
8013996	1B.1.2.	Sem intolerância à actividade

8002061	1B.33.2.	Sem limpeza das vias aéreas comprometida
8014073	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8014075	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014071	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8013994	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8013109	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8013121	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8014222	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8013117	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014048	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8013997	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia
8013099	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia
8013084	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014216	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8014049	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

#### TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9002539		Avaliar dispneia

## C006.99 | CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM OUTRAS ÁREAS - [SCLÍNICO (PERFIL ENFERMAGEM)]

A condição **[NC e (CONS DIRETA ou CONS INDIRETA) e (DIAG ou INT)]** deverá ser verdadeira:

**NC** - Consulta não classificada em nenhum dos conceitos entre C006.1 e C006.9;

e

**CONS\_DIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada]**;

ou

**CONS\_INDIRETA** - Existência de um contacto classificado como **[consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada]**;

e

**DIAG** - Pelo menos **um novo registo de [diagnóstico de enfermagem]** codificado pela CIPE (ver notas 1 e 2);

ou

**INT** - Registo de pelo menos **uma [intervenção de enfermagem]** codificada pela CIPE (ver notas 1, 2 e 3);

Notas:

1. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
2. Apenas se **contabilizam os registos** em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
3. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. Regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BI dos CSP (089 – Conceitos), 2020 [https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id\\_con=89#C005](https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89#C005)
- BI dos CSP (121 – Conceitos: Códigos CIPE específicos de determinados tipos de consulta de enfermagem), 2020 [https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id\\_con=121#C006.6](https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=121#C006.6)

**APÊNDICE V**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE  
CALGARY**

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Sara Raquel de Almeida Curado Matias

**Professora Supervisora:** Professora Doutora Célia Simões Jordão

Leiria, julho de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**PROCESSO DE ENFERMAGEM  
AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA SEGUNDO O  
MODELO DE CALGARY**

Sara Raquel de Almeida Curado Matias, aluna nº 5200330

**Unidade Curricular:** Ensino Clínico II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à família em  
contexto de USF/UCSP

**Professor Supervisor:** Professora Doutora Célia Simões Jordão

**Enfermeira orientadora:** Enf.<sup>a</sup> Paula Abreu

Leiria, julho de 2021

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido durante o Ensino Clínico I e II para dar resposta a um dos objetivos estipulados no plano de estudos do 2º semestre do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Objetivo esse de desenvolvimento das competências na área de Enfermagem em Saúde Familiar, nomeadamente, as competências específicas, com a avaliação de uma família segundo o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary, para treino das várias competências e mobilização, aplicação e desenvolvimento de vários conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado.

Neste âmbito, a família alvo de intervenção foi selecionada do universo de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora. Nos critérios de seleção teve-se em atenção os programas de saúde desenvolvidos nos dias a que frequentava os estágios (4ª e 5ª feira), e aqui destaca-se o Programa Nacional de Saúde da Diabetes, que no ficheiro em estudo e retratado anteriormente na descrição do mesmo, tem uma representação relevante no ficheiro (9,64%) como acontece a nível nacional e que mais gastos e ganhos trazem à saúde das populações. Assim, selecionou-se uma família com um elemento com diagnóstico recente de diabetes, ou seja, uma família em fase de adaptação à uma doença crónica, situação que muitas das vezes pode ser tida como fator de stress e que pode requerer uma reorganização da família.

Assim, será apresentada a avaliação e o respetivo plano de intervenção familiar elaborado com a família. Importa aqui referir que toda a intervenção familiar foi realizada com consentimento da família, as entrevistas realizadas ocorrerem em contexto domiciliário e na USF.

## **1. PROCESSO DE ENFERMAGEM – AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO FAMILIAR DE CALGARY**

O processo de Enfermagem à família é complexo dinâmico, flexível e exige uma abordagem lógica e sistémica (Friedman, 1998, citada por Hanson, 2005).

A presente avaliação familiar teve por referencial teórico o Modelo Familiar de Calgary, também conhecido por Modelo de Avaliação da Família de Calgary (MAFC), uma das abordagens integradas para trabalhar as famílias na enfermagem de família, desenvolvido em 2000 por Wright e Leahey.

No modelo de Calgary a família é avaliada em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional e cada uma destas é constituída por sub-dimensões.

O MAFC unindo a enfermagem e conceitos de terapia familiar baseia-se na Teoria Geral dos Sistema (TGS), na cibernética, na teoria da comunicação, da mudança e na biologia do reconhecimento. (Hanson, 2005).

Como premissas teóricas fundamentadas na TGS o modelo citado infere que: um sistema familiar faz parte de um suprassistema maior e é composto por subsistemas; a família como um todo é mais que a soma das suas partes, esta é capaz de criar um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade; uma mudança num membro da família afeta todos os membros da mesma.

A aplicação deste modelo permitiu colher dados e realizar a análise familiar levantando os principais aspetos da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O enfermeiro deve procurar validar sua abordagem familiar recorrendo a uma base científica e há aplicação de instrumentos de avaliação familiar pertinentes, de forma a contribuir para o desenvolvimento das suas habilidades e competências ao realizar a abordagem familiar.

A partir da avaliação integral da família, é possível, em parceria com seus integrantes, propor intervenções de ajuda para a melhoria da qualidade de vida familiar, ajudando-a a vislumbrar suas próprias soluções para lidar com as dificuldades do quotidiano.

A Avaliação familiar exige uma abordagem lógica e sistematizada que se concretiza com o processo de enfermagem com as suas várias fases: Recolha de dados, Elaboração de Diagnósticos, Planeamento da intervenção/plano de cuidados; Implementação do plano e sua avaliação.

## 1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA NUCLEAR

A primeira parte do processo de enfermagem passa pela identificação dos membros da família nuclear, para tal expõe uma breve apresentação da família alvo da sua intervenção.

A Sra. A. recorreu à USF RDL para uma primeira consulta de enfermagem (e médica) no âmbito do Programa Nacional de Diabetes. Referiu que desconhecia ser diabética (diagnóstico a 05/2021), sua mãe também é diabética e o seu pai, que já faleceu, também era. Desvalorizou o diagnóstico de diabetes, ficando incrédula com o mesmo. Esta desvalorização prende-se com o facto de ter um outro problema de saúde, doença da coluna, que a preocupa mais, à qual os serviços de saúde não lhe têm dado uma resposta célere e satisfatória, “já fiz três cirurgias à coluna e não fiquei melhor”.

A doença da coluna e a artrite reumatoide, colocam-lhe algumas limitações, perdas de equilíbrio, parestesias nos pés (“tenho um empastamento dos pés”), perda de sensibilidade e muitas vezes dores. Estas limitações comprometem-lhe a deambulação, refere que tem dificuldade em andar – cambaleia muitas vezes ao caminhar. As mesmas limitações também lhe dificultam a realização das tarefas da casa, no entanto continua a desempenhá-las, contando sempre que necessário com a ajuda do marido e da filha em algumas das tarefas (p.e. aspirar o chão, carregarem com as compras).

A Sra. A. afirma que passa a maior parte dos dias em casa devido à presença destas mesmas limitações. Refere que tem de ser novamente operada (já foi operada à coluna 3 vezes), quer voltar a ter a sua independência, voltar a trabalhar sentir-se mais ativa como sempre foi, e a ter um maior controlo sobre a sua vida. Estando a aguardar nova cirurgia à coluna (“vamos lá ver se desta vez fico bem”).

Manifesta insatisfação para com os serviços de saúde (crença) nomeadamente o Hospital que a segue, teve experiências anteriores negativas, estes não lhe resolveram o problema de saúde anteriormente e não lhe estão a dar uma resposta célere agora. Está novamente aguardar por nova cirurgia à coluna - crença.

A Sra. A., tem 58 anos, é casada com o Sr. B. (63 anos), têm dois filhos, o primogénito D. (sexo masculino - 32 anos) e C. (sexo feminino – 25 anos). O filho mais velho não mora com eles, já tem a sua própria família, mas não tem filhos.

A família avaliada é então uma família nuclear, o casal (“A” a esposa e “B” o marido) e a filha mais nova “C”. A avaliação da família terá como elemento central “A” (paciente identificado).

A identificação dos membros da família expõe-se no quadro seguinte (Quadro 1).

**Quadro 1 - Identificação dos membros da família**

Siglas do Nome	Género	Ano Nascimento	Idade	Papel Familiar	Escolaridade	Profissão	Antecedentes Pessoais
<b>A.</b>	Feminino	1963	58	Esposa, mãe, filha e irmã	7º ano	Desempregada	Dça da Coluna; Cirurgias à Coluna; Artrite reumatoide; Obesidade; Diabetes (05/2021)
<b>B.</b>	Masculino	1958	63	Marido e pai	4º ano	Técnico de estores	Hipertensão Arterial;
<b>C.</b>	Feminino	1996	25	Filha e irmã	12º ano	Cabeleireira	-----

De seguida procede-se ao desenvolvimento da avaliação familiar, segundo o modelo de *Calgary* nas suas três dimensões: Estrutural, Desenvolvimento e Funcional.

## 1.2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A Avaliação Estrutural, como primeira dimensão do modelo, subdivide-se em três categorias: Estrutura Interna, Estrutura Externa e Contexto.

### 1.2.1 Estrutura Interna

Na categoria Estrutura Interna a família é avaliada em seis subcategorias: composição, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

#### Composição

A família avaliada é composta por três elementos, a “A”, o “B” e a “C” como se descreveu no quadro anterior (Quadro 2).

#### Género

Os elementos A e C são do género feminino e o elemento B do género masculino.

## **Orientação Sexual**

No que diz respeito à orientação sexual todos os elementos são heterossexuais.

## **Ordem de nascimentos**

Quanto à ordem de nascimentos dos elementos desta família nuclear B tem 63 anos, A 58 anos e C 25 anos.

## **Subsistemas**

O sistema familiar é constituído por subsistemas autónomos (Figueiredo, 2013). Os subsistemas presentes nesta família são os subsistemas individual, conjugal, parental e fraternal. O subsistema individual é composto por cada elemento da família, cada um deles com sua individualidade, características e particularidades. O subsistema conjugal é composto por A esposa e por B marido. O subsistema parental é composto pela A. a mãe e por B. o pai. O subsistema filial é composto por C. a filha. O subsistema fraternal é composto por D o irmão e C a irmã. A mãe afirma que os filhos se dão muito bem, ajudando-se mutuamente, sempre que necessário.

## **Limites**

Para que os sistemas funcionem é necessária a existência de limites ou fronteiras, sendo estes o local onde se dão as trocas entre o sistema e o ambiente e entre os subsistemas familiares entre si, permitem a definição de quem participa, onde participa e a intensidade da participação (Figueiredo, 2012).

Assim, quanto aos limites esta família parece apresentar limites claros entre o casal, cada um desempenha as suas tarefas e conhece bem o seu papel. Mas A refere que o marido poderia participar mais nas decisões fulcrais que muitas vezes a família tem de tomar. No entanto tem o seu apoio em algumas das tarefas da casa, quando ela não as consegue concretizar. A Sra. A. refere que era frequente passarem tempo de qualidade juntos (passeios nas proximidades da cidade) mas atualmente estão quase sempre em casa. O marido é mais reservado, não fala muito, refere que gostava que ele se expressasse mais. Ela é mais comunicativa e expressiva.

Mãe e filha tem uma relação muito forte com limites difusos. A mãe diz que a filha é a sua melhor amiga e é também sua confidente “falamos sobre tudo”. A mãe refere que sempre mimou muito os seus filhos. O marido é um pouco mais distante. Os limites entre irmãos são claros, a mãe afirma que os filhos se dão muito bem, ajudando-se mutuamente, sempre que necessário.

Da apreciação da escala Faces II (ANEXO II) nos limites familiares todos os elementos referiram que é mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família, a filha respondeu “Quase sempre”, o casal “De vez em quando”. Quanto ao sentirem-se mais chegados a pessoas que não a família do que com a família” todos os elementos da família responderam que “Às vezes” é mais fácil sentirem-se mais chegados a pessoas fora da família.

### 1.2.2. Estrutura Externa

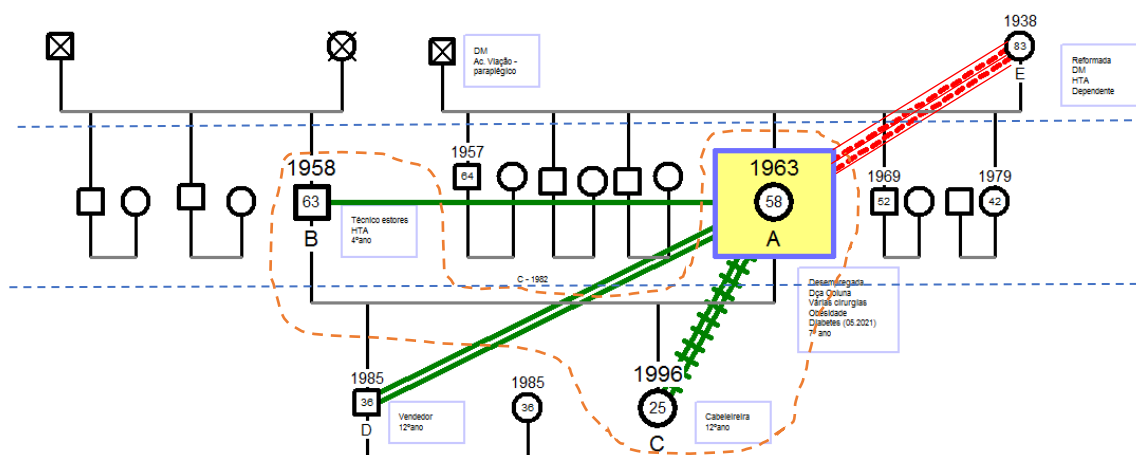
A Estrutura Externa da família é avaliada em duas subcategorias: a primeira com a identificação dos membros da família extensa e a segunda com a identificação de sistemas mais amplos onde a família está inserida e com quem esta interage.

#### Família extensa

Com avaliação da família extensa pretende-se identificar o tipo de contato, sua intensidade e função no que se refere às relações estabelecidas entre os membros da família de origem e outros parentes, externos ao sistema familiar. Quanto às funções dos contatos estas podem ser de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social. Ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos (Figueiredo,2012).

Neste sentido, verifica-se que a família estabelece relações frequentes com filho e a nora e com a mãe de A, para a qual funcionam como um apoio e recurso. Com a restante família (irmãos da Sra. A.) estabelecem relações mais esporádicas, em festividades (aniversários, festas), mantendo contactos telefónicos quando necessário, no caso de questões de saúde da mãe de A.

O Genograma (Figura 1), como representação gráfica da família, apresenta as três gerações familiares e as suas relações dos seus membros.



Agressão física sobre A. por parte de terceiros.  
(2018 e 2019)

9.06.2021



Figura 1 - Genograma com legendas e representação da relação/vínculos emocionais

### Sistemas mais amplos

Quanto aos sistemas mais amplos a família interage com vários suprassistemas, que servem de apoio e recurso. Temos assim como sistemas mais amplos: USF RDL, Hospital CUF Torres Vedras, Amigos, vizinhos (A e B), Centro de Apoio domiciliário, Café local, Família extensa (filho e a nora e a mãe e os irmãos e o trabalho. No Ecomapa (Figura 2) representa - se graficamente a relação entre a família e os seus sistemas mais amplos.

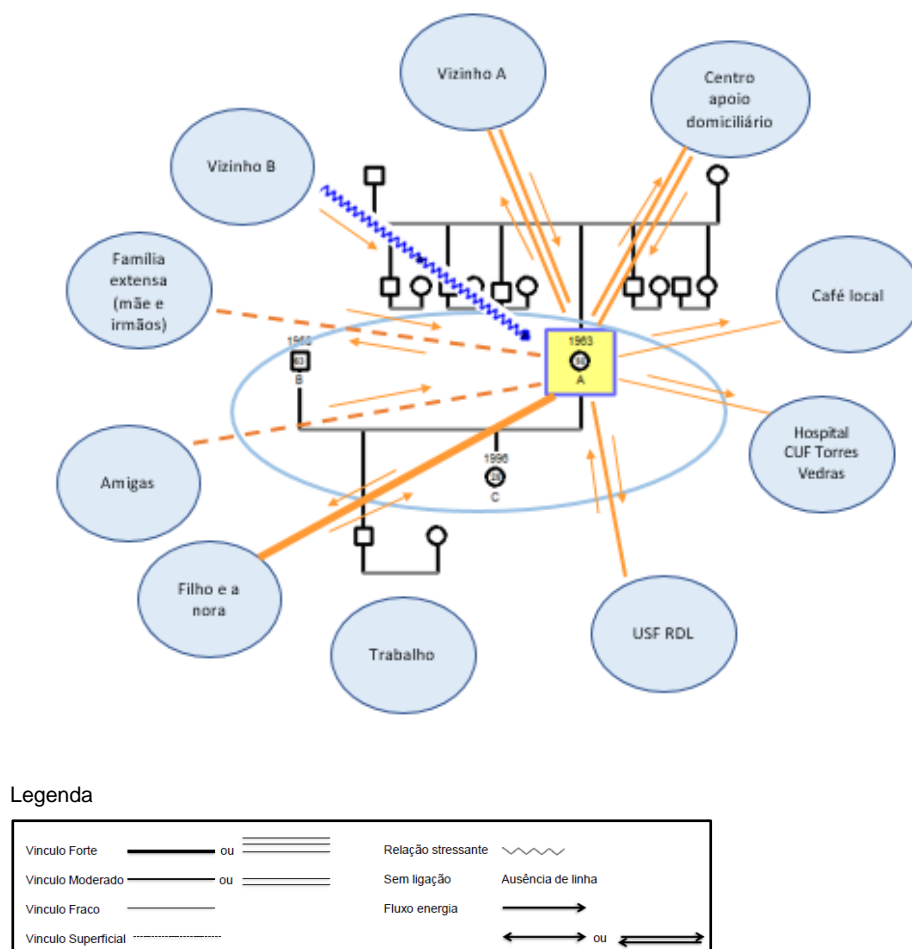


Figura 2 – Ecomapa da família

### 1.2.3 Contexto

O Contexto é avaliado através de quatro subcategorias: Etnia e Raça, Espiritualidade e/ou Religião, Classe Social e Ambiente.

Os elementos da família são todos de **raça** caucasiana, de nacionalidade portuguesa. No que diz respeito à **religião**, A afirma que é católica, mas que não é praticante, em relação os outros elementos não dispomos de informação.

Quanto à avaliação da **Classe Social** foi aplicada a Escala de Graffar adaptada, esta possibilita a compreensão dos “recursos e dos fatores de stresse familiar que possam estar associados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial.” (Figueiredo, 2012, p.75). De acordo com esta escala (Figura 3), a família é de Classe III, com uma pontuação de 14, uma família de classe média. Os rendimentos da família advêm do trabalho do marido (rendimento fixo), a filha (cabeleireira por conta própria) também ajuda a família, mas por vontade própria (não lhe é exigida qualquer ajuda financeira). O elemento “A” não trabalha, não auferindo de rendimentos desde 2019 por motivos de doença. Esteve um período de baixa, mas atualmente já não está.

**NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)**

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (si/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Péc. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 1) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Péc. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitación de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Figura 3 – Escala de Graffar adaptada preenchida

A Sra. A refere que gosta muito de ajudar outras pessoas, “já dei a mão a muitas e a maior parte das vezes, quase sempre fui enganada, roubada”. Partilhou que ajudou muito quando tinha o seu próprio negócio, emprestando dinheiro e fiando, levando até mulheres em aflição para dentro de sua casa e de seus familiares (casa da mãe) e depois foi enganada. “Já ajudei tanta pessoa, mas só posso contar comigo”. Dá muito valor à sua independência e corre atrás dos seus objetivos, mas agora sente que esta lhe está a fugir.

A Sra. A. afirmou que em tempos teriam sido “milionários” quando tinham os seus próprios negócios, agora tem uma vida mais contida, simples.

Por fim, quanto ao **Ambiente** em que vivem, a família habita num apartamento próprio, com mais de três quartos. A habitação tem água e eletricidade da rede pública, aquecimento local (aquecedores), casa de banho no alojamento e mobiliário suficiente. A habitação encontra-se em bom estado de conservação, de conforto e de higiene. A família tem animais de estimação (duas gatas e aves) as gatas estão esterilizadas e vacinadas, atualmente são a companhia diária de A. O prédio onde vivem não tem elevador só escadas, apresenta assim barreiras arquitetónicas internas. Como moram num 2º andar A. não tem saído tanto à rua como saía anteriormente, por questões decorrentes da doença na coluna (falta de equilíbrio, parestesias nos pés). A Sra. A. afirma que quando vai à rua muitas vezes se sente envergonhada pois, por cambalear muitas vezes, já foi apelidada de “bêbada”, o que a deixa desgostosa.

### 1.3 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Nesta dimensão avaliam-se o estágio em que a família se encontra, as respetivas tarefas e os vínculos familiares.

Esta avaliação “possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família” (Figueiredo, 2012, p.78) e para tal é essencial determinar a etapa do ciclo vital. O ciclo vital é visto como um percurso previsto para todas as famílias, definido por etapas que apresentam tarefas e papéis específicos e transições que condicionam a evolução da família. A “identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face à sua especificidade.” (Figueiredo, 2012, p.79).

Quanto ao estágio, tendo em conta as **etapas do Ciclo Vital** definidas por *Duvall*, esta família encontra-se na sexta etapa do ciclo vital “Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa – “*Launching family*”)” também designada como “Família com filhos adultos” (Figueiredo,2012).

Quanto às principais **tarefas** afetas a esta etapa temos a renegociação do sistema conjugal como díade, desenvolvimento de relacionamentos adulto - adulto entre os filhos crescidos e os pais, realinhamento de relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos e por último lidar com a incapacidade e morte dos pais (*Wright & Leahey, 2009*).

Nesta família a filha mais nova (25 anos) ainda vive com os pais. No entanto apesar de viver com estes, trabalha desde os 18 anos, tem já a sua independência económica, pretende comprar casa e sair de casa dos pais. A mãe apoia esta decisão.

O primogénito saiu de casa com 23 anos, há cerca de 13 anos, para constituir a própria família, não tem descendentes. Podemos assim referir que a família nuclear passou a ser família alargada para o filho e nora. Tem assim papéis de apoio emocional e social para com a nova família nuclear.

A mãe da A. é dependente, conta com o apoio e cuidados da família. O casal, nesta fase de redefinição da relação do casal, a mesma não está a acontecer, o casal ainda está muito centrado nos outros. Contudo, A refere que por enquanto isso não constitui um problema.

Esta família está a passar também por situações não normativas, reconhecidas como geradores de stress pela mesma, uma transição saúde-doença (a adaptação à doença de A). A mesma vivencia pela segunda vez um processo legal decorrente de uma agressão à (1ª pelo vizinho e a 2ª antigo sócio da filha). Crise como um “desequilíbrio na estabilidade mental, social ou económica de um grupo, com alteração em sua função normal e dificuldade para solucionar e comunicar problemas, para admitir mudanças, para reconhecer e usar recursos internos e externos de modo a reconhecer situações de mudança, e para reconhecer recursos internos, rede externa de apoio, ambiente tenso e comunicação familiar ineficiente” (CIPE)

A Sra A. refere que tem medo de sair à rua e ser agredida novamente. A sua narrativa alude para a não superação da vivencia de uma forma assertiva, não está a lidar com atual situação com a mesma força que teve anteriormente. Afirma que o seu estado de saúde se está a degradar e que a informação dada pelos médicos se está a concretizar, estes informaram que a sua doença irá agravando, e que terá de se resignar.

Em termos de **vínculos**, estes foram validados segundo a perspetiva da A. Esta refere que a relação com sua filha é de grande proximidade e cumplicidade, considerando a filha como a sua principal amiga. São também confidentes uma da outra. Entre A e o filho o vínculo também é forte. Já entre A e a sua mãe estes é distante, desde sempre a mãe foi muito fria, não tinha afeto.

#### 1.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A terceira dimensão do modelo, a Funcional, avalia o funcionamento da família, sendo que este reflete a forma como realmente os elementos da família se comportam uns com os outros (*Hanson, 2005*). Esta possibilita assim a a avaliação dos “padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema.” (*Figueiredo, 2012, p.91*). Esta dimensão integra duas categorias, a instrumental que se refere às atividades quotidianas da família, e a expressiva, que enfatiza as interações entre os membros da família.

### 1.4.1. Avaliação Instrumental

A avaliação instrumental diz respeito às atividades de vida diária, tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições, etc. Para a avaliação das mesmas teve por base as 14 Necessidades Humanas Básicas identificadas por *Virgínia Henderson* (Quadro 2).

A refere dificuldade em movimentar-se por falta de equilíbrio e parestesias nos pés. Não se encontra a trabalhar desde 2019, manifestando não estar satisfeita com essa situação, não sentido completa realização pessoal. Também pelos mesmos motivos não consegue participar ativamente em muitas das atividades de recreação.

**Quadro 2 - Necessidades Humanas Fundamentais de A**

(continua)

Necessidades Humanas Fundamentais	A.	B	C
<b>1. Respirar normalmente</b>	Satisfeita	-----	-----
<b>2. Comer e beber de forma adequada</b>	Satisfeita	-----	-----
<b>3. Eliminar os resíduos corporais</b>	Satisfeita	-----	-----
<b>4. Movimentar-se e manter a postura correta</b>	Comprometida	-----	-----
<b>5. Dormir e Descansar</b>	Satisfeita	-----	-----
<b>6. Selecionar roupas adequadas - Vestir-se e Despir-se.</b>	Satisfeita	-----	-----
<b>7. Manter a temperatura corporal dentro de valores normais,</b>	Satisfeita	-----	-----

adaptando a roupa e modificando o ambiente.			
8. Manter o corpo limpo e cuidado e proteger os tegumentos.	Satisfeita	-----	-----
9. Evitar os riscos ambientais e evitar lesar outros.	Satisfeita	-----	-----
10. Comunicar-se com os outros, expressando emoções, necessidades ou opiniões.	Satisfeita	-----	-----
11. Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um.	Satisfeita	-----	-----
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado.	Comprometida	-----	-----
13. Participar em diversas formas de recreação.	Comprometida	-----	-----
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis.	Satisfeita	-----	-----

#### 1.4.2 Funcionamento Expressivo

No que diz respeito à funcionalidade expressiva da família esta avalia a Comunicação Emocional, o Padrão de Comunicação Verbal, Não-Verbal e Circular, a Solução de Problemas, os Papéis, a Influência e Poder nas Relações, as Crenças e as Alianças e Uniões.

Nesta dimensão avaliativa foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: a Escala de APGAR Familiar de *Smilkstein*, *FACES II* e a Escala de Readaptação Social de *Holmes & Rahe*

##### Padrão de comunicação

A Comunicação emocional alude ao tipo de emoções e/ou sensações expressas (ex. felicidade, tristeza ou raiva). Na comunicação verbal o enfoque está no significado das

palavras. Na comunicação não-verbal nos gestos, postura, contato ocular, toque, expressões faciais. E na comunicação circular na comunicação recíproca entre pessoas.

Durante o ensino clínico inicialmente foi possível avaliar a perspectiva de A (mãe) e posteriormente com C (filha) uma vez que foi com quem se interagiu. Assim, o que se pode salientar da interação é que de acordo com informação dada por A. a comunicação com a filha é excelente (uma comunicação circular), falam diretamente de tudo expressam e demonstram sentimento e emoções, são muito cúmplices, sendo que esta é capaz de reconhecer na filha sinais e expressões faciais e corporais indicativas de que algo não está bem (comunicação não verbal). Já com a marido a comunicação é mais “difícil”, este chega a casa do trabalho e “vai para o sofá jogar sudoku”, não fala muito é mais reservado, não demonstra os sentimentos.

#### Resolução de problemas:

Quanto à capacidade da família para dar respostas eficazes aos problemas “A” refere que é quem primeiro reconhece que existe um problema e que demonstra a determinação para o resolver. É também ela que tem todo poder e influência sobre a família. As principais decisões (tanto na família nuclear como na de origem) são quase sempre tomadas por ela. Não havendo na maior parte das situações uma tomada das decisões em conjunto, particularmente nas questões relacionados com as agressões de que foi vítima e nas questões anteriores de trabalho. A mesma é que teve iniciativa para criar o seu próprio negócio familiar e quando tiveram que por termo a este por já não dar lucro, foi ela que tratou de tudo e que posteriormente procurou trabalho para o marido.

Esta afirma ainda que desde muito cedo (adolescência) orientou as coisas em casa dos pais, era ela quem cuidava da casa (“a mãe nunca fez nada em casa”), dos irmãos, e do pai que ficou paraplégico após um acidente. Refere também que teve de começar a trabalhar cedo fora de casa para ajudar financeiramente a família, dava todo o seu ordenado aos pais até véspera do seu casamento.

Na apreciação das respostas dos elementos à Escala FACES II (Anexo II) nos itens: “8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.” o marido acha que quase sempre mãe de Todos acham que se discutem os problemas as soluções encontradas são bem aceites. Quanto ao item “20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.” o casal acha que sim a filha respondeu “Às Vezes”. Por fim no item “26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.” a esposa respondeu que “Quase nunca” há cedências, já o marido e a filha partilham uma opinião diferente, suas respostas foram respetivamente “As vezes” e “De vez em quando”.

### Papéis familiares

“A” desempenha os papéis familiares de gestão financeira, cuidado doméstico e de parente. Tem a ajuda do marido e da filha no papel cuidado doméstico (nomeadamente nas tarefas de limpeza da casa quando não as consegue concretizar). Desempenha também o papel de prestador de cuidados em relação à sua mãe dependente. Quanto a este referiu em tempos saturação do mesmo, pois não tendo nenhuma ajuda dos irmãos, era ela quem orientava todas as coisas relacionadas com a mãe (a casa, consultas, higiene). Mas atualmente tem a ajuda do Centro de dia, tem o apoio domiciliário para os cuidados de higiene da mãe e da casa e sua alimentação, o que a ajudou a superar a saturação do papel. Continua, no entanto, a gerir a casa da mãe (fazer as compras, tratar da medicação entre outras coisas), visitando várias vezes na semana, a mãe vive próxima de sua casa.

Da apreciação das respostas da família à Escala FACES II (Anexo II), nas afirmações “10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família” e “22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.”, constata-se que A e C mãe e filha partilham da mesma opinião com apreciações iguais “De vez em quando” para o item 10 e “Quase sempre” no item 22. Já a opinião do pai é diferente pois acha que “Quase nunca” “nem todos partilham responsabilidades” e só rodam as responsabilidades por todos “Às vezes”.

### Influências e Poder

Na família é “A” que detém o poder e influência sobre os outros uma vez que é ela o líder da família, as decisões são todas tomadas por ela.

Na apreciação das respostas dos elementos à Escala FACES II (Anexo II) nos itens “4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.” e “16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.”: Mãe e filha tem opiniões muito semelhantes no item 4, ambas acham que só às vezes tem a possibilidade de ter uma palavra nas decisões familiares já o pai refere que quase sempre o há essa a possibilidade; quanto ao item 16, mãe e filha têm a mesma opinião respondendo que quase sempre são tidas em conta as sugestões dos filhos na resolução de problemas, o pai refere que isso só acontece “Às vezes”.

### Crenças

O sistema de crenças da família define a identidade da família pois envolve questões a respeito de funções, relações e valores, práticas e conhecimentos que regulam a interação e possibilita atribuição de um significado positivo ou negativo à adversidade, pela perceção da crise como um desafio e oportunidade de mudança, tendo em conta se as crenças são facilitadoras ou dificultadoras deste processo (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, salienta-se nesta família às crenças de saúde e crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde pois existe uma relação de desconfiança para com estes, uma vez que em experiências anteriores (internamentos por cirurgias à Coluna) houve uma insatisfação com os mesmos, o que pode dificultar a intervenção com a família. Também as crenças religiosas a família refere ser católica, não praticante, mas que acredita e a recorre em momentos mais difíceis. E as crenças de valores a família dá muito valor à interajuda e ao apoio que uns dão aos outros.

### Alianças e coligações

Quanto às alianças na família mãe e filha tem uma relação de aliança. Quanto às coligações na apreciação da escala FACES II (Anexo II) pode constatar-se no que se refere “Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho” as respostas do pai e da filha foram respetivamente “Quase sempre” e “Muitas vezes” e a da mãe foi “Às vezes”. No que respeita ao “Preferirem fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda” mãe e filha responderam respetivamente “Muitas vezes” e “Quase sempre”, o está em consonância com o que se observou da interação mãe e filha e com o que a mãe referenciou (ligação muito próxima, de cumplicidade entre ela e a filha), a resposta do pai foi “Às vezes”.

Quanto ao questionário APGAR Familiar de Smilkstein este permite avaliar as relações familiares revelando a perceção dos membros da família face à funcionalidade da mesma, determinando se a família constitui ou não um recurso para cada membro. Nesta escala são consideradas como principais funções da família a Adaptação; Participação, Crescimento, Afeto e Decisão.

Na figura seguinte (Figura 4) podemos observar a primeira perspetiva de A quanto ao APGAR Familiar, que com um total de 5 respostas “quase sempre” soma uma pontuação de 10 pontos, o que corresponde a uma avaliação de “família altamente funcional”. Numa posterior avaliação (ANEXO I) a mesma obteve uma pontuação de 5 o que corresponde a uma “família com moderada disfunção”.

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		

2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	x		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	x		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	x		
<b>TOTAL:</b>		10	

**Figura 4 - Escala de APGAR Familiar preenchida primeira resposta do elemento A da família.**

Em relação à perspectiva dos restantes elementos da família (ANEXO I), a pontuação do marido foi de 9 pontos, este nem sempre está satisfeito com o tempo que passa com a família e que nem sempre a família concorda com o seu desejo de encantar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida. Quanto à filha a pontuação é de 10 pontos respondeu estar quase sempre satisfeita com todos os itens avaliáveis.

No que respeita à avaliação da família quanto à sua coesão e adaptabilidade familiar esta foi validada pela escala FACES II (versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes-1995) (ANEXO II). Quanto à coesão Familiar os resultados de todos os elementos da família correspondem a uma família desmembrada. Quanto à adaptabilidade familiar na perspectiva do casal a família é estruturada e na da filha é rígida. Esta família é assim validada quanto ao tipo de família como uma família extrema.

Nesta dimensão foi também validada e analisada a Escala de Readaptação de Holmes e Rahe (Figura 10). Esta escala é constituída por um índice de 43 possíveis mudanças ou acontecimentos que poderão provocar stress, sendo que a cada um deste está atribuído um valor, numa escala que vai de 1 a 100. Para se avaliar, a mesma, adicionam-se as pontuações atribuídas aos acontecimentos, que tenham sido experienciados pelo doente e ou família ao longo do último ano decorrido. Se o valor total encontrado for de 150 a 200 existe uma menor probabilidade de incidência de doenças. Se for de 200 a 300 a probabilidade de ter um problema de saúde por algum tipo de doença física e ou psíquica é de 50%. Se ultrapassar os 300 pontos, a probabilidade de adoecer por uma doença psicossomática é de 80%.

No último ano a família passou pelos seguintes acontecimentos (ano de pandemia COVID19, com confinamentos obrigatórios): Mudança de condições de vida; Alterações de hábitos pessoais; Mudanças de condições ou hábitos de trabalho; Mudança de atividades sociais; Mudança de diversões; Mudanças no número de reuniões familiares e Natal. O score obtido é de 123 pontos, sendo representativo de uma menor de probabilidade de incidência de doenças.

**ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE**

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

**Figura 5- Escala de Readaptação de *Holmes e Rahe***

### 1.5. PLANO DE CUIDADOS - INTERVENÇÃO

A compreensão da família só é possível através de compreensão da estrutura, desenvolvimento e dinâmica familiar.

A intervenção do enfermeiro de Família premeia uma comunicação aberta e bidirecional entre o enfermeiro e a família favorável à partilha e confirmação da informação.

A análise de dados leva à formulação de diagnósticos de enfermagem de família recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O planeamento de Cuidados de Enfermagem à família com estabelecimento de prioridades e resultados esperados (objetivos), e formulação de intervenções de enfermagem.

Fase de implementação de Cuidados de Enfermagem à Família, trabalhar em parceria com a família, coordenar, delegar, colaborar e completar.

No processo de enfermagem, “as etapas vão ao encontro das características auto-organizadas do sistema familiar, considerando a reciprocidade entre o potencial de saúde dos seus membros e da unidade familiar, nos seus distintos domínios de funcionamento. A finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa, caracterização pela co-evolução processual” (Figueiredo ,2012)

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Estes enfatizam as relações e a reciprocidade sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas. (Figueiredo, 2012)

No decorrer dos ensinamentos clínicos foram realizadas três entrevistas uma na Unidade e duas em contexto domiciliário e vários contactos telefónicos (atendendo ao contexto pandémico que se vivia). Numa primeira vez interagiu - se com um dos elementos da família, a Sra. A., os restantes elementos (marido e a filha) estavam a trabalhar, mas posteriormente teve-se oportunidade de interagir com a filha.

A primeira entrevista foi programada no primeiro contacto com o elemento A. da família, na USF RDL, no âmbito do Programa Nacional da Diabetes. Esta teve por objetivos criar um ambiente de maior proximidade, empatia e confiança com a família; ensinar e instruir A. sobre Diabetes e Autovigilância da glicémia capilar e dar início à avaliação familiar na dimensão estrutural de acordo com o Modelo de Avaliação de *Calgary*. Nesta foram colhidos dados para elaboração do Genograma e do ecomapa e foi preenchida a escala de Graffar.

Na segunda entrevista deu-se continuidade à avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, validando-se o APGAR familiar e disponibilizando-se a escala FACES II a validar num próximo contacto, que irá decorrer no ensino clínico II. Esta teve como objetivos continuar a desenvolver um ambiente de confiança e uma relação terapêutica, para uma avaliação e intervenção mais sistémica e a elaborar um plano de intervenção

colaborativamente, realizando algumas das intervenções planeadas acordo com as necessidades/diagnósticos identificados e validados com a família.

Numa terceira entrevista a interação foi com a mãe e a filha em que o objetivo foi o de intervenção e validação de resultados atingidos.

Após a avaliação familiar, com a colheita de dados e utilização de vários instrumentos de avaliação familiar nas três dimensões avaliativas, seguiu-se a fase da elaboração do plano de cuidados Individual e à família. Na elaboração do plano de cuidados é importante a integração da família sendo que a família enquanto sistema e foco de cuidados deve ser considerada como parceira nos cuidados, numa intervenção sistémica e colaborativa.

Após análise dos dados recolhidos, aplicando o pensamento crítico e tendo em conta os pressupostos e princípios que integram o MDAIF, estabeleceram-se os diagnósticos de enfermagem mais relevantes

Neste contexto atendendo às áreas de atenção (focos) mais relevantes, foram levantados os seguintes diagnósticos: Satisfação conjugal comprometida; Processo familiar disfuncional; Adaptação comprometida; Aceitação do estado de saúde comprometida; Potencial para melhorar o conhecimento sobre diabetes; Gestão do regime terapêutico comprometida; Medo e Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar.

Os diagnósticos e respetivas intervenções descrevem-se abaixo estando de acordo com a linguagem Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE).

### 1.5.1 PLANO DE CUIDADOS À FAMÍLIA

#### **SATISFAÇÃO CONJUGAL**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Satisfação conjugal
<b>INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO</b>	Avaliar satisfação conjugal
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMPROMETIDA</b>
✓ Relação Dinâmica Disfuncional	
✓ Comunicação não eficaz	
<b>Intervenções</b>	
➤ Promover a comunicação expressiva de emoções	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a comunicação do casal (dia por semana em que falam sobre o que gostaram mais naquela semana no outro, e como se sentem nesse momento, partilharem o seu dia)</li> <li>➤ Planear rituais familiares (saídas a dois, jantares, passear no jardim da cidade)</li> <li>➤ Motivar para atividades em conjunto (caminhadas no jardim da cidade – obesidade, exercício físico, momento promotor de conversa)</li> </ul>
Avaliação: EC III
Resultados: Satisfação Conjugal não comprometida (o casal já fala mais sobre os assuntos e faz mais atividades em conjunto)

Relação dinâmica disfuncional

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas: sim
- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos: sim
- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos: não

A Sra. A. gostava que o marido se exprimisse e conversasse mais, é muito reservado, fosse mais comunicativo. Ele “chega a casa e senta-se no sofá a jogar SudoKu e se for preciso não diz nada”, para dizer alguma coisa é preciso espicaçar muito.

Comunicação não eficaz

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um: Sim
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião: a opinião de A. prevalece, é quem decide tudo, (estão a pensar ir morar para uma vivenda a da mãe de A “se ele quiser vir muito bem se não eu mudo-me na mesma”, “Se fosse hoje não me casava”. A Sra. A. partilhou que a filha num futuro quer comprar uma casa, mas “irá comprá-la sozinha pois se tiver uma relação e decidirem viver juntos fará questão que este saiba que a casa é dela e que se não tiver bem pode ir embora”.
- Satisfação do casal com o padrão comunicacional: Não

A Sra. A. gostava que o marido se exprimisse e conversasse mais, é muito reservado, sempre foi assim. Ele “chega a casa e senta-se no sofá a jogar SudoKu e se for preciso não diz nada”, “para dizer alguma coisa é preciso espicaçar muito”.

 **Processo familiar**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Processo Familiar
<b>INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO</b>	Avaliar Processo Familiar

DIAGNÓSTICO	PROCESSO FAMILIAR DISFUNCIONAL
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar processo familiar</li> <li>➤ Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes</li> <li>➤ Incentivar o apoio / suporte da família</li> <li>➤ Incentivar o envolvimento da família</li> <li>➤ Negociar o processo familiar</li> <li>➤ Otimizar comunicação</li> <li>➤ Otimizar padrão de ligação</li> <li>➤ Otimizar processo familiar</li> <li>➤ Promover a comunicação expressiva de emoções</li> <li>➤ Promover o envolvimento da família</li> </ul>	
<b>✓ Comunicação Familiar comprometida</b>	
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a comunicação expressiva de emoções</li> <li>➤ Promover o envolvimento da família</li> <li>➤ Otimizar a comunicação na família</li> <li>➤ Planear Rituais na Família</li> <li>➤ Otimizar padrões de assertividade</li> </ul>	
<b>✓ Coping familiar comprometido</b>	
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a estratégias adaptativas/coping na família</li> <li>➤ Negociar estratégias adaptativas /coping na família</li> <li>➤ Planear Rituais na Família</li> <li>➤ Otimizar padrões de assertividade</li> </ul>	
<b>✓ Relação Dinâmica Disfuncional</b>	
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otimizar padrão de ligação</li> <li>➤ Promover a comunicação expressiva das emoções</li> <li>➤ Promover o envolvimento da família</li> <li>➤ Otimizar a comunicação na família</li> <li>➤ Otimizar padrão de ligação</li> </ul>	
Avaliação	Ensino Clínico II

Resultados esperados	<b>Processo Familiar Funcional</b>
----------------------	------------------------------------

### Dimensão - Comunicação Familiar

#### 1. Comunicação emocional

- Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos: Não por parte de A.
- Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros: Não por parte de A.
- Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família: sd

#### 2. Comunicação verbal /não, verbal

- Todos na Família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem: A. refere que não
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros: Nem todos, no que se refere à opinião de A. o marido é mais reservado e pouco comunicativo.

#### 3. Comunicação Circular

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família: Há insatisfação por parte de A.
- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa: A. não gosta como o marido se expressa

Da avaliação destes dados de caracterização surge o diagnóstico: Comunicação familiar comprometida (não eficaz).

### Dimensão: Coping familiar

#### 1. Solução de problemas

- Quem na família habitualmente identifica os problemas: Na opinião de A. é ela quem identifica sempre os problemas.
- Quem tem iniciativa para os resolver: A. afirma que é “sempre” ela que tem a iniciativa.
- Existe discussão sobre os problemas: A. afirma nem sempre, gostava que o marido participasse mais.
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas:

- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas: sim (nas questões de agressão de A. recorreram a um advogado).
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.

Da avaliação destes dados de caracterização surge o diagnóstico: Coping familiar comprometido (não eficaz).

Dimensão: Relação dinâmica

1. Influencia e Poder

- Membro da família com maior poder.
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros.

2. Alianças e Uniões

- Existem na família alianças e uniões entre alguns dos seus elementos (aliança e união entre a mãe e a filha);
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união: Sim A refere que são uma família unida.

3. Coesão e adaptabilidade – FACES II (entregue à família na última entrevista em contexto domiciliário).

4. Funcionalidade da Familiar- APGAR Familiar de *Smilkstein*.

- Existem na família alianças e uniões entre alguns dos seus elementos (aliança e união entre a mãe e a filha).
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união: Sim A refere que são uma família unida.

Da avaliação destes dados de caracterização surge o diagnóstico: Relação dinâmica disfuncional.

 **ADAPTAÇÃO À DOENÇA CRÓNICA** (Todos os elementos da família)

FOCO DE ATENÇÃO	Adaptação
INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO	Avaliar adaptação
<b>Diagnóstico</b>	<b>ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA</b>
✓ Disposição para gerir novas situações e desafios: não	
✓ Adota comportamentos redutores de stress: não	
<b>Intervenções</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida</li> <li>➤ Assistir a identificar estratégias de coping eficazes</li> <li>➤ Assistir a pessoa e a família a analisar a(s) estratégia(s) de coping</li> <li>➤ Encorajar a identificar os seus pontos fortes e capacidades</li> <li>➤ Investigar sobre o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do doente</li> <li>➤ Orientar sobre o estado de saúde</li> <li>➤ Vigiar comportamento</li> <li>➤ Vigiar resposta comportamental</li> <li>➤ Programar próximos contatos</li> <li>➤ Discutir com a família e doente sobre a corresponsabilidade no tratamento da diabetes.</li> </ul>	
Avaliação	Ensino Clínico III
Resultados esperados	<b>Adaptação não comprometida</b>

### 1.5.2 PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL – ELEMENTO A

#### ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

FOCO DE ATENÇÃO	Aceitação do estado de saúde
INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO	Avaliar aceitação do estado de saúde
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE COMPROMETIDA</b>
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde</li> <li>➤ Encorajar a usar os serviços da comunidade</li> <li>➤ Encorajar aceitação do estado de saúde</li> <li>➤ Ensinar sobre estratégias adaptativas</li> <li>➤ Ensinar sobre recursos da comunidade</li> <li>➤ Ensinar sobre serviços de saúde</li> <li>➤ Incentivar a comunicação de emoções</li> <li>➤ Incentivar aceitação do estado de saúde</li> <li>➤ Incentivar interação social</li> <li>➤ Incentivar o envolvimento da família</li> <li>➤ Orientar a família para o serviço médico</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover consciencialização</li> <li>➤ Referir para o serviço médico (consulta posterior)</li> </ul>	
Avaliação	Ensino Clínico III
Resultados esperados	Aceitação do estado de saúde quanto à diabetes (no entanto não aceitou a sua situação relativa ao problema de saúde que a deixa com limitações de mobilidade)

### **Metabolismo energético**

FOCO DE ATENÇÃO	Metabolismo energético
INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO	Avaliar conhecimento sobre diabetes
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre diabetes</b>
<b>Intervenções</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ensinar sobre complicações da doença</li> <li>2. Ensinar sobre diabetes</li> <li>3. Ensinar sobre dieta</li> <li>4. Ensinar sobre dispositivos</li> <li>5. Ensinar sobre doença</li> <li>6. Ensinar sobre exercícios</li> <li>7. Ensinar sobre hiperglicemia</li> <li>8. Ensinar sobre hipoglicemia</li> <li>9. Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia</li> <li>10. Ensinar sobre regime medicamentoso</li> <li>11. Ensinar sobre sinais de hipo / hiperglicemia</li> <li>12. Instruir a auto - vigilância da glicemia capilar</li> <li>13. Instruir sobre dispositivos</li> <li>14. Instruir sobre estratégias adaptativas</li> </ol>	
Avaliação	Ensino Clínico III
Resultados esperados	Potencial para melhor o conhecimento sobre a Diabetes há áreas que ainda não

	domina (processo patológico e complicações da doença).
--	--

**Gestão do Regime Terapêutico**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Gestão do Regime Terapêutico
<b>INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO</b>	Avaliar Gestão do regime terapêutico
<b>Diagnóstico</b>	<b>Gestão do regime terapêutico comprometida</b>

**Intervenções**

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assistir na gestão do regime terapêutico</li> <li>➤ Apoiar na tomada de decisão</li> <li>➤ Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico</li> <li>➤ Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico</li> <li>➤ Encorajar tomada de decisão</li> <li>➤ Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão</li> <li>➤ Ensinar sobre autovigilância</li> <li>➤ Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz</li> <li>➤ Ensinar sobre gestão do regime terapêutico (alimentação, exercício e medicação)</li>   <li>➤ Incentivar adesão ao regime medicamentoso</li> <li>➤ Incentivar adesão ao regime terapêutico</li> <li>➤ Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico</li> <li>➤ Incentivar atividade física</li> <li>➤ Incentivar autovigilância</li> <li>➤ Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico</li> <li>➤ Incentivar hábitos alimentares saudáveis</li> <li>➤ Incentivar ingestão de líquidos</li> <li>➤ Incentivar iniciativa</li> <li>➤ Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício</li> <li>➤ Incentivar progressos (elogiar)</li> </ul>
---

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar tomada de decisão</li> <li>➤ Instruir a auto - vigilância do pé</li> <li>➤ Negociar um contrato de saúde</li> <li>➤ Planear consulta</li> <li>➤ Planear dieta</li> <li>➤ Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico e medicamentoso</li> </ul>	
Avaliação	Ensino Clínico III
Resultados esperados	Gestão do regime terapêutico comprometida

 **Medo**

Foco de atenção	Medo
Intervenção diagnóstico	Avaliar Medo
<b>Diagnóstico</b>	<b>Medo</b>
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar o medo</li> <li>➤ Encorajar autocontrolo medo</li> <li>➤ Ensinar sobre autocontrolo medo</li> <li>➤ Encorajar a expressão de perceções, sentimentos e medo</li> <li>➤ Encorajar a explicar as suas dúvidas, anseios e dificuldades</li> <li>➤ Encorajar a identificar os seus pontos fortes e capacidades</li> <li>➤ Encaminhar para psicólogo se necessário</li> <li>➤ Encorajar a verbalizar sentimentos, perceções e medo</li> <li>➤ Identificar os determinantes do medo/angustia.</li> <li>➤ Investigar o contexto sociofamiliar</li> <li>➤ Verificar com a utente os fatores causadores de medo</li> <li>➤ Estabelecer relação de confiança com o utente</li> </ul>	
Avaliação	EC II
Resultados esperados	Sem medo

 **Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar**

Foco de atenção	Auto-vigilância
INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICO	Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar</b>
<b>Intervenções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ensinar sobre autovigilância ✓</li> <li>➤ Ensinar sobre hipoglicemia</li> <li>➤ Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia</li> <li>➤ Ensinar sobre sinais de hipo / hiperglicemia</li> <li>➤ Instruir a auto - vigilância da glicemia capilar</li> <li>➤ Treinar a auto - vigilância da glicemia capilar</li> </ul>	
Avaliação	ECII
Resultados esperados	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar

Após a intervenção familiar pode vislumbrar-se que uma intervenção sistémica e colaborativa trouxe resultados favoráveis à família ajudando-a a reconhecer e usar suas forças e recursos numa fase de adaptação.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **APGAR FAMILIAR: RESPOSTAS E RESULTADOS DOS ELEMENTOS DA FAMÍLIA**

Elemento A (esposa)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		x	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		x	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		x	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		x	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			x
<b>TOTAL:</b>	<b>4</b>		

Elemento B (marido)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		x	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	x		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		x	
<b>TOTAL:</b>	<b>9</b>		

Elemento C (filha)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	x		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	x		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	x		
<b>TOTAL:</b>	<b>10</b>		

	APGAR FAMILAR (SMILKSTEIN)	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Adaptação	1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Participação	2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
Crescimento	3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Afeto	4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Dedicação	5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
	TOTAL:			

Quase sempre = 2

Algumas vezes = 1

Quase nunca = 0

Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional

Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção

Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

## **APÊNDICES II**

### **FACES II RESPOSTAS E RESULTADOS DOS ELEMENTOS DA FAMÍLIA**

Elemento A (esposa)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			x		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.			x		
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.		x			
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.		x			
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.				x	
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			x		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	x				
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.		x			
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			x		
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		x			
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.		x			
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			x		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					x
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			x		

15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	x				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					x
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					x
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					x
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			x		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					x
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					x
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					x
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					x
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			x		
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	x				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		x			
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					x
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.				x	
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros		x			

Elemento B (marido)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			x		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					x
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.		x			
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					x
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	x				
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			x		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	x				
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					x
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					x
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família			x		
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.			x		
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			x		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				x	
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				x	

15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					x
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.		x			
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.		x			
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.		x			
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			x		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					x
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.			x		
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.	x				
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros			x		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			x		
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros			x		
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			x		
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					x
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.			x		
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros		x			

Elemento C (filha)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.		x			
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					x
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.				x	
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.			x		
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	x				
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	x				
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	x				
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.			x		
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.				x	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		x			
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.		x			
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			x		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				x	

14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				x	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	x				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					x
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				x	
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	x				
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			x		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			x		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.		x			
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					x
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	x				
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	x				
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros		x			
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		x			
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.		x			
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					x
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	x				

## Resultados

FAMILIA TIPO			
(C +A) /2 =			
(4 +2) /2 =	2+2 = 4/2 = 2	2+2 = 4/2 = 2	2+1 =3 /2 =1,5
	<b>EXTREMA</b>	<b>EXTREMA</b>	<b>EXTREMA</b>

COESÃO FAMILIAR			
	A	B	C
<b>Laços Emocionais</b>			
(+) 1	3	3	2
(+) 17	4	2	4
<b>Limites Familiares</b>			
(-) 3	2 = 4	2 = 4	4 = 2
(-) 19	3	3	3
<b>Coligações</b>			
(-) 9	3	5 = 1	4 = 2
(-) 29	4 = 2	3	5 = 1
<b>Tempo</b>			
(+) 7	1	1	1
(+) 23	5	3	1
<b>Espaço</b>			
(+) 5	4	1	1
(-) 25	1 = 5	3	2 = 4
<b>Amigos</b>			
(+) 11	2	3	2
(+) 27	5	5	2
<b>Decisões</b>			
(+) 13	5	4	4
(+) 21	5	3	2
<b>Interesses e Lazer</b>			
(-) 15	1 = 5	5 = 1	1 = 5
(+) 30	2	2	1
<b>SCORE</b>	43= 2	46 =2	33=1
	<b>DESMEMBRADA</b>	<b>DESMEMBRADA</b>	<b>DESMEMBRADA</b>

**ADAPTABILIDADE FAMILIAR**

	<b>A esposa</b>	<b>B marido</b>	<b>C filha</b>
<b>Imposição</b>			
(+) 2	3	5	5
(+) 14	3	4	4
(-) 28	1 = 5	1 = 5	1 = 5
<b>Liderança</b>			
(+) 4	2	5	3
(+) 16	5	2	5
<b>Disciplina</b>			
(+) 6	3	3	1
(+) 18	5	2	1
<b>Negociação</b>			
(+) 8	2	5	3
(+) 20	5	5	3
(+) 26	2	3	2
<b>Papéis</b>			
(+) 10	2	3	2
(+) 22	5	1	5
<b>Regras</b>			
(+) 12	3	3	3
(-) 24	3	3	1 = 5
<b>SCORE</b>	44=4	45=2	39=2
	<b>ESTRUTURADA</b>	<b>ESTRUTURADA</b>	<b>RIGIDA</b>