



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR**

Relatório Final de Estágio

Isabel Cristina Coelho Magalhães

Coimbra, setembro de 2024



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR**

Relatório Final de Estágio

Famílias com Filhos Adolescentes: Desafios ao processo familiar

Isabel Cristina Coelho Magalhães

Orientadora: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves,
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Ana Paula Forte Camarneiro, Professora Coordenadora,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Coimbra, setembro de 2024

“Há que tornar a ungir os cavalos guerreiros e levar a luta até ao fim, porque quem nunca descansa, quem com o coração e o sangue pensa em conseguir o impossível, esse triunfa”

(I Ching)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Nelson e às minhas filhas, Maria e Beatriz.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo o amor, apoio e compreensão, serão sempre a minha maior motivação para seguir em frente.

À Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, minha orientadora, pela orientação, disponibilidade e apoio ao longo de todo o percurso realizado.

À Enfermeira Mestre e Especialista A. E., minha orientadora cooperante na Unidade de Saúde Familiar, por ser uma inspiração e um exemplo a seguir como Enfermeira Especialista na área da Saúde Familiar, a sua ajuda foi preciosa na construção e desenvolvimento de todas as competências.

À Professora Doutora Ana Paula Forte Camarinho, minha coorientadora, pelas suas intervenções sempre tão oportunas e precisas para a concretização deste trabalho.

A todas as famílias que disponibilizaram o seu tempo para participarem no estudo de investigação, pela simpatia e sinceridade com que partilharam as suas vivências.

À Professora Doutora Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva, coordenadora do Curso de Mestrado, pelo seu profissionalismo, entrega e gosto pela área da Saúde Familiar.

Às minhas colegas do Curso de Mestrado, por todos os momentos vividos em conjunto e pelo espírito de entreajuda.

E por último, à minha amiga e irmã do coração, Filipa Eugénia Carvalho Seabra, por sempre me transmitir calma nos momentos mais difíceis e conturbados.

A todos os que estiveram presentes nesta fase tão desafiante da minha vida, o meu mais sincero e profundo obrigada!

RESUMO

Na Enfermagem de Saúde Familiar os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação perante as exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do seu ciclo vital. A adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por mudanças, desejos e anseios de descoberta, autonomia e independência. São vários os desafios que se colocam a uma família com filhos adolescentes, que ao vivenciar esta etapa modifica-se estrutural e funcionalmente, de forma a favorecer a (re) adaptação e (re) negociação dos papéis familiares, e a (re) definição dos limites.

Objetivos: Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas e a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e as competências comuns do Enfermeiro Especialista; efetuar um estudo de investigação designado “Famílias com Filhos Adolescentes: Desafios ao processo familiar”, com o objetivo de analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar.

Metodologia: Na atividade clínica, efetuou-se a avaliação e intervenção familiar nas consultas de enfermagem, suportada pela aplicação de instrumentos de avaliação como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, baseado no Modelo de Calgary de Avaliação da Família. Na atividade de investigação, realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal. Entrevistaram-se cinco famílias, utilizando um guião de entrevista semiestruturada e a aplicação da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.

Conclusão: Os resultados do estudo evidenciam que, embora cada família apresente características únicas, as FFA enfrentam desafios semelhantes, tais como a renegociação dos limites, a redefinição dos papéis parentais e conjugais e a necessidade de encontrar um equilíbrio entre o controlo e a autonomia dos filhos. A flexibilidade e a capacidade de adaptação, tanto dos pais como dos filhos, são essenciais para a manutenção da funcionalidade familiar durante esta etapa. Neste contexto, o EE desempenha um papel crucial, não só como facilitador de intervenções clínicas e educativas, mas também como mediador nos processos de comunicação e resolução de conflitos dentro do sistema familiar.

Palavras-chave: Famílias; Adolescentes; Processo Familiar; Conjugalidade; Parentalidade.

ABSTRACT

Background: In Family Health Nursing, care is focused on the family unit, viewing the family as a dynamic entity in transformation, and promoting its empowerment in response to the demands arising from transitions throughout its life cycle. Adolescence is a phase in the life cycle characterized by changes, desires, and aspirations for discovery, autonomy, and independence. Numerous challenges arise for a family with adolescent children, as this stage induces structural and functional modifications, fostering the (re)adaptation, (re)negotiation of family roles, and the (re)definition of boundaries.

Objectives: To critically and reflectively describe the activities undertaken and the acquisition of specific competencies of the Family Health Nursing Specialist, as well as the common competencies of the Nursing Specialist; and to conduct a research study titled "Families with Adolescent Children: Challenges to the Family Process," aiming to analyze how having adolescent children affects the family process.

Methodology: In clinical practice, family assessment and intervention were carried out during nursing consultations, supported by the application of evaluation tools such as the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, based on the Calgary Family Assessment Model. For the research activity, a qualitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study was conducted. Five families were interviewed using a semi-structured interview guide and the application of Smilkstein's APGAR Family Scale.

Conclusion: The study results show that, although each family has unique characteristics, families with adolescent children face similar challenges, such as the renegotiation of boundaries, the redefinition of parental and conjugal roles, and the need to find a balance between control and the autonomy of their children. Flexibility and adaptability, both on the part of the parents and the children, are essential for maintaining family functionality during this stage. In this context, the specialist nurse plays a crucial role, not only as a facilitator of clinical and educational interventions but also as a mediator in the processes of communication and conflict resolution within the family system.

Keywords: Families; Adolescents; Family Process; Conjuality; Parenthood.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES — Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR — Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

ARS — Administração Regional de Saúde

ARSC — Administração Regional de Saúde do Centro

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

CA — Consulta Aberta

CIS — Consulta de Intersubstituição

CP — Consulta Programada

CSP — Cuidados de Saúde Primários

CS — Centro de Saúde

CVD — Consulta de Visitação Domiciliária

DGS — Direção-Geral da Saúde

DM — Diabetes Mellitus

DPOC — Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EBSCO — Elton Bryson Stephens Company

EC — Enfermagem Comunitária

EE — Enfermeiro Especialista

EEEC — Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ESEnfC — Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EWEC — Every Woman Every Child

FFA — Família com Filhos Adolescentes

HTA — Hipertensão Arterial

INE — Instituto Nacional de Estatística

MAFC — Modelo de Avaliação da Família de Calgary

MCAIF — Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIFC – Modelo de Intervenção Familiar de Calgary

n.º – Número

RDO – Rastreio Doença Oncológica

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PF – Planeamento Familiar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes

RO – Rastreio Oncológico

SI – Sistema de Informação

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SM – Saúde Materna

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Sr. – Senhor

Sr^a. – Senhora

TFC – Tratamento da Ferida Cirúrgica

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ULS – Unidade Local de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Planta da USF P.	23
Figura 2 - Mapa da Área de Influência da USF P.	26
Figura 3 - Mapa dos Concelhos do Distrito de Coimbra.....	27
Figura 4 - Mapa das Freguesias do Concelho de Coimbra.....	27
Figura 5 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF P.	30
Figura 6 - Pirâmide Etária Quinquenal dos Utentes Inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P.	32
Figura 7 - Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao tipo de família (fevereiro,2024)	34
Figura 8 - Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao ciclo vital segundo Duvall (fevereiro,2024)	35
Figura 9 - Caracterização das famílias com filhos adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao tipo de família.....	38
Figura 10 - Caracterização das famílias com filhos adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao ciclo vital segundo Duvall	38
Figura 11 - Diagrama ramificado do Modelo de Avaliação da Família de Calgary	42
Figura 12 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	45
Figura 13 - Tipologias de Consultas efetuadas às famílias da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro, 2024).....	51
Figura 14 - Tipos de Família das famílias da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro,2024).....	52
Figura 15 - Estádios do ciclo vital de Duvall das famílias nucleares da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro,2024)	53
Figura 16 - Resultados da aplicação da Escala de Graffar às famílias da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro,2023)	55
Figura 17 - Genograma da Família 1	63
Figura 18 - Ecomapa da Família 1	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao grupo etário e sexo	37
Tabela 2 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF	83
Tabela 3 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	83
Tabela 4 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF	84
Tabela 5 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	85
Tabela 6 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF	85
Tabela 7 - Indicadores de resultado (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF	86
Tabela 8 - Indicador de resultado (Ganho em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a Matriz Operativa do MDAIF	87
Tabela 9 - Situação profissional dos elementos do casal das famílias que constituem a amostra	105
Tabela 10 - Respostas dos elementos do casal à Escala de APGAR Familiar de Smilkstein	106
Tabela 11 - Matriz de redução de dados da categoria “Gestão de tarefas de desenvolvimento”	107
Tabela 12 - Matriz de redução de dados da categoria “Relacionamento entre os subsistemas familiares”	109
Tabela 13 - Matriz de redução de dados da categoria “Vivência da etapa familiar”	111

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - ATIVIDADE CLÍNICA	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	21
1.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	22
1.1.1. Caracterização do ficheiro de uma equipa de saúde familiar	31
1.1.2. Caracterização das famílias com filhos adolescentes da equipa de saúde familiar da enfermeira orientadora cooperante.....	36
2. ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	39
2.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR ..	40
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	75
CAPÍTULO II - ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO	92
1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	92
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	99
2.1. TIPO E DESENHO DO ESTUDO	99
2.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO	101
2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO	101
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	103
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	104
3.1. ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR: AVALIAÇÃO FAMILIAR DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES NA DIMENSÃO FUNCIONAL	105
3.2. PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES SOBRE O PROCESSO FAMILIAR NESTA ETAPA DO CICLO VITAL FAMILIAR.....	107
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	123
ANEXO 1 - Escala APGAR Familiar de Smilkstein	124

ANEXO 2 - Certificado de participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”.....	125
ANEXO 3 - Certificado de participação no “Encontro Nacional "Cuidadores Informais: Capacitar, para cuidar de pessoas com demência"	126
ANEXO 4 - Certificado de participação no “Congresso da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 25 anos”.....	127
ANEXO 5 - Certificado de participação no “1 ST Allergy & Respiratory Summit”.....	128
ANEXO 6 - Certificado de participação na “3 ^a Edição das Conversas com a Pedopsiquiatria”	129
ANEXO 7 - Certificado de participação no “XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU”.....	130
ANEXO 8 - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.....	131
ANEXO 9 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro	132
APÊNDICES	134
APÊNDICE 1 - Folheto de Educação para a Saúde “Alimentação e Diabetes Tipo 2	135
APÊNDICE 2 - Póster intitulado “A família e a importância do seu apoio para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2”	136
APÊNDICE 3 - Guião da Entrevista.....	137
APÊNDICE 4 - Pedido de autorização para realização de Estudo.....	138
APÊNDICE 5 - Formulário de Consentimento Informado	140

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 3º semestre, do 2º ano, do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (EC) - área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), a Enfermagem apresenta-se, hoje, como profissão e disciplina científica, autónoma, com uma área de atuação e de investigação próprios, reconhecidos pela sua integração nos 2.º e 3.º ciclos de estudos. Neste contexto, e segundo o Decreto-Lei n. 74/2006 de 24 de março (2006), a atribuição do grau de mestre numa área específica de especialidade depende da demonstração, pelos estudantes, de capacidade de incorporação de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão acerca das implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios basilares.

O relatório final de estágio surge como um instrumento fundamental na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, dado que através da sua elaboração se espera que os alunos apresentem uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho efetuado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Segundo o mesmo autor, o relatório deve demonstrar o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas de Enfermeiro Especialista (EE). É um documento que diz respeito a todo o período da componente clínica. Assim sendo, a realização deste relatório final é transversal aos dois estágios efetuados no âmbito da UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar que decorreu durante 12 semanas num total de 405 horas e UC Estágio com Relatório que decorreu durante 20 semanas num total de 810 horas ([Despacho] n. [8135], de [17 de agosto], 2021). Os estágios concretizaram-se em contexto clínico, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS), da região centro de Portugal.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) na área de Enfermagem de Saúde Familiar tem duas competências específicas que são: cuidar a família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diversos níveis de prevenção e liderar e participar em processos de intervenção, no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018). Deste modo, enquanto futura EEEC na área de Enfermagem de Saúde familiar, considero que, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2021), a realização do estágio em contexto profissional e a redação do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, que melhor

possibilita a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências requeridas ao EE.

Desta forma, os objetivos definidos para este relatório são: analisar de uma forma crítica e reflexiva o processo de ensino-aprendizagem; apresentar o desenvolvimento das competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Familiar e competências comuns ao EE e comunicar os resultados alcançados no processo de identificação e introdução de prática baseada na evidência identificados na resposta a questão/ problema clínico identificado (ESEnfC, 2023).

A metodologia utilizada para a elaboração do mesmo é uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, que procura interligar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de mestrado com as atividades realizadas na prática clínica, demonstrando assim a consolidação e a aplicação crítica desses mesmos conhecimentos, refletindo acerca dos cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde Familiar.

Para tal, recorreu-se a pesquisa bibliográfica e a diversos documentos relativos à USF onde os estágios se concretizaram, nomeadamente o Regulamento Interno, o Manual de Acolhimento, o Manual de Articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), a Carta da Qualidade, o Relatório de Atividades 2019, a Carta de Compromisso 2018, na qual está inserida o Plano de Ação 2018. Foram utilizados, também, os programas SClinico, o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e o programa Microsoft Excel. Por último, foram consultadas algumas das orientações mais recentes da Direção-Geral da Saúde (DGS), tais como o Plano Nacional de Saúde 2030 e os diversos programas de saúde, atualmente em vigor no território nacional, incluindo os programas de saúde prioritários.

No decorrer do 1º estágio realizado na USF houve a oportunidade de contactar diretamente com as famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante. Este contacto ocorreu, quer em contexto de consulta de enfermagem, quer em contexto domiciliário, o que levou à reflexão e identificação de um problema de investigação relacionado com a prática clínica do contexto clínico. O facto de existir pouca ou nenhuma atividade diagnóstica registada relacionada com a área de atenção familiar processo familiar, levou a que considera-se pertinente planear um estudo sobre famílias com filhos adolescentes (FFA), considerando oportuno conhecer e compreender melhor quais os desafios associados ao processo familiar, nas famílias que se encontram nesta etapa do ciclo vital, de modo a prestar melhores cuidados à família, como unidade de cuidados.

Família é uma palavra que evoca diferentes imagens para cada indivíduo e grupo, cujo significado tem evoluído no decorrer dos tempos. As definições têm-se concentrado em

diversos aspetos, segundo o paradigma da respetiva área, por exemplo: legal, biológica, sociológica, psicológica (Hanson, 2005).

Existem, hoje, diversas definições de família mas talvez a mais importante seja vê-la como um todo, como uma emergência dos seus membros, o que a torna uma e única (Alarcão, 2006). A família, é desta forma, entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva holística pode ser adequadamente compreendida (Relvas, 1996).

Gameiro (1992) define família como “uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados” (p. 187).

A família contemporânea, agregando-se pela necessidade de afeto, constitui-se como a unidade básica da construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social. A família é um sistema constituído por subsistemas e integrado em vários sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus membros e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade (Figueiredo, 2012).

Concebida a família como um sistema, uma entidade à semelhança dum organismo vivo, é de presumir que também ela sofra um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução, complexificação. O desenvolvimento familiar refere-se à mudança da família enquanto grupo, tal como às mudanças nos seus membros individuais, ao nível de três componentes: funcional, interaccional e estrutural. Ciclo vital é o nome dado à “sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, e essas tarefas caracterizam as suas etapas” (Relvas, 1996, p.16).

Segundo o mesmo autor, o conhecimento das diversas etapas do ciclo vital da família, no equacionar das funções e tarefas dos vários subsistemas, assim como da hierarquia de poder e dos modelos de comunicação, permite dar-nos uma visão das suas características, potencialidades e vicissitudes que, enquanto mero referencial, se torna útil na análise que tencionamos fazer de uma qualquer família, eventualmente da nossa própria.

Compreender a etapa da família possibilita que os enfermeiros avaliem e intervenham de um modo mais objetivo, específico e significativo. Não há ferramentas específicas para avaliar o desenvolvimento, contudo as tarefas de desenvolvimento podem ser usadas como linhas de orientação (Hanson, 2005).

A Enfermagem de Família é mais do que uma especialidade emergente: apresenta-se como uma nova forma de pensar sobre as famílias e a enfermagem. É uma lente através da qual

observamos os cuidados de enfermagem prestados às famílias e é fundamental que esta lente seja nítida (Hanson, 2005).

Os enfermeiros têm o compromisso, assim como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus elementos, tal como a sua influência sobre a doença, leva e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2009).

Seja qual for o nível de Enfermagem de Família, devido à complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem implica a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados quer para a colheita de dados, quer para o planeamento das intervenções. A agregação dos dados possibilita a análise multidimensional, a estruturação dos mesmos e a identificação dos focos de atenção, permitindo, subsequentemente, fundamentar as intervenções delineadas (Figueiredo, 2012).

O Modelo de Avaliação da Família de Calgary (MAFC) é uma estrutura multidimensional que contém três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo assenta em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança (Wright & Leahey, 2009).

Wright e Leahey também desenvolveram um modelo acompanhante para o MAFC - o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary (MIFC). Este modelo de intervenção dá estratégias concretas, através dos quais os enfermeiros podem promover, aumentar e manter o funcionamento eficaz da família dentro dos domínios cognitivo, afectivo e comportamental (Hanson, 2005). O MIFC ajuda a verificar qual o domínio do funcionamento familiar que predominantemente necessita de mudança e a intervenção mais adequada para realizar a mudança naquele domínio (Wright & Leahey, 2009).

De acordo com o Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho (2015), o EEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar presta cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais está responsável, tendo em conta as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que envolvem transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais.

É importante realçar que a capacidade da família para lidar com as transições e o tempo que vai precisar para voltar ao seu novo ponto de equilíbrio vai depender do tipo de acontecimento. O entendimento da transição como processo que acontece num tempo, com sentido de fluxo

e movimento, sem limites claramente definidos, adequa-se ao processo coevolutivo que as famílias vivenciam ao longo do seu ciclo vital (Figueiredo, 2023).

Muito se tem escrito acerca da adolescência e acerca dos adolescentes. É impossível pensar esta etapa do ciclo vital da família sem a entender como um período de grandes mudanças em que todos se tornam, de alguma forma, uma novidade para os restantes. Esta é, pode dizer-se, a etapa mais longa e mais complicada do ciclo vital, na medida em que implica um permanente equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações de cada elemento da família. O adolescente luta, e muito, para encontrar a sua autonomia e a sua identidade (Alarcão, 2006).

As famílias com adolescentes vivenciam uma fase do ciclo vital onde se torna necessário uma maior flexibilização das fronteiras, num vai e vem entre o interior e o exterior do sistema familiar (McGoldrick & Carter, 1982). De acordo com esta perspetiva, é necessário um comprometimento contínuo dos seus membros, no sentido de assumirem os devidos papéis, tendo em conta as diferenças pessoais e a importância de se procurar compreender as diversas manifestações subjetivas de cada indivíduo nesse âmbito (Barreto & Rabelo, 2015).

Tendo em conta que a maior parte dos relacionamentos familiares contém mais que duas pessoas, os movimentos de mudança co-evolutivos são imprescindíveis e notórios em todos os membros da família e no sistema na sua globalidade, pelo que o sistema passa por uma adaptação estrutural que possibilita a continuidade funcional e organizacional. A renegociação das relações pais-filhos e a recentração na vida conjugal e profissional por parte dos pais é deveras importante, sendo fundamental que seja avaliado a existência de triangulação relacional e o efeito desta triangulação nos processos de interação familiar. Neste contexto, a satisfação dos membros da família face à forma como esta manifesta a sua união pode ser premonitório de uma visão mais ou menos apreciativa do padrão de interação e, constituírem-se as alianças ou como forças da família ou como áreas intra sistémicas, geradoras de stress (Relvas, 1996; Figueiredo, 2012).

O processo familiar é uma área de atenção que tem importância para a enfermagem, sendo definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2016) como o “desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros da família” (p. 75). O processo familiar comprometido designa uma “família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas; alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stresse” (p.75).

Os cuidados de enfermagem à família serão otimizados se focados nos padrões interacionais da família e se incorporarem as dimensões do espaço e do tempo, numa abordagem multidimensional do potencial de Saúde Familiar (Figueiredo, 2012).

O relatório está estruturado em dois capítulos: Capítulo I - Atividade Clínica; Capítulo II - Atividade de Investigação.

O Capítulo I - Atividade Clínica - está dividido em dois subcapítulos: 1º subcapítulo denominado USF, onde é feita uma descrição sucinta do contexto clínico onde a prática clínica especializada foi desenvolvida, bem como uma caracterização das famílias do ficheiro, da enfermeira orientadora cooperante e uma caracterização das FFA do mesmo ficheiro; 2º subcapítulo, designado análise e descrição das atividades e das competências desenvolvidas, onde é feita uma explanação, clara e objetiva, das atividades que foram desenvolvidas na prática clínica e uma análise da sua contribuição para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional de EE (competências comuns e específicas), tendo sempre por base um pensamento crítico e reflexivo. Para tal, foi utilizada uma linguagem disciplinar sustentada no pensamento teórico de enfermagem e aplicadas as evidências científicas no domínio de enfermagem e no domínio da EC - área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESEnfC, 2023).

O Capítulo II - Atividade de Investigação - está dividido em três subcapítulos: 1º subcapítulo, intitulado justificação e enquadramento da problemática, onde é fundamentada a pertinência da realização do estudo e realizado o respetivo enquadramento concetual do tema, 2º subcapítulo, denominado procedimentos metodológicos, onde é identificado o problema de investigação, na área específica de Enfermagem de Saúde Familiar, relacionado com a prática clínica do contexto clínico, apresentado o objetivo geral do estudo, bem como os objetivos específicos, o tipo e desenho do estudo, a população e a amostra, os procedimentos de recolha de informação, o processo de análise da informação e os procedimentos formais e éticos; 3º subcapítulo, denominado apresentação, análise e discussão dos resultados, onde são descritos os resultados encontrados com a realização deste estudo e efetuada a avaliação dos mesmos.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões que surgiram com a elaboração do presente relatório, refletindo sobre o nível de eficácia e de eficiência do mesmo. É realizada uma apreciação dos resultados encontrados face ao conhecimento pré-estabelecido, assim como, são expostas as principais dificuldades/ dúvidas emergidas ao longo de todo este processo. De modo a contribuir para futuras investigações na área da Saúde Familiar, são, ainda, propostas algumas sugestões associadas aos resultados que foram encontrados.

Relativamente à sua organização, o presente relatório está estruturado segundo as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC (ESEnfC, 2024) e segundo o Guia Orientador Estágio com Relatório (ESEnfC, 2023).

CAPÍTULO I - ATIVIDADE CLÍNICA

A construção de competências e a afirmação do domínio especializado em EC na área de Enfermagem de Saúde Familiar passa pela afirmação dos seus constructos teóricos e pela apresentação da sua individualização e especificidade em contexto de prestação de cuidados, constituindo, por este motivo, a componente clínica, parte integrante do processo formativo (ESEnfC, 2023).

É fundamental que os futuros Enfermeiros Especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, entendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios proporciona que estas aprendizagens, fulcrais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, promovendo o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Neste capítulo pretende-se efetuar uma análise crítica, reflexiva e global do processo de ensino- aprendizagem realizado no decurso das UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e Estágio com Relatório, descrevendo o contexto clínico onde os estágios foram efetuados, as atividades que foram realizadas e de que forma estas e a própria clínica, foram fundamentais para o desenvolvimento de competências comuns e competências específicas de EEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem um elemento central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e desempenham, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados, imprescindíveis funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e no acompanhamento de qualidade e proximidade às populações (Dec. Lei n. 73/2017 de 21 de junho, 2017).

Segundo o Dec.Lei n. 118/2014 de 5 de agosto (2014), o enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diversas 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. As unidades funcionais de prestação de CSP, nomeadamente as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, são o contexto onde este profissional desenvolve a sua atividade.

No decorrer da UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e da UC Estágio com Relatório, foram realizados dois estágios distintos, para o aprofundamento de competências

em EC na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no entanto, tal como já foi referido, o contexto clínico foi o mesmo.

Ao longo deste subcapítulo, tenciona-se, então, caracterizar o contexto clínico onde decorreram os dois estágios da prática clínica especializada, descrevendo, de forma sumária, os recursos físicos, os recursos humanos, o método de trabalho, o modelo de trabalho em equipa, os projetos de melhoria contínua e outros existentes na USF. A USF é doravante designada USF P., para garantir o anonimato da instituição, tendo por base o princípio da confidencialidade.

1.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar decorreu durante 12 semanas num total de 405 horas e a UC Estágio com Relatório decorreu durante 20 semanas num total de 810 horas [Despacho] n. [8135], de [17 de agosto] (2021) na USF P. Os dois períodos de aprendizagem ocorreram com a supervisão clínica e orientação tutorial de uma EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a exercer funções na USF P. .

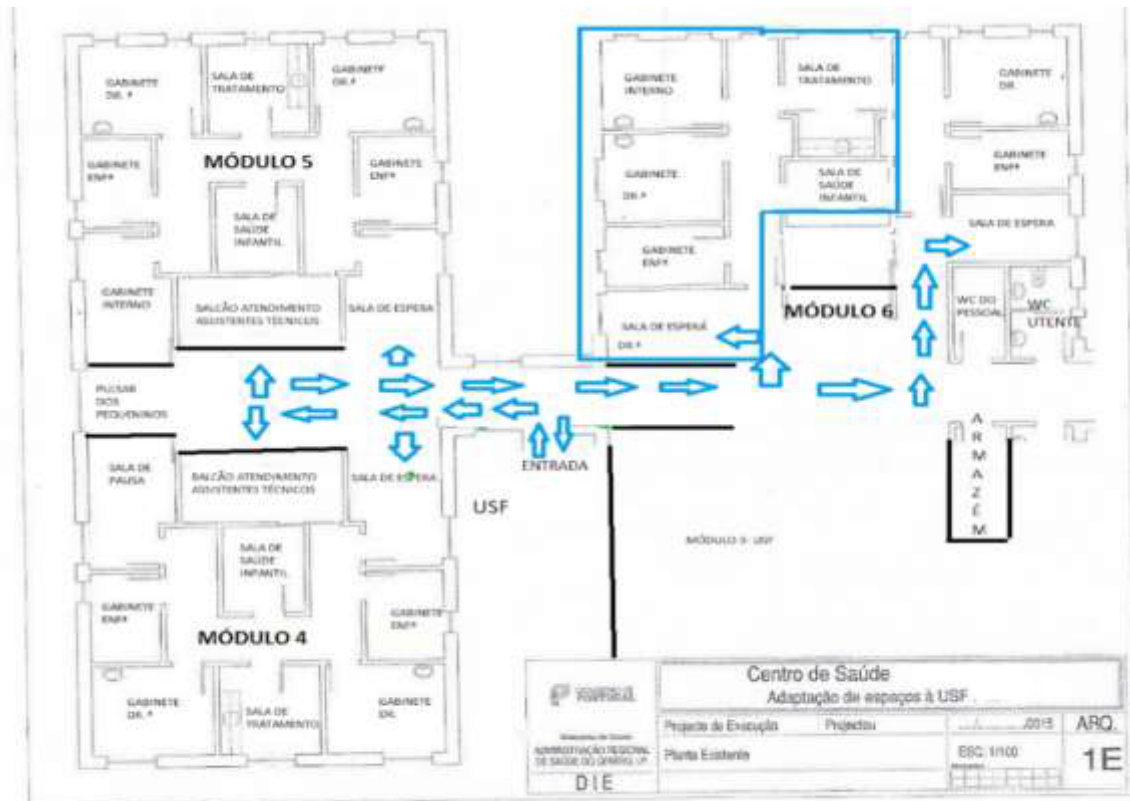
A USF P. encontra-se localizada no município de Coimbra. Iniciou as suas atividades em 2015 (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados), com um compromisso assistencial de 10500 utentes (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

É uma unidade de saúde que presta cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais pertencendo a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro de Portugal.

A unidade dispõe de instalações próprias onde a equipa realiza a atividade nos módulos 4, 5 e 6, em alas contíguas e paralelas unidas por um corredor e discretamente separadas do demais espaço, através de sinalética identificativa da unidade. A organização funcional do espaço e o seu uso é da exclusiva responsabilidade da USF P. (conforme manual de articulação da USF P. ocultada devido à proteção de dados). Em cada módulo encontram-se estabelecidas duas equipas nucleares (médico, enfermeira e assistente técnico) e estas dispõem de 2 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete de internos (comum aos 3 módulos), 1 sala de tratamento, 1 gabinete de saúde infantil e dois armazéns (um no rés do chão e o outro no primeiro andar), conforme apresentado na figura 1.

Figura 1

Planta da USF P.



Fonte: Cedido pela USF P.

É de salientar que todos os espaços estão devidamente identificados.

A equipa da USF P. é constituída por um grupo de 6 médicos, 6 enfermeiros e 4 assistentes técnicos (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados), que no seu conjunto formam seis equipas nucleares (assistente técnico, enfermeiro e médico) e duas subequipas por módulo, com complementaridade de funções, trabalhando de forma integrada e articulada: “equipas espelho” (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados). Importante referir ainda que, atualmente, na USF P., encontram-se 7 médicos internos de MGF.

A equipa espelho é uma equipa nuclear que de forma mais direta, com carácter de reciprocidade, se relaciona com uma outra equipa nuclear, previamente determinada, resultando num emparelhamento dois a dois, e que tem como finalidade dar resposta eficiente, em situações e áreas pré-definidas, particularmente em necessidades de intersubstituição ou reforço de atendimentos por ausência ou incapacidade de elementos da equipa. Deste modo, os elementos da equipa espelho assumem de forma automática as funções em défice dos elementos da outra equipa. Os assistentes técnicos farão uma distribuição equilibrada de

tarefas, de modo que o atendimento seja organizado conforme as atividades a desempenhar, responsabilidades atribuídas e organização de horários, respeitando o princípio da equidade no atendimento aos utentes (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados). Posto isto, o método de trabalho da USF P. é o método de trabalho por equipa de saúde familiar.

Nos últimos 3 anos, a USF P. experimentou alterações constantes devido à ausência de um e mais elementos médicos de maneira prolongada durante o mesmo período, sendo, contudo, sempre asseguradas as atividades referentes aos vários ficheiros. Atualmente, a equipa médica e de enfermagem está completa, existindo apenas lacunas a nível dos assistentes técnicos, pois deveriam ser 5 no total e, neste momento, só estão 4, o que condiciona o funcionamento da unidade (no que diz respeito ao horário de funcionamento).

Embora não estejam incluídos na legislação das USF como profissionais, é importante referir que a USF P. teve, durante o ano de 2019, outros colaboradores diretos, nomeadamente funcionárias de limpeza. Estes serviços são efetuados por uma empresa externa em todo o horário de funcionamento da unidade. Apesar de solicitado de forma repetida, em todas as reuniões de contratualização, a USF P. não dispõe de uma assistente operacional alocada, sendo os referidos elementos partilhados com as outras unidades funcionais (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

O modelo de organização dos cuidados da USF P. corresponde ao modelo B. Este modelo é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de níveis de desempenho mais exigente ([Despacho] n. [24101] de [22 de outubro] (2007)).

A USF P. está estruturada em Órgãos Principais e Grupos de Trabalho, sendo que os órgãos principais têm por finalidade delinear as estratégias e as diretrizes de desenvolvimento da unidade, elaborando e gerindo as suas atividades. A estrutura orgânica da USF P. é constituída por: coordenador, conselho geral e conselho técnico. Por sua vez, os grupos de trabalho são compostos por equipas multidisciplinares nucleares que realizam atividades específicas, divididas de acordo com o grau de formação, os perfis pessoal e profissional e a iniciativa dos interessados. Estão descritos em organograma, na dependência do Conselho Técnico e do Coordenador (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

A USF P. tem como objetivo aumentar a qualidade de vida dos seus utentes e melhorar os seus níveis globais de saúde, assegurando-lhes uma assistência regular e de qualidade e

fomentando um contacto bidirecional permanente (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Cada USF tem uma missão, uma visão e um conjunto de valores sentidos e elaborados por todos os membros da equipa. Estes ideais são partilhados na plataforma do BI-CSP, permitindo o acesso público a qualquer pessoa, utente ou família.

No que diz respeito à sua missão, a USF P. pretende melhorar a saúde dos seus utentes, prestando cuidados de saúde personalizados, com qualidade, segurança, rigor científico e em tempo útil. Promover a saúde, prevenir a doença, tratar e reabilitar, sempre numa ótica global (holística) do indivíduo. Por outro lado, a equipa desta USF tem uma visão ambiciosa, no sentido em que, pretende garantir uma sustentada satisfação dos utentes e dos profissionais que a constituem, sendo uma equipa emissora de sinais de vida (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados). Por último, de referir que a equipa desta USF considera como valores primordiais na sua atividade “a ética, o profissionalismo, a deontologia, a capacidade de articulação/cooperação, mas também a dedicação, a ambição e o respeito mútuo” (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados, p.13).

No manual de acolhimento da USF P. encontra-se descrito o espírito que é a base da equipa: o “P (Profissionalismo), a U (União), a L (Lealdade), a S (Solidariedade), a A (Amizade) e o R (Respeito)” (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados, p. 8).

Relativamente à área geográfica de influência da USF P., é difícil definir com precisão a sua área de influência, visto que não corresponde precisamente às divisões administrativas das freguesias. Abrange, fundamentalmente, a zona sul das freguesias de Santo António dos Olivais e de Torres do Mondego, contudo captará também, previsivelmente, utentes em áreas limítrofes a norte-noroeste pertencentes às freguesias de Almedina, Sé Nova e São Bartolomeu, a oeste-sudoeste-sul pertencentes às freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas, a sul-sudeste pertencentes à freguesia de Ceira e a este-nordeste pertencentes à freguesia do Lorvão (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados), consoante apresentado na figura 2.

Figura 2

Mapa da Área de Influência da USF P.



Fonte: Relatório de Atividades 2019, USF P.

Deste modo, podemos considerar, fundamentalmente, as freguesias de Santo António dos Olivais, Ceira e Torres do Mondego (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados). O número de habitantes a residir nas freguesias que são consideradas de maior relevância para a USF é: Santo António dos Olivais (47373 habitantes), Ceira (3543 habitantes) e Torres do Mondego (2377 habitantes), representando 33,5% dos habitantes residentes em Coimbra (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

O distrito de Coimbra localiza-se na zona litoral da Região Centro, na fachada atlântica da Península Ibérica, e é formado por 17 concelhos (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados), consoante apresentado na figura 3.

Figura 3

Mapa dos Concelhos do Distrito de Coimbra



Fonte: Relatório de Atividades 2019, USF P.

Coimbra é uma cidade universitária por excelência, sendo sede de município, com 319,4 Km² de área (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados) e, tendo como base o último estudo estatístico da população (Censo Demográfico de 2021), apresenta uma densidade populacional de 441 hab/Km² e um número de habitantes residentes de 140 816. O concelho de Coimbra é formado por 31 freguesias, conforme apresentado na figura 4, sete das quais constituem a cidade de Coimbra: Almedina, Santa Clara, Santa Cruz, Santo António dos Olivais, S. Bartolomeu, S. Martinho do Bispo e Sé Nova (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Figura 4

Mapa das Freguesias do Concelho de Coimbra



Fonte: Relatório de Atividades 2019, USF P.

Serão utentes da USF P. todos os cidadãos que nela queiram inscrever-se, dando prioridade aos que vivem na respetiva área geográfica de influência, dentro do limite assistencial contratualizado. Excecionalmente e de acordo com critérios clínicos, poderão beneficiar dos serviços da USF P. utentes esporádicos familiares diretos dos utentes inscritos, a viver temporariamente com eles e com morada na área geográfica de influência da USF (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

O horário de funcionamento da USF P. é das 8 às 20h, nos dias úteis. O horário de atendimento tem início às 8h15, podendo a última inscrição para consulta ser realizada até às 19h45 (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados). São atendidos os utentes da USF P. e utentes esporádicos no mês correspondente. Os demais utentes são direcionados para os serviços alternativos existentes, salvo situações clínicas emergentes. As alternativas assistenciais estão publicitadas na sala de espera e em local visível aos utentes quando a Unidade se encontra fechada (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

A USF P. compromete-se a dar resposta a todas as solicitações realizadas por utentes, familiares ou outros cuidadores, por qualquer meio de comunicação, nomeadamente presencial, telefone, agenda ou correio eletrónico. A resposta da USF, dependendo da situação, pode ser uma orientação ou programação de consulta (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

O compromisso assistencial da USF P. tem por base a carteira básica de serviços contratualizada e esta carteira compreende:

- vigilância e promoção da saúde nas diversas fases da vida; saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; saúde da mulher; saúde do adulto e do idoso; cuidados a grupos de risco acrescido portadores de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HTA); cuidados em situação de doença aguda; cuidados em situações de doença crónica e patologia múltipla; cuidados no domicílio/habitação permanente; rastreio oncológico (RO); vacinação e interligação e colaboração com outros serviços e especialidade. (conforme manual de acolhimento da USF P.,ocultada devido à proteção de dados p. 22). Da carteira adicional faz parte a Consulta de Cessação Tabágica.

Na USF P. existem, de momento, nove projetos de melhoria contínua em curso, designadamente: acompanhamento adequado em saúde infantil; acompanhamento adequado HTA; excesso de peso e obesidade infantil; atendimento telefónico; qualificação da prescrição; diabetes; avaliação dos tempos máximos de resposta garantida; colaboração com

elos da USF nas unidades funcionais e consulta de intersubstituição (CIS)/consulta Aberta (CA) (conforme carta de compromisso da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Os principais processos-chave da USF P. na área de prestação dos cuidados são a Consulta Programada (CP), a CA, a Consulta de Visitação Domiciliária (CVD) e a CIS. Os responsáveis pelos processos-chave são estabelecidos e aprovados pelo conselho geral (conforme regulamento interno da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Para melhorar a acessibilidade dos utentes, a USF P. procura que o maior número de atividades esteja acessível em horário que abranja todo o período de funcionamento da USF, incluindo consultas programadas em horário pré e pós-laboral (conforme manual de acolhimento da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

A USF P. compromete-se a inscrever nas listas dos respetivos médicos de família, até ao limite máximo de 10,282 utentes, previsivelmente correspondentes a 1,3,0,7,0. unidades ponderadas (conforme carta de compromisso da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Consultando o portal BI-CSP e recorrendo ao link designado como “quem servem”, podemos ter acesso à caracterização demográfica dos utentes da USF P.. De acordo com a mesma, à data de 21 de abril de 2024, a USF P. tem 10 098 utentes inscritos, a que correspondem 12,976 unidades ponderadas, pelo que esta cumpre com o que a legislação em vigor prevê, relativamente a estas questões.

Por outro lado, na pirâmide etária presente no BI-CSP, podemos obter as características básicas necessárias para a análise referente à distribuição dos utentes inscritos por grupos etários da USF P.. Esta reprodução permite ter uma visão global da representação gráfica da população da unidade, em função da idade e do sexo, para além de possibilitar conhecer a dimensão de cada um dos grupos vulneráveis. Tal revela-se de enorme importância para traçar o plano de ação da unidade, com o objetivo da prevenção e tratamento precoce de problemas de saúde (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

De acordo com esta pirâmide: há um maior número de elementos femininos (5512) inscritos que masculinos (4586). A população ativa (entre os 15 e os 64 anos) é de 6556 utentes, o que corresponde a 64,92 %. Sendo esta percentagem um valor superior do total dos utentes inscritos na USF, é muito importante que todas as consultas estejam disponíveis em horário pós-laboral.

As mulheres em idade fértil (2434 utentes) correspondem a 24, 10 % do total dos doentes da USF, pelo que as consultas programadas de planeamento familiar (PF) e RO são necessárias e essenciais.

As crianças e os jovens (dos 0 aos 14 anos) somam um total de 1507 utentes, representando 14,92 % da população abrangida pela USF. Verifica-se que 1062 dos utentes inscritos são adolescentes entre os [10-19] anos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o que corresponde a uma percentagem de 10,52%. Os idosos (≥ 65 anos) totalizam 2035 utentes, o que corresponde a 20,15%.

A pirâmide apresenta uma conformação em “barril” com predominância dos indivíduos em idade ativa entre os 30 e os 54 anos de idade. A base estreita e o alargamento do topo traduzem uma população regressiva, frequente nos países desenvolvidos, em que se observa uma baixa taxa de natalidade e um aumento médio da esperança de vida, conforme apresentado na figura 5.

Figura 5

Pirâmide Etária do Utentes Inscritos na USF P.



Fonte: BI-CSP, USF P., <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs> (21 de abril de 2024)

Aplicando o índice de Sundbärg à população inscrita na USF P., verificamos que se trata de uma população regressiva, o que está de acordo com o envelhecimento da população (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Segundo ARS (2024), no Plano Regional de Saúde do Centro 2018-2020 “a região de saúde do centro apresenta o segundo índice de envelhecimento mais envelhecido do continente” o que leva a alterações como o estreitamento da pirâmide etária da região decorrente do envelhecimento populacional (p. 12).

A população inscrita na USF P. contém um considerável número de estrangeiros inscritos por períodos de 2 a 3 anos, na sua grande parte alunos de ensino pós-graduado e que constituem famílias unitárias. Esta situação compromete a avaliação do estado vacinal (por vezes desconhecido no país de origem), tal como consultas de vigilância em saúde maternal (SM) e saúde infantil nas periodicidades específicas e preconizadas pela DGS (conforme relatório de atividades da USF P. ocultada devido à proteção de dados).

Outras informações demográficas pertinentes relativas aos utentes da USF P. estão disponíveis no portal BI-CSP, nomeadamente, os grupos vulneráveis - grupos específicos (crianças no 1.º ano de vida, exames globais de saúde e vacinação), o índice de dependência total (54,03%), o índice de dependência de jovens (22,99%) e o índice de dependência de idosos (31,04%). Tendo em conta os valores nacionais, podemos afirmar que o índice de dependência de jovens, dos utentes inscritos na USF P., é ligeiramente superior ao valor nacional. Relativamente ao índice de dependência total e ao índice de dependência de idosos está abaixo dos valores nacionais, tendo em conta os dados de BI-CSP. Estes dados são importantes pois contribuem para o plano de ação e estão sempre acessíveis.

Importante referir, ainda, que no portal BI-CSP, recorrendo ao link “o que fazemos”, temos acesso ao valor do IDG da USF P., que é, atualmente, de 63,20. De acordo com a Carta de Compromisso da USF P. ocultada devido à proteção de dados, podemos constatar que o IDG da unidade, neste momento, está abaixo do esperado, uma vez que, “O ÍDG previsto a atingir é de 82.81” (p.1). Provavelmente, o IDG da USF P. está abaixo do valor previsto a ser atingido, devido a alguns dos indicadores das diversas áreas contratualizadas estarem ainda pouco trabalhados.

1.1.1. Caracterização do ficheiro de uma equipa de saúde familiar

No 1º estágio realizado na USF P., iniciou-se a caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, segundo o tipo de família e fase do ciclo vital, sendo depois dada continuidade a essa caracterização no 2º estágio. Esta caracterização resultou dos dados obtidos através do sistema de informação (SI) SClinico CSP.

O SI SClinico CSP permite ter acesso à lista de utentes por enfermeiro de família e de acordo com esta lista, a enfermeira orientadora cooperante é responsável por 1701 utentes, dos quais, 93 são seguidos em consulta de seguimento de diabetes; 347 em consulta de seguimento de HTA; 455 em consultas de PF; 428 em RO; 418 em consulta de saúde infantil e juvenil e 4 em consulta de saúde materna.

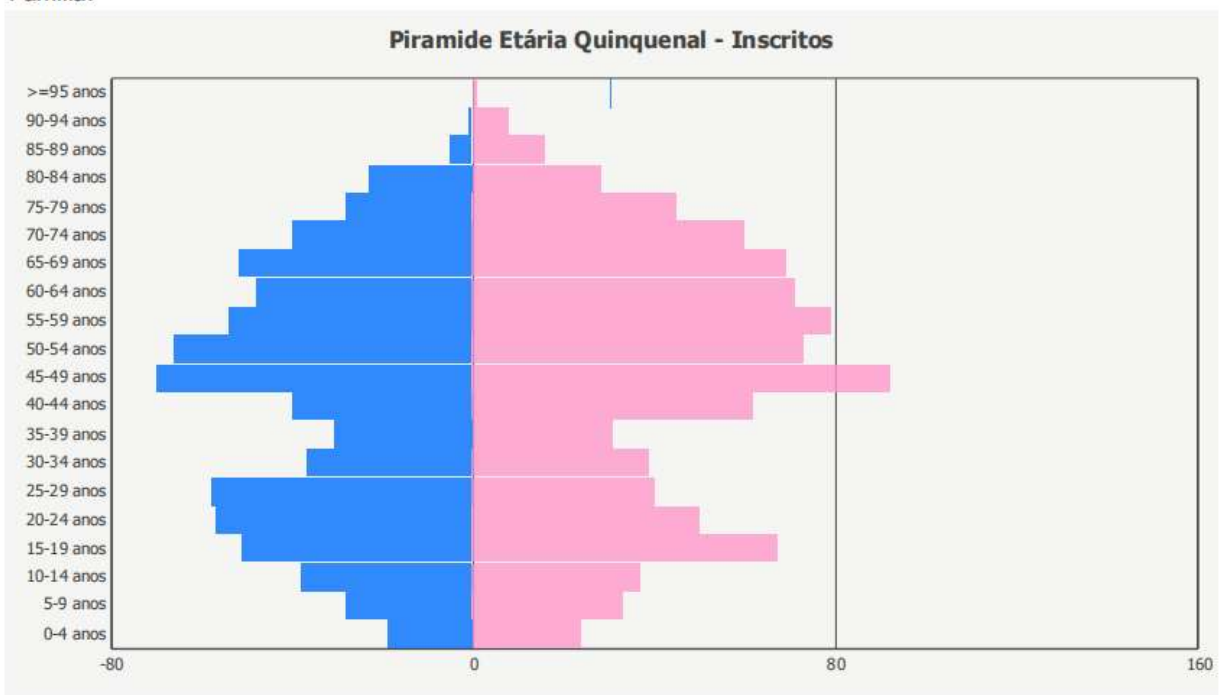
Através do sistema MIM@UF podemos aceder à pirâmide etária quinquenal dos utentes inscritos por equipa nuclear, da médica e da enfermeira orientadora cooperante.

Existem inúmeras semelhanças entre esta pirâmide e a pirâmide da distribuição dos utentes da USF P., tais como: o número de elementos femininos é superior ao n.º de elementos masculinos; uma grande parte da população encontra-se em idade ativa; o n.º de idosos (≥ 65 anos) inscritos é superior ao n.º de crianças (dos 0 aos 14 anos) inscritas; a base é estreita e o topo mais alargado, característica típica dos países desenvolvidos, em que há uma baixa taxa de natalidade, um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de mortalidade, tal como já foi referido anteriormente, conforme apresentado na figura 6.

Figura 6

Pirâmide Etária Quinquenal dos Utentes Inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P.

Unidade Funcional / Polo Hospitalar: P01.G01. Inscritos > Sexo, Grupo
USF Mês: 2024-02, Médico Etário e Médico Família
Família:



Fonte: Retirado do Sistema MIM@UF

Acedendo à listagem dos agregados familiares, tendo em conta o n.º do processo e a respetiva morada, verificou-se que o ficheiro da enfermeira orientadora cooperante é composto por 597 famílias.

De acordo com o Regulamento n. 743/2019 de 25 de setembro (2019), a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos

cruciais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que possibilitem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros em cada USF utiliza-se o seguinte rácio: 1 (um) enfermeiro por cada 1.550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas (15); 1 (um) enfermeiro por 350 famílias. Posto isto, não estão a ser cumpridas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o que dificulta a prestação de cuidados adequados às famílias do ficheiro.

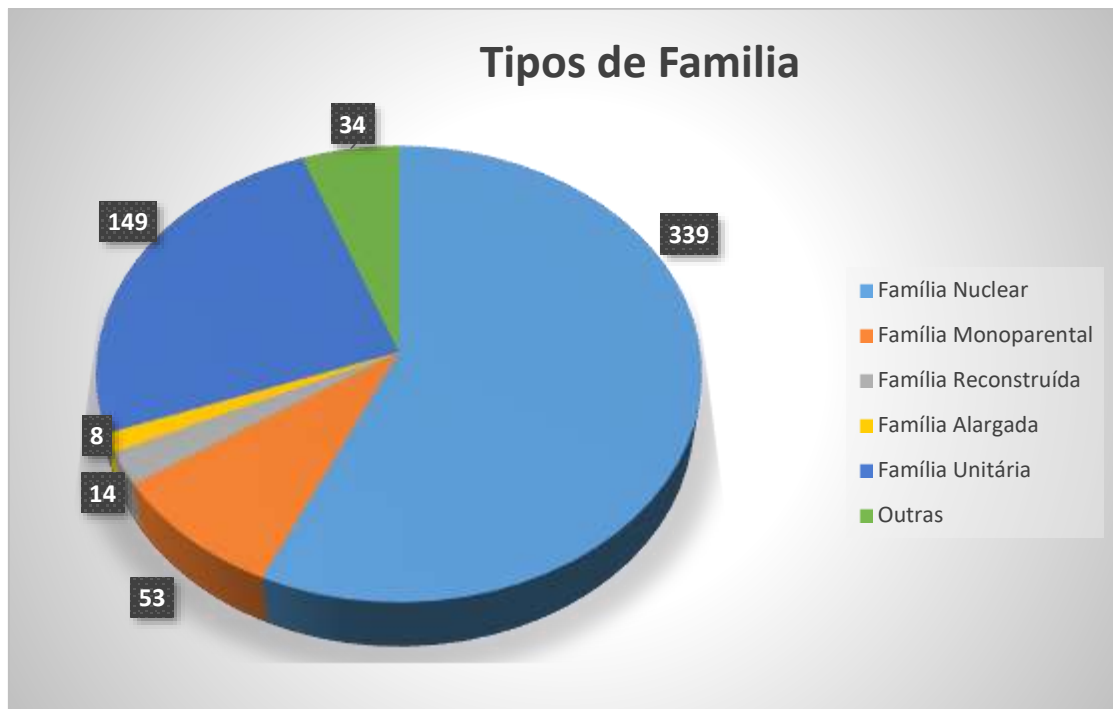
Pela natureza dos CSP, todas as famílias são passíveis de avaliação. A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, bem como as necessidades, congruentes com a sua unicidade, e deste modo o planeamento de intervenções adaptadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo, 2012).

Segundo o mesmo autor, o tipo de família classifica a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus membros, que definem algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento. A identificação do tipo de família possibilita a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade intrínseca à sua configuração.

Assim, no que se refere à tipologia familiar e de acordo com a classificação parametrizada no SI SClinico CSP, encontram-se no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante os seguintes tipos de família, com a seguinte distribuição: famílias nucleares (339, 56,7%), famílias monoparentais (53, 9%), famílias reconstruídas (14, 2,3%), famílias alargadas (8, 1,3%), famílias unitárias (149, 25%) e outras (34, 5,7%), conforme apresentado na figura 7.

Figura 7

Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao tipo de família (fevereiro, 2024)



Fonte: Retirado do Sistema de Informação SClínico CSP

No que diz respeito ao ciclo vital, a classificação parametrizada no SI SClínico CSP é fundamentada no modelo de Duvall.

O sociólogo Duvall nos anos cinquenta apresentou a primeira classificação de estádios do ciclo vital, onde foi introduzida a ideia de tarefas de desenvolvimento no todo familiar, e encara precisamente a presença de crianças e a idade e evolução do filho mais velho como critério apropriado para a sua delimitação (Relvas, 1996). Esta classificação aplica-se à família nuclear, desde a sua formação e evolução a partir do nascimento do primeiro filho (Figueiredo, 2012).

Na opinião do mesmo autor, para que os enfermeiros, no contexto dos CSP, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital de vida da família, é imperioso que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

O ciclo vital da família é uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento e diz respeito às transformações na estrutura da família, em função do cumprimento de tarefas que caracterizam essas diversas etapas. As tarefas a desenvolver pela família relacionam-se com as características individuais dos seus elementos, com a própria dinâmica interna da família e com o grupo social em que se inclui (Relvas, 2000). O ciclo vital da família contextura, deste

modo, a visão do sistema familiar no decorrer do tempo quanto à sua história, vulnerabilidade, redes e recursos (Figueiredo, 2023).

O reconhecimento do ciclo vital da família como um percurso conjectural e simultaneamente de identificação dos processos de evolução transacional, único de cada família, permite a concretização de cuidados antecipatórios, com o objetivo de promover a sua capacitação (Figueiredo, 2012).

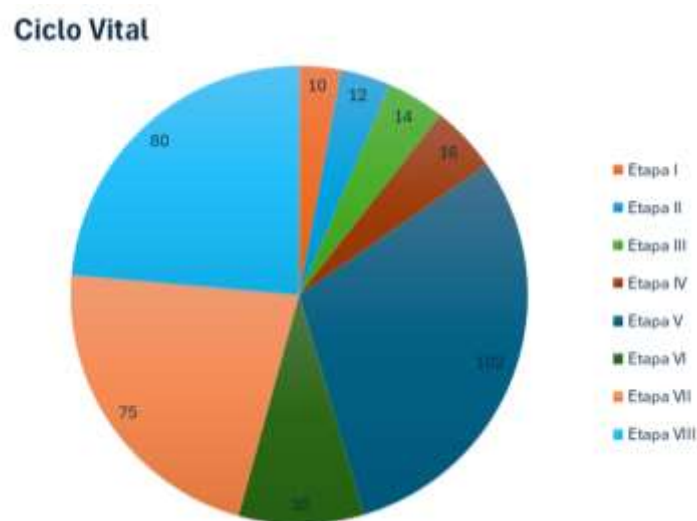
Duvall como referido por Relvas (1996) identifica 8 estádios:

I – Casais sem filhos; II – Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento-30 meses); III – Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2,5-6 anos); IV - Família com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6-13 anos); V - Família com filhos adolescentes (filho mais velho: 13-20 anos); VI - Famílias com adultos jovens (saída do 1º filho-saída do último filho); VII- Casal na meia-idade (“ninho vazio”- reforma); VIII - Envelhecimento (reforma-morte de um ou ambos os cônjugues) (p. 18).

De acordo com os dados recolhidos do SI SClínico CSP, 2,8 % das famílias (n=10) do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante encontram-se na etapa I; 3,5% (n=12) na etapa II; 4,1% (n=14) na etapa III; 4,7% (n=16) na etapa IV; 30,1 % (n=102) na etapa V; 8,8% (n=30) na etapa VI; 22% (n=75) na etapa VII e 24% (n=80) na etapa VIII, conforme apresentado na figura 8.

Figura 8

Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao ciclo vital segundo Duvall (fevereiro,2024)



Fonte: Retirado do Sistema de Informação SClínico CSP

1.1.2. Caracterização das famílias com filhos adolescentes da equipa de saúde familiar da enfermeira orientadora cooperante

De acordo com a OMS (2023), a adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos. É uma fase única do desenvolvimento humano e um momento fundamental para estabelecer as bases de uma boa saúde. Os adolescentes experimentam um rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial. Isso influencia como eles sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo ao seu redor.

Conforme o mesmo autor, apesar de ser encarada como uma fase saudável da vida, há mortes, doenças e lesões significativas na adolescência. Muito disso é evitável ou tratável. Ao longo desta fase, os adolescentes estabelecem padrões de comportamento – por exemplo, relacionados com a dieta, a atividade física, o uso de substâncias e a atividade sexual – que podem proteger a sua saúde e a saúde de outras pessoas à sua volta, ou colocar a sua saúde em risco agora e no futuro.

O conhecimento da FFA revela-se essencial para a identificação dos comportamentos sociais e de saúde de risco dos adolescentes, de modo que a prática de cuidados à família seja geradora de ganhos em saúde, pela promoção de oportunidades desenvolvimentais da FFA, isto é, a maximização do potencial em saúde da família (Relvas, 1996; Figueiredo, 2012, conforme citado por Figueiredo, 2023).

São múltiplos os desafios que se apresentam a uma FFA que, ao vivenciar essa etapa do ciclo vital marcada por grandes mudanças, modifica-se estruturalmente - na organização relacional - e funcionalmente - na interação e na comunicação -, de modo a favorecer a (re) adaptação e (re) negociação dos papéis familiares, e a (re) definição dos limites. Estes movimentos coevolutivos são fundamentais para que os sistemas e subsistemas familiares alcancem essa adaptação e, conseqüentemente, a continuidade funcional e organizacional (Relvas, 1996; Benchaya et al., 2011; Barreto & Rabelo, 2015; Zappe & Dell' Aglio, 2016a, 2016b; Zappe, Alves & Dell' Aglio, 2018, conforme citado por Figueiredo, 2023).

Tendo em conta os dados da pirâmide etária dos utentes inscritos na USF P., pode verificar-se que a USF P. tem 1062 adolescentes inscritos. O número de adolescentes inscritos do sexo masculino (538) é superior ao número de adolescentes inscritos do sexo feminino (524). A população adolescente inscrita corresponde a 10,5% da população total inscrita na USF P. Este valor demonstra uma população adolescente superior à existente a nível nacional (9,85%), segundo os dados da Pordata (2023).

Após esta análise, realizou-se a caracterização das FFA do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante. Para tal, inicialmente, foi efetuado o levantamento dos adolescentes inscritos no

ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, nascidos entre 2014 e 2005. Esta listagem, fundamental para a caracterização, foi obtida a partir do programa MIM@UF e permitiu concluir que no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante estão inscritos 193 adolescentes, sendo que 89 são do sexo masculino e 104 são do sexo feminino. Seguidamente, na Tabela 1, pode verificar-se a distribuição dos adolescentes inscritos quanto ao grupo etário e sexo.

Tabela 1

Caracterização dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao grupo etário e sexo

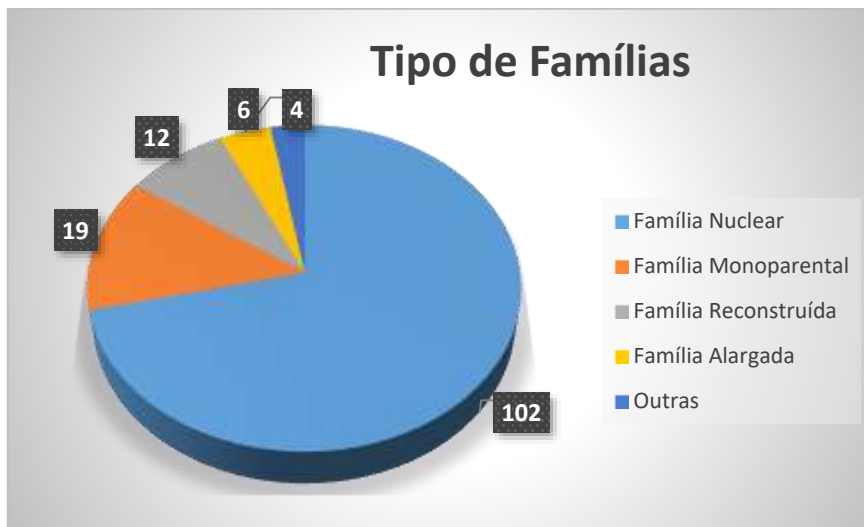
Grupo Etário	Sexo		n	%
	Masculino	Feminino		
[10 - 14[34	24	58	30%
[14 - 16[14	31	45	23%
[16 - 19]	41	49	90	47%
Total	89	104	193	100%
%	46,1	53,8		

Como se pode observar através da Tabela 1, a maioria dos adolescentes são do sexo feminino (53,8%) e 46,1% do sexo masculino. O grupo etário com maior número de adolescentes é o grupo etário dos [16 - 19] anos com 47% (n=90). O grupo etário dos [10 - 14[anos é o único em que os rapazes se encontram em maioria.

Recorrendo à listagem dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, nascidos entre 2014 e 2005 e observando o número do processo, verificou-se que os 193 adolescentes inscritos correspondem a 143 famílias, sendo, então, este, o número total de FFA do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante. Procedeu-se à caracterização destas famílias, no que diz respeito ao tipo de família e ciclo vital, recorrendo aos dados do SI SClinico CSP. Averiguou-se que 102 famílias são do tipo nuclear (71,3%), 19 monoparentais (13,3%), 12 reconstruídas (8,4%), 6 alargadas (4,2%) e 4 foram classificadas como outras (2,8%), conforme apresentado na figura 9.

Figura 9

Caracterização das famílias com filhos adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao tipo de família

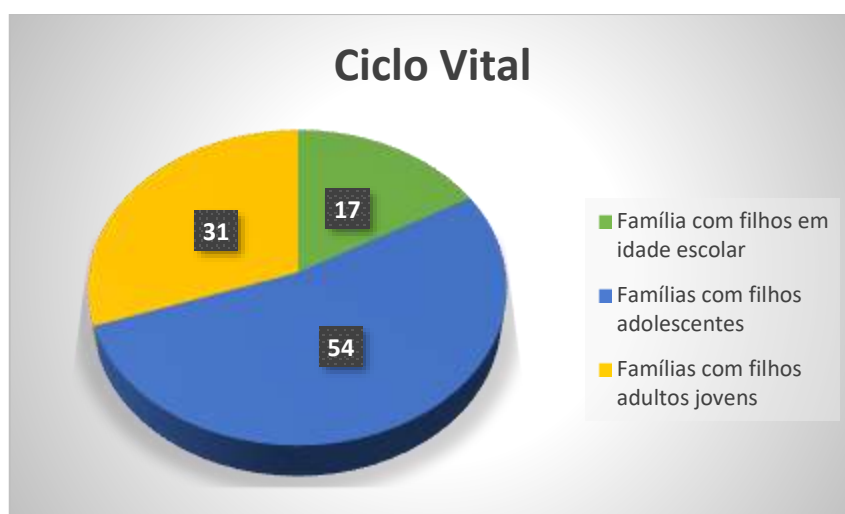


Fonte: Retirado do Sistema de Informação SI SClínico CSP

Em relação às etapas do ciclo vital, e segundo a classificação de Duvall, pode constatar-se que: 16,6% (n= 17) encontram-se na etapa IV - famílias com filhos em idade escolar; 53% (n=54) na etapa V - FFA e 30,4% (n=31) na etapa VI - famílias com filhos adultos jovens, conforme apresentado na figura 10.

Figura 10

Caracterização das famílias com filhos adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF P. quanto ao ciclo vital segundo Duvall



Fonte: Retirado do Sistema de Informação SClínico CSP

Da caracterização das FFA desta equipa de saúde familiar sobressai que a maioria das famílias são famílias nucleares, cujo ciclo vital familiar é precisamente FFA, sendo estes maioritariamente do género masculino, no grupo etário dos 10-14 anos e do género feminino, do grupo etário dos 14 aos 16 anos.

2. ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A Enfermagem de Família é percecionada como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, destacando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo indícios de que a preocupação em integrar a família como foco de cuidados se iniciou desde Florence Nightingale. (Figueiredo, 2012).

Apesar das alterações sociais, históricas e da evolução científica e tecnológica perpetua-se o reconhecimento da família como o contexto natural para o desenvolvimento, autonomização e socialização dos seus elementos, e a sua capacidade para se auto-organizar, expressando a sua singularidade nos processos de transição que decorrem ao longo do seu ciclo vital e na construção do potencial de saúde para os seus membros (Figueiredo, 2023).

O mesmo autor considera que as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus elementos, constituindo-se enquanto sistemas coevolutivos, como unidades providas de energias com competência para manter o seu funcionamento.

A saúde familiar é um estado subjetivo caracterizado pelo conjunto de especificidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. A saúde familiar depende da saúde e da doença de cada elemento que afeta a funcionalidade da família, por outro lado a funcionalidade da família afeta a saúde de cada elemento que a constitui (Kholifah, Nursuluam, Adriani, Ahsan, & Susanto, 2016; Shivalli et al., 2015; Figueiredo, 2012).

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, destacadas as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida. Com o atual enquadramento legislativo dos CSP, estamos diante um modelo de proximidade emergindo o contexto para direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados (Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho, 2015).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, desempenham hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que engloba a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho, 2015).

As Competências Específicas do EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar são: cuidar a família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diversos níveis de prevenção e liderar e participar em processos de intervenção, no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018)

A atribuição do título de EE pressupõe, para além da observação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que estes profissionais partilhem uma série de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O mesmo regulamento esclarece que as Competências Comuns do EE envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação significativa, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Os domínios das Competências Comuns do EE são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o aumento das aprendizagens profissionais.

Posto isto, as competências intrínsecas ao cuidar especializado, foram orientadoras no decorrer da prática clínica e essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional de EE.

A relação enfermeiro-cliente desempenha um papel fundamental em toda a prática de enfermagem. Em diversas áreas da prática, o cliente é um indivíduo e os profissionais de

saúde esperam desenvolver uma relação com ele. No entanto, na Enfermagem de Família o cliente na relação enfermeiro-cliente não é um indivíduo, mas a família. A compreensão da perspectiva do mundo e quadro de referência da família é crucial para determinar a atual situação da família, avaliar as suas necessidades, desenvolver um plano de ação e avaliar os resultados das intervenções (Hanson & Kaakinen, 2005).

Na opinião dos mesmos autores, as perspectivas teóricas sobre a forma como as famílias são criadas, mantidas ou alteradas, e o seu modo de funcionamento vão auxiliar os enfermeiros a compreender a visão do mundo das famílias. As estruturas teóricas e conceituais são particularmente úteis para ajudar os enfermeiros de família a pensar de forma interativa e sistemática, e a transformar a abordagem do indivíduo como cliente, para a abordagem da família como cliente.

Assim sendo, os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, assegurando um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

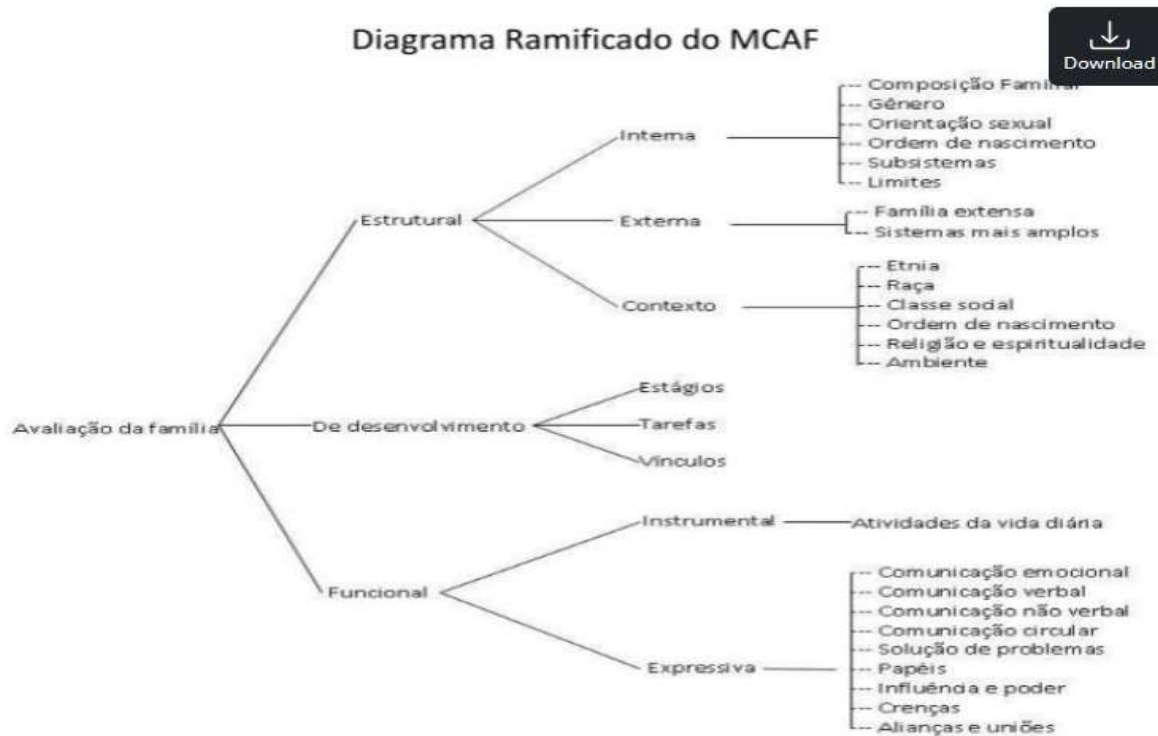
A Mesa do Colégio da Especialidade de EC considera como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). Para além deste modelo, considera-se ainda a incorporação de modelos e teorias como o Modelo de Forças, a Teoria Geral dos Sistemas, assim como a Teoria das Transições (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

As perguntas de avaliação que acompanham o MAFC estão estruturadas em três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional. A estrutura tem aspetos internos, externos e contextuais. A segunda maior categoria de avaliação é o desenvolvimento da família que engloba a avaliação das etapas da família, tarefas e ligações (Hanson, 2005). A terceira área da avaliação do MAFC é o funcionamento da família, que abrange quer aspetos instrumentais quer de expressividade. O funcionamento familiar reflete o modo como realmente os indivíduos se comportam em relação uns aos outros (Wright & Leahey, 2000, conforme citado por Hanson, 2005).

Para Figueiredo (2023), a imagem de um diagrama ramificado, sugere o caminho que o enfermeiro deve perseguir para avaliar a dinâmica do sistema familiar, no entanto, como em qualquer instrumento de avaliação impõe-se alguma prudência na sua aplicação, conforme apresentado na figura 11.

Figura 11

Diagrama ramificado do MFAC



Fonte: Wright & Leahey (2009)

O mesmo autor afirma que o MIFC fornece uma estrutura organizadora para conceptualizar a interceção entre um determinado domínio do funcionamento familiar e uma intervenção específica de enfermagem que tem por objetivo a mudança do sistema. O tempo da intervenção é parte fundamental da consulta de enfermagem de família (Wright & Leahey, 2013, conforme citado por Figueiredo, 2023). As intervenções de enfermagem com a família, cujo propósito final é ajudar a família a descobrir novas soluções e reduzir o seu sofrimento emocional, físico e espiritual, são plataformas terapêuticas cruciais à existência dos resultados de enfermagem de família (Duhamel, Dupuis & Girard, 2010; Figueiredo, 2009, conforme citado por Figueiredo, 2023).

A avaliação da família baseada num modelo teórico, como o Modelo de Calgary, é uma estratégia pertinente para o planeamento dos cuidados centrados na família e não apenas nos indivíduos que a constituem, permitindo identificar necessidades e/ou antecipar desequilíbrios.

O Cuidar Baseado nas Forças é uma abordagem do cuidar que se centra em, e trabalha com as forças de uma pessoa e da família para promover a saúde, a recuperação e a cura. O Cuidar Baseado nas Forças representa uma nova forma de pensamento em enfermagem. Ele tem em conta os aspetos positivos, aquilo que é melhor, aquilo que funciona, e aquelas áreas

que demonstram potencial. Isto não quer dizer que ignore os problemas, finja que os défices não existem, ou feche os olhos às fraquezas; em vez disso, reside em encontrar o correto equilíbrio entre o foco nas forças, enquanto se lida com os problemas e os défices (Gottlieb, 2016).

A teoria de sistemas tem sido, de todas as estruturas familiares, a com maior influência no decorrer dos anos. A perspetiva de sistemas considera que os sistemas familiares são maiores do que e diferentes da soma das suas partes. O sistema familiar é um todo organizado e os indivíduos na família são interdependentes e interativos. No entanto, existem fronteiras dentro do sistema que podem ser abertas, fechadas ou aleatórias. Esta é uma teoria interativa e holística, que verifica mais os processos dentro da família do que o conteúdo e as relações entre as partes (Hanson & Kaakinen, 2005). Ler sistematicamente a família implica, assim, ter uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal) (Relvas, 2006).

Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher desenvolveram uma teoria de médio alcance, constituindo a transição como foco. Afaf Meleis é a autora de maior relevo, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

As transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e pelo movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Para que ocorra uma transição, o indivíduo deve ter consciência das mudanças que estão a ocorrer. A ausência de consciência da mudança pode significar que um indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Os tipos de transição que os enfermeiros encontram ao desempenhar as suas funções foram identificados como transições de desenvolvimento, de saúde e doença, situacionais e organizacionais (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) emergiu da necessidade dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no que se refere à avaliação e à intervenção familiar, tendo a família enquanto unidade de cuidados (Figueiredo, 2023), servindo de alicerce ao aplicativo informático SClínico CSP.

Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros, deliberou favoravelmente à adoção do MDAIF como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar, proposta pela Mesa do Colégio da Especialidade de EC (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Mais recentemente, a Associação Internacional de Enfermagem de Família incluiu a descrição deste modelo, no domínio referente aos modelos da prática. O MDAIF tem como referencial epistemológico o pensamento sistémico e como fonte teórica o MCAF e o MCIF. Integra como componentes os conceitos, os pressupostos, os princípios, as principais definições e a matriz operativa. Os conceitos referem-se aos aspetos metaparadigmáticos da Enfermagem de Saúde Familiar, com a descrição concetual de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2023).

Os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe concede uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regulamentados por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promove a potencialização das suas forças, recursos e competências. A matriz operativa, integrando as definições teóricas e operacionais e apoiada pelos pressupostos e postulados permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Segundo o mesmo autor, os postulados como princípios ou proposições, integram no âmbito deste modelo os princípios e as definições que orientam o processo de enfermagem, considerando os CSP como o contexto de excelência para a prestação de cuidados à família. Os princípios são descritos enquanto axiomas empíricos. As definições focam-se em três dimensões avaliativas fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. As definições traduzem-se em áreas de atenção familiares pertinentes na prática de cuidados de enfermagem, constituindo-se como categorias avaliativas das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Figueiredo (2023) refere que as definições possibilitam uma visualização dos aspetos considerados relevantes na prática dos cuidados com as famílias representando as áreas estruturantes da matriz operativa: composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, rendimento familiar, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico, adaptação à gravidez, papel parental, planeamento familiar, satisfação conjugal, papel de prestador de cuidados, processo familiar

e crenças familiares. Em suma, as definições permitem a operacionalização deste modelo a partir da sua matriz operativa, conforme apresentado na figura 12.

Figura 12

Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação



Fonte: MDAIF (Adaptado de Figueiredo, 2012)

A dimensão estrutural inclui a estrutura familiar, tendo como objetivo o conhecimento da composição desta e das relações que se estabelecem entre si e com outros subsistemas como a família alargada e os sistemas mais amplos. Para além disso, pretende conhecer alguns aspetos particulares do contexto ambiental que a família vive, onde pode sugerir riscos de saúde (Figueiredo, 2011, 2022). Os instrumentos de avaliação familiar nesta dimensão englobam o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar Adaptada que nos ajuda a avaliar o conhecimento da família quanto à gestão do rendimento familiar e o tipo de habitação (Amaro, 2001, conforme citado por Nunes et al., 2023).

A dimensão de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos relacionados com o crescimento da família numa abordagem processual e contextual (Figueiredo, 2012).

Na compreensão do contexto desenvolvimental da família é imperioso o reconhecimento do ciclo vital e também dos seus processos de evolução transacional relacionados com o crescimento específico e exclusivo de cada família (Figueiredo, 2012).

A avaliação funcional consiste nos padrões de interação familiar que permitem o desempenho das funções e das tarefas familiares baseadas na complementaridade funcional, que fornece

a sustentabilidade ao sistema e os valores que proporcionam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que possibilitam a continuidade. A dimensão instrumental consiste nas atividades quotidianas que a família realiza e a dimensão expressiva nas interações entre os elementos da família, tendo como expectativa a identificação das necessidades relativas a estas áreas familiares ligadas às outras áreas e que possibilitam a compreensão da família enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2012).

A avaliação familiar foca-se nas áreas de atenção que juntamente com os dados avaliativos forma uma estrutura de organização sistemática, tendo como objetivo adquirir conhecimento da família e estabelecer algumas intervenções para fortalecer a mesma (Figueiredo, 2012).

A matriz operativa pretende ser dinâmica, flexível e interativa, exequível nas práticas de cuidados de enfermagem com as famílias e, ao mesmo tempo, contribuir para a evolução dessas práticas. A interdependência e circularidade entre as áreas de atenção das três dimensões possibilitam que a avaliação de resultados se traduza em ganhos de saúde para as famílias (Figueiredo, 2012).

Assim sendo, a aplicação do MDAIF permite avaliar a família e determinar as suas necessidades, tornando o processo de resolução de problemas mais sistemático, direcionado, colaborativo, levando a tomadas de decisão mais fundamentadas, aumento da literacia em saúde e ganhos em saúde da família (Nunes et al. 2023).

Tendo como base este enquadramento concetual, bem como o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso de mestrado em EC na área de Enfermagem de Saúde familiar, é possível afirmar que a componente teórica aliada à componente clínica foram fundamentais para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional de EE.

No que concerne ao desenvolvimento de competências no domínio pessoal, as principais competências desenvolvidas, determinantes para a eficiência e a segurança dos cuidados prestados às famílias foram o trabalho em equipa, a prática reflexiva e auto-dirigida e a flexibilidade. Por conseguinte, uma das características pessoais aprimoradas ao longo dos dois estágios realizados na USF P. foi o trabalho em equipa. Trabalhar numa equipa que exerce as suas funções de forma integrada, articulada e multidisciplinar, levou à ponderação sobre a real importância da cooperação no sentido de alcançar um objetivo comum, o de melhorar a qualidade de vida das famílias e melhorar os seus níveis globais de saúde, garantindo-lhes um assistência regular e de qualidade.

Por outro lado, o desenvolvimento, não só como profissional de saúde, mas também enquanto pessoa, está associado à capacidade para refletir sobre a prática e as situações vividas. No decorrer da componente clínica, foram sendo colocadas diversas questões, procurando dar

significado a diferentes situações que foram surgindo e identificando lacunas no desenvolvimento pessoal. Só refletindo sobre aquilo que ainda nos falta ser e saber é que podemos evoluir para novos patamares de auto-conhecimento, de conhecimento e da prática, definindo novas metas de aprendizagem, estabelecendo as estratégias para as alcançar e avaliando, no final, os resultados obtidos no processo de aprendizagem pessoal e profissional. Tendo consciência que um dos pontos menos fortes se prende com a característica de personalidade tímida, procurou intervir-se de um modo cada vez mais espontâneo, descontraído e confiante nas consultas de enfermagem.

Por último, os estágios realizados na USF P. levaram ao desenvolvimento da flexibilidade, na medida em que, como não havia historial de exercer funções como enfermeira numa USF, houve a capacidade de adaptação a um novo contexto, com uma dinâmica organizacional totalmente distinta da habitual e com diversas situações complexas, que em muito diferem do contexto hospitalar.

Por outro lado, o contacto com as famílias, quer em consulta de enfermagem, quer em visita domiciliária, levou à reflexão sobre as competências já adquiridas como enfermeira generalista na prática dos cuidados à família e a tentar compreender que diferenças se impunham atualmente na prática, de modo a desenvolver uma intervenção especializada/diferenciada em Enfermagem de Saúde Familiar.

O EEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diversos níveis de prevenção e lidera e participa nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Enquanto mestranda foram várias as atividades efetuadas, no sentido de desenvolver estas competências específicas, nomeadamente, a realização de consultas de enfermagem (CP, CA, CVD e CIS), inicialmente com supervisão da enfermeira orientadora cooperante e posteriormente de forma autónoma.

Na CP tive a oportunidade de realizar consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), consultas de PF e RO; consultas de SM; consulta de Diabetes e/ou Hipertensão e consulta de Saúde do Adulto/Idoso. Em cada uma destas consultas programadas foi integrada a Consulta de Enfermagem à Família. Esta consulta foi realizada a 10,9% (n=65) das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, sendo que este contacto com as famílias que decorreu em contexto de consulta, possibilitou um maior conhecimento do contexto familiar, permitindo a avaliação familiar e por conseguinte a elaboração de um plano de cuidados em articulação com a família.

Todos os registos relativos às consultas de enfermagem realizadas ao longo dos dois estágios na USF P., foram efetivados no SI SClínico CSP e na plataforma Vacinas. Relativamente às Consultas de Enfermagem de Família, os registos foram realizados no Programa de Saúde da Família, englobado no SI SClínico CSP. Por conseguinte, foi documentado o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, utilizando sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, atendendo à unidade de competência de EE **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho , 2018, p. 19359).

Na USF P., o MDAIF (parametrizado no SClínico) é o modelo utilizado como orientador das práticas de cuidados de enfermagem aos utentes/ famílias ao longo do ciclo vital. O MDAIF baseia-se no processo de enfermagem com o objetivo de capacitar a família para a possível mudança do seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental, numa evolução contínua, entre estadios de menor complexidade para estadios de maior complexidade, enquadramentos do seu ciclo vital, traduzindo ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Nesta Consulta de Enfermagem à Família foram avaliadas as dimensões preconizadas pelo MDAIF, sendo aplicado o processo de enfermagem à família. Foi realizada a avaliação inicial, elaborado o diagnóstico dos problemas e identificada a necessidade de cuidados, planeadas, prescritas e implementadas as intervenções e avaliados, posteriormente, o resultado dessas mesmas intervenções.

O processo de enfermagem de família auxilia o enfermeiro a desenvolver um plano de cuidados que irá aumentar o bem-estar das famílias. Este é um empreendimento particularmente complexo. O enfermeiro está a lidar com muitos indivíduos e não com uma só pessoa, e com as múltiplas relações que existem entre os membros da família. O processo de enfermagem de família é uma abordagem sistemática à identificação de problemas e ao início de atividades adequadas, concebidas para satisfazer as necessidades ou preocupações da família. É uma abordagem aberta que é dinâmica e cíclica por natureza, e mantém-se durante o tempo em que a família recebe cuidados. A família é um parceiro na criação e prestação de cuidados e a informação e a confirmação desta são essenciais. Os enfermeiros têm o papel único de diagnosticar e orientar as reações humanas perante as mudanças da vida (Ross, 2005).

Deste modo, utilizou-se um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais amplo quer da família, quer dos focos de intervenção da enfermagem de saúde familiar, colaborou-se com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, de modo a alcançar os resultados desejados pela mesma, atendendo à unidade de competência de EE

“Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”
(Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Cada consulta foi também uma oportunidade para a promoção de saúde da família, dado que apoiar a saúde da unidade familiar como um todo e impulsionar as famílias a valorizarem e a incluírem a promoção da saúde nos seus estilos de vida, são componentes essenciais da prática de enfermagem de família (Bomar & Baker-Word, 2005).

Incentivando estilos de vida familiar saudáveis e monitorizando situações de saúde complexas, as famílias foram encorajadas a refletir sobre os seus padrões de estilo de vida e a perceber de que modo estes influenciam a sua saúde.

Em contexto de consulta, para além das intervenções educativas às famílias, estas foram questionadas sobre as atividades que realizavam para consolidar a família como uma unidade, sabendo que o convívio e tempo de lazer passado em conjunto com a família favorecem a sua coesão, unicidade, e estreitamento de laços (Bomar & Baker-Word, 2005).

Recorrendo a um estilo de comunicação assertivo, procurou-se motivar as famílias a assumirem mais responsabilidade pelos seus cuidados de saúde e prevenção de doenças, capacitando as famílias para alcançarem, manterem e recuperarem o seu nível mais elevado de saúde (Bomar & Baker-Word, 2005). Esta capacitação passou por em conjunto com a família definir os objetivos de saúde mediante a sua situação atual e identificar estratégias para os alcançar, estabelecendo um contrato com a mesma, baseado numa relação de confiança recíproca. A principal ênfase colocada na capacitação da família é o envolvimento desta na definição e planeamento de um objetivo, e não o enfermeiro realizar isto pela família (Gray, 1996, como citado por Bomar & Baker-Word, 2005).

Posto isto, abordou-se a família com disponibilidade e criatividade, de modo a dar resposta às suas necessidades, incentivando-a na consecução dos seus objetivos, de acordo com o ponto de vista da mesma. Promoveu-se os seus pontos fortes no âmbito da saúde, desenvolvendo um plano de ação com a mesma, com o objetivo de promover, manter e reforçar a sua saúde, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357).

Relacionado ainda com o desenvolvimento da competência supra-citada, foi elaborado um folheto intitulado “Alimentação e Diabetes Tipo 2” (Apêndice 1), para ser entregue às famílias no final da consulta de Diabetes. Este folheto contém um exemplo de um plano alimentar para um diabético sem complicações, salienta a pertinência do apoio familiar no cuidado à pessoa

com diabetes tipo 2, aborda a importância de uma alimentação saudável para a pessoa com ou sem diabetes e resume os conselhos mais importantes para um regime alimentar saudável.

Toda a informação contida neste folheto foi obtida através de fontes fidedignas, nomeadamente artigos de bases de dados científicas, pelo que se integrou a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar, atendendo à unidade de competência de EE **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Este folheto foi elaborado com a colaboração da nutricionista do Centro de Saúde (CS) onde está integrada a USF P. e da médica pertencente à equipa nuclear da enfermeira orientadora cooperante. Assim sendo, promoveu-se a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde à família, atendendo à unidade de competência de EE **“ Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358.).

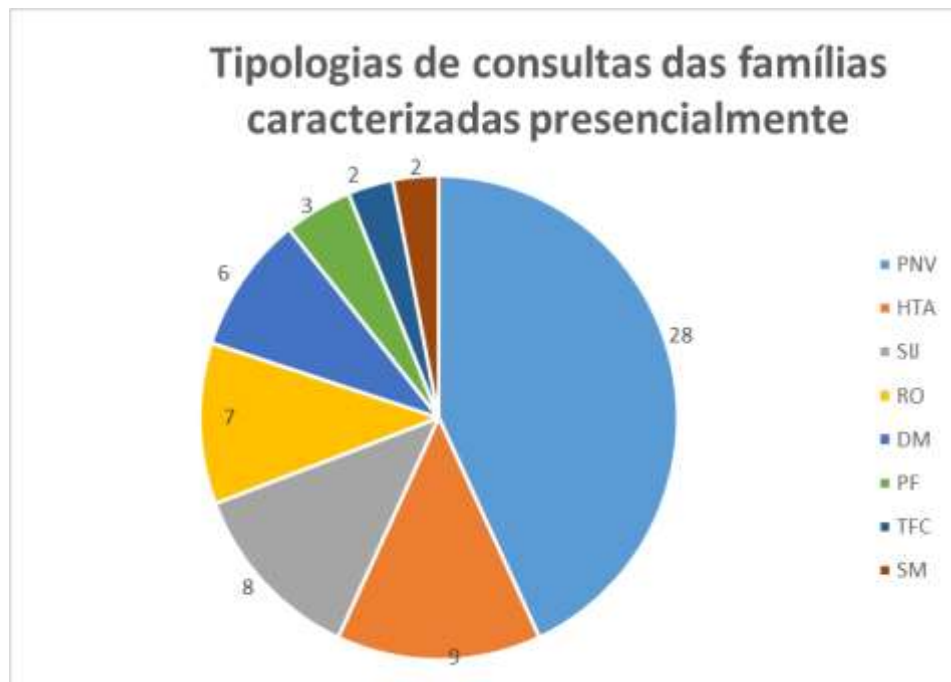
Aquando das consultas de enfermagem, caracterizou-se oportunamente as famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, no que diz respeito ao tipo de família e fase do ciclo de vida em que se encontram segundo Duvall, por considerar que a caracterização das famílias efetuada presencialmente é mais fidedigna e completa.

O tipo de família possibilita diferenciar a sua constituição e os vínculos entre os indivíduos, podendo condicionar a avaliação e a identificação de focos sensíveis aos cuidados de enfermagem. A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, bem como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face à sua especificidade (Figueiredo, 2012).

Presencialmente foram caracterizadas 55 famílias, o que corresponde à realização de 65 consultas de enfermagem, das mais diversas tipologias: 28 consultas para o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV); 9 consultas de HTA; 8 consultas de Saúde Infantil e Juvenil; 7 consultas de RO; 6 consultas de diabetes; 3 consultas de PF; 2 consultas para Tratamento de Ferida Cirúrgica (TFC) e 2 consultas de SM, conforme apresentado na figura 13.

Figura 13

Tipologias de Consultas das famílias caracterizadas presencialmente da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante (fevereiro, 2024)

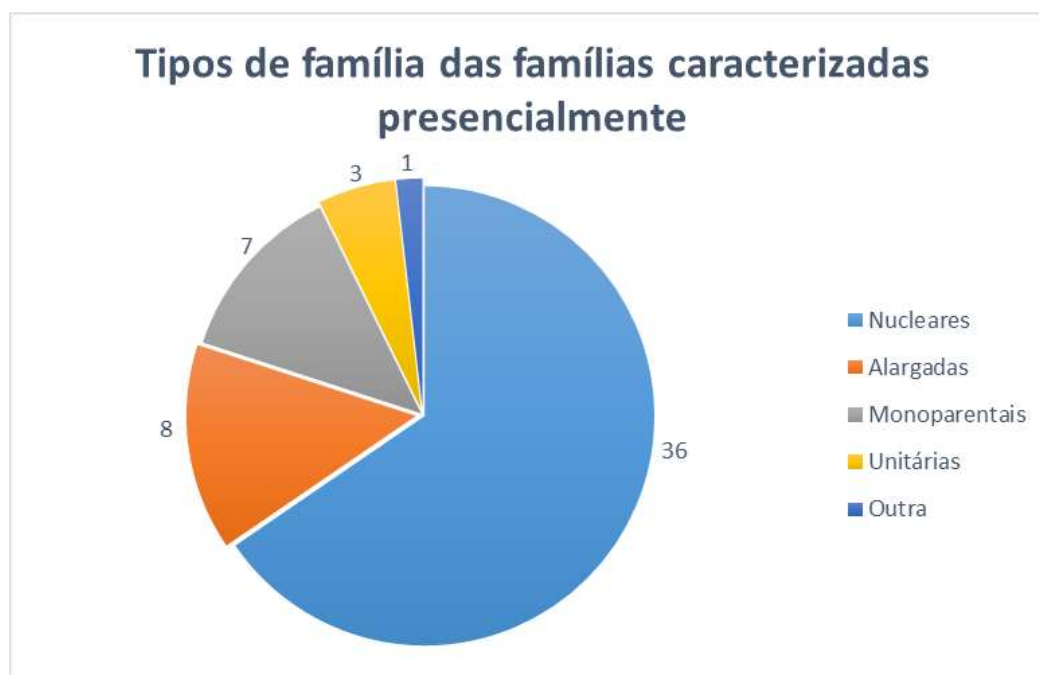


Tal como se pode constatar pela figura, o somatório do n.º de consultas é superior ao n.º de famílias avaliadas. Isto prende-se com o facto de ter sido realizada mais do que uma consulta de enfermagem na mesma família. Por diversas vezes estavam presentes dois ou mais elementos da família, o que se revelou bastante enriquecedor para a avaliação familiar. Nestas situações foram observados com atenção os diferentes subsistemas e a interação entre eles: a comunicação verbal, não-verbal, para verbal, no sentido de conhecer melhor a família. Deste modo, integrou-se informação adicional de várias fontes englobando interações familiares observadas, bem como a comunicação verbal e não-verbal.

Relativamente ao tipo de família, das 55 famílias caracterizadas presencialmente, constatou-se que, 36 são familiares nucleares, 8 são alargadas, 7 são monoparentais, 3 são unitárias, e 1 foi classificada como outra, conforme apresentado na figura 14.

Figura 14

Tipos de Família das famílias caracterizadas presencialmente da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante (fevereiro, 2024)



Os resultados deste figura vão de encontro à caracterização das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, baseada na informação do SClinico, e que foi apresentada no capítulo 1 do presente relatório. Assim, no que se refere à tipologia familiar predominam as famílias nucleares, o que confirma também os dados dos Censos de 2021 do Instituto Nacional de Estatística (Pordata, 2022).

Aplicando a classificação do ciclo vital segundo Duvall às 36 famílias nucleares identificadas, verificou-se a existência de: 2 famílias no estágio I - Famílias sem filhos; 3 famílias no estágio III - Famílias com filhos em idade pré-escolar (até à entrada na escola); 4 famílias no estágio IV - Famílias com filhos na escola (até à adolescência); 7 famílias no estágio V - FFA (da saída da escola até aos 21 anos de idade); 6 famílias no estágio VI - Famílias com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); 1 família no estágio VII - Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); 18 famílias no estágio VIII - Família idosa.

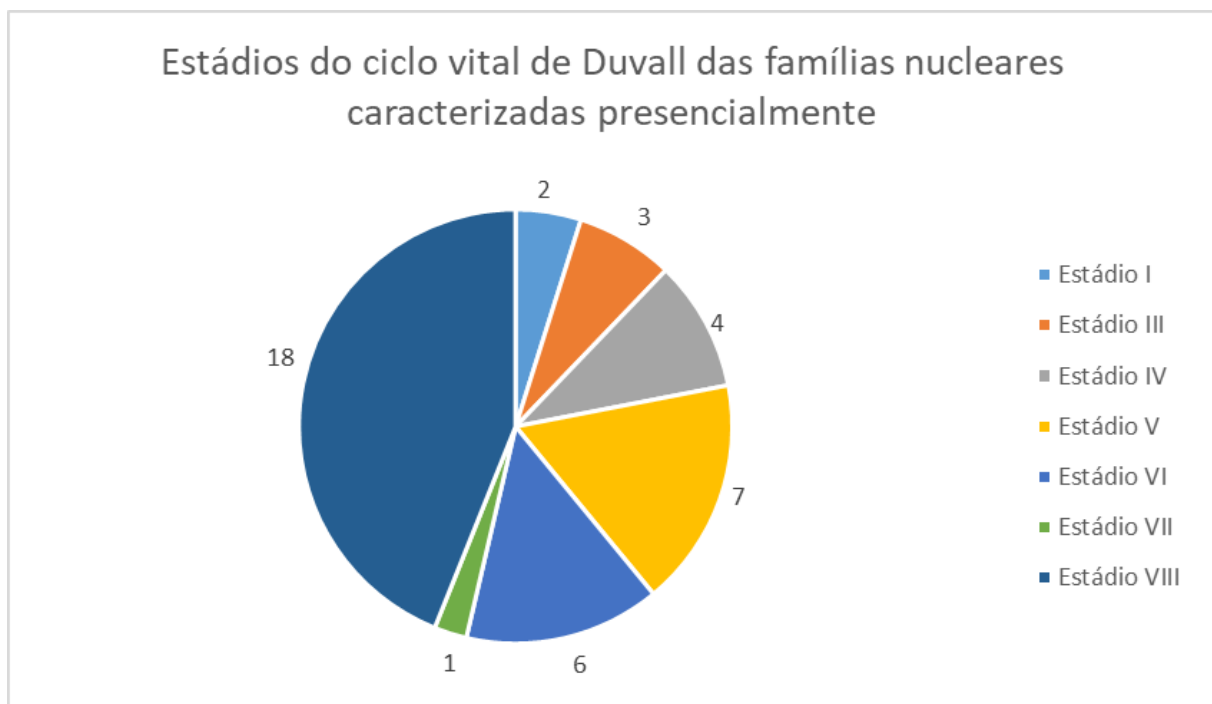
Para Figueiredo (2012), a cada um destes estádios correspondem determinadas tarefas que devem ser concretizadas para que a unidade familiar tenha êxito no seu desenvolvimento. Assim, no estágio I, “o estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória, a preparação para a gravidez e para a parentalidade”, no estágio II, “o ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente”; no estágio III, “ a adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento”; no estágio IV, “ assumir responsabilidades com crianças em meio escolar;

relacionamento com outras famílias na mesma fase”; no estágio V, “facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais”; no estágio VI, “permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar”; no estágio VII, “ reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas”; no estágio VIII, “ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento” (Relvas, 1996, p. 18).

Desta forma, identificaram-se famílias nucleares em todos os estádios do ciclo vital, exceto no estágio II - famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento -30 meses), conforme apresentado na figura 15.

Figura 15

Estádios do ciclo vital de Duvall das famílias nucleares da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro,2024)



Para realizar esta identificação, foi necessária a mobilização de conhecimentos, tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, nomeadamente, a sociologia de Duvall e a psicologia de Relvas. Considerou-se, ainda, a influência das diversas etapas de desenvolvimento familiar e individual, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357).

Enquanto futura EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que pretende conhecer e intervir nas famílias, é imprescindível o conhecimento do desenvolvimento familiar e das diferentes etapas do ciclo vital da família, tendo como guia orientador a proposta de autores como Relvas. Contudo, as transformações a que temos vindo a assistir, no que se refere à constituição e composição da família, levam-nos a equacionar a necessidade de se efetuarem novas investigações e novas sistematizações do (s) percurso (s) desenvolvimental (ais) da (s) família (s) (Alarcão,2006).

Posto isto, a caracterização presencial das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante foi uma mais-valia, sendo mais verdadeira e real, na medida em que, permitiu conhecer e avaliar determinados aspetos relacionados com a estrutura e dinâmica familiar, que de outra forma seriam impossíveis de detetar e intervir. Posteriormente, neste capítulo serão abordadas algumas das famílias que foram caracterizadas e que careciam de intervenção, sendo descritas quais as intervenções e técnicas de intervenção familiar que foram implementadas.

No decorrer da caracterização presencial das famílias, também foram aplicados instrumentos de avaliação familiar, tais como, a Escala de Graffar, a Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer e a Escala de Risco Familiar Garcia-Gonzalez.

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, a Escala de Graffar avalia as condições socioeconómicas da família com o objetivo de identificar a sua classe social. Permite prever as condições de risco, tais como alterações a nível de comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2023).

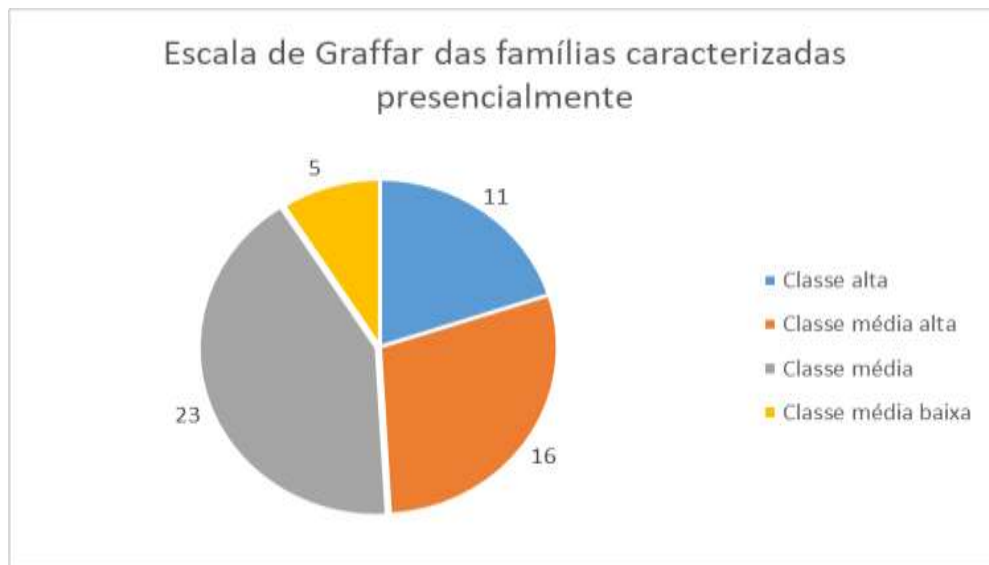
A Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer e a Escala de Risco Familiar Garcia-Gonzalez avaliam a vulnerabilidade e o risco em saúde familiar.

A Escala de Graffar foi aplicada a 100%, n=55, das famílias caracterizadas presencialmente, bem como a Escala de Risco Familiar de Segóvia Dreyer e a de Risco Familiar de Garcia-Gonzalez.

Nas 55 famílias caracterizadas presencialmente, obtiveram-se os seguintes valores para a Escala de Graffar: 11 famílias de classe alta; 16 famílias de classe média alta; 23 famílias de classe média e 5 famílias de classe média baixa, conforme apresentado na figura 16.

Figura 16

Resultados da aplicação da Escala de Graffar às famílias da lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante que foram caracterizadas presencialmente (fevereiro,2023)



Não foi identificada nenhuma família de classe baixa, tal como se pode verificar na figura anterior e a identificação da classe social permitiu a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de stress familiares que podiam estar associados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda de contexto residencial (Figueiredo, 2023).

A utilização dos instrumentos de avaliação familiar facilita a comunicação terapêutica e possibilita a compreensão do funcionamento familiar. No entanto, não têm valor diagnóstico e devem ser integrados numa avaliação aprofundada das várias áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (Hanson & KaaKinen, 1999, como citado por Figueiredo, 2012).

Desta forma, utilizou-se instrumentos de avaliação familiar, solicitou-se o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam interferir no estado de saúde, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357).

Na caracterização presencial das famílias, identificou-se, também, se a família estava a vivenciar algum tipo de transição. As transições familiares são acontecimentos que assinalam uma reorganização nos papéis e tarefas da família. Estas são fundamentais para a prática de enfermagem, uma vez que, têm um impacto profundo na saúde das pessoas (Schumacher & Meleis, 1994 como referido por Gedaly-Duff & Heims, 2005).

Foram identificadas 16 famílias a vivenciar uma transição de desenvolvimento (sendo que 11 são famílias com filhos adolescentes e 5 são famílias que estão em transição para a parentalidade), 20 famílias estão a vivenciar uma transição saúde-doença e 7 famílias estão a vivenciar uma transição situacional (1 família em estágio profissional, 1 família em situação de desemprego, 2 famílias a vivenciar um processo de luto, 1 família em transição para a reforma, 1 família em processo de divórcio e regresso a casa dos pais, 1 família de regresso a Portugal).

As transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos clientes (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 como referido por Santos et al. 2015).

A transição saúde-doença está relacionada com uma mudança inesperada no desempenho de papéis do indivíduo, decorrente da passagem, muitas vezes intempestiva, do estado saudável para o estado de doente, solicitando-lhe a aquisição de novos conhecimentos, além de uma mudança dos seus comportamentos atuais, o que exige uma redefinição dos significados associados aos seus eventos de vida (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994, como citado por Figueiredo, 2023).

As transições situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 como referido por Santos et al. 2015).

As transições organizacionais ocorrem no contexto ambiental dos clientes e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 como referido por Santos et al. 2015).

Após a identificação do tipo de transição que cada família esta a vivenciar, proporcionar uma transição saudável é um desafio para o enfermeiro, uma vez que cada família tem as suas particularidades (Meleis, 2010 como referido por Costa, 2016).

A transição é um motivo de inquietação para a enfermagem pelo risco potencial que a sua experiência pode colocar sobre as pessoas. Prevenir esses riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que podem ser utilizadas para cuidar das famílias em transição (Meleis, 2010).

Como futura EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar foram estas as estratégias utilizadas com as famílias em transição. Nas famílias a vivenciar transições familiares (crises desenvolvimentais e processos normativos), foi analisada com a família a fase da vida que estava a viver, procurando entender a forma como esta se estava a reorganizar para encontrar novas soluções para os seus desafios. Assim, em conjunto, foram consideradas novas visões

sobre as potencialidades e as possibilidades de solucionar desafios ao longo do seu desenvolvimento. Nas famílias a vivenciar crises acidentais e processos adaptativos a doenças, por exemplo, a avaliação e a intervenção familiar passou por evidenciar as forças e competências da família, procurando o desenvolvimento de estratégias que possibilitassem a sua funcionalidade enquanto unidade, preservando a sua organização, gerando mudanças estruturais e, simultaneamente, dando resposta às necessidades individuais dos seus elementos (Figueiredo, 2023).

Posto isto, detetaram-se possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357). Por outro lado, codesenvolveu-se e avaliou-se as intervenções de enfermagem de família para realizar mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“ Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação de bem-estar da família, em situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358). Incentivou-se ainda a família a partilhar a sua história, pois só assim foi possível perceber que tipo de transição estava a vivenciar, promovendo o processo de conscientização com fundamento na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Todos os dados resultantes da caracterização das famílias foram registados no SI SClinico CSP e em ficheiro Excel que ficou na posse da enfermeira orientadora cooperante e que pode ser atualizado a qualquer momento. Este ficheiro apresenta assim, a lista de famílias caracterizadas presencialmente, e os respetivos dados de cada família, nomeadamente, nº de processo, nº de utente, nome, data de nascimento, idade, sexo, parentesco, morada, tipo de família, ciclo vital segundo Duvall, Escala de Graffar, Escala de Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer, se são diabéticos e/ou hipertensos, se são seguidos em algum tipo de consulta na USF P. e qual o tipo de consulta e transições vivenciadas. Relativamente aos dados de identificação das famílias, em todos os contactos, foi sempre consentido o fornecimento de informações, embora esse consentimento não conste deste relatório de estágio.

A criação deste ficheiro, com diversas áreas de caracterização das famílias, potencia os resultados da Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que facilita a avaliação familiar por parte dos enfermeiros de família e restante equipa de saúde. A identificação das forças e necessidades das famílias (diagnósticos de enfermagem) é mais rápida, bem como a

implementação de intervenções que promovem a elaboração de soluções promotoras de mudança no sistema familiar.

Para uma melhor compreensão das necessidades que foram identificadas nas famílias caracterizadas e das respostas a essas necessidades, pela mobilização do MDAIF, descrevem-se, seguidamente, 5 situações familiares, verídicas, com a vivência de diferentes transições. As famílias foram codificadas, de forma a proteger a confidencialidade das mesmas.

A Família A é uma família do tipo alargada, de classe média alta, a viver num bom local, constituída pelo Sr. J., de 64 anos, engenheiro civil, divorciado há 13 anos (deste casamento nasceu uma filha, com 24 anos), e pelo Sr. A. de 93 anos, reformado e viúvo há 10 meses. Vivem num andar bastante espaçoso e confortável, localizado na cidade de Coimbra, não possuem animal doméstico. O Sr. A. vive com o Sr. J. há cerca de 10 meses, altura em que a sua esposa faleceu e este veio viver com o filho. O Sr. J. tem como antecedentes pessoais DM (diagnosticado recentemente) e o Sr. A. tem problemas na próstata. O Sr. J. solicitou visita domiciliária de médica e enfermeira para consulta ao pai.

O Sr. J. referiu em consulta de enfermagem na USF P. que apesar de conseguir cuidar do pai, se sente bastante cansado e stressado com a vinda do pai para sua casa. Este ficou bastante mais debilitado e deprimido depois da morte da esposa. Deste modo, e segundo o MDAIF, no que se refere à Dimensão Funcional, considera-se que esta família demonstra ter Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Saturação do Papel.

As intervenções implementadas a esta família foram: promover a comunicação expressiva das emoções; avaliar a saturação do papel, nomeadamente, conversar com o Sr. J. para compreender melhor o que de facto, o faz sentir tão cansado e stressado; incentivar estratégias de coping para o papel; requerer serviços de saúde, solicitando uma consulta com a psicóloga e com a nutricionista para o Sr. J. e requerer serviço social (Figueiredo, 2012).

O Sr. J. rejeitou a consulta com a psicóloga e faltou à consulta de nutrição.

As transições identificadas foram: situacional (luto) e saúde-doença (DM).

A família B é uma família do tipo nuclear, de classe média baixa, a viver numa zona antiga, constituída pelo Sr. F., de 60 anos, reformado por invalidez, pela Sr^a. A., de 55 anos, empregada de limpeza e pelo seu filho, o Sr. B., de 35 anos, desempregado e solteiro. Vivem num andar modesto, com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível, localizado no centro da cidade de Coimbra, possuem animal doméstico, sem vacinação e sem desparasitação, segundo a Sra. A.

Relativamente à origem do rendimento familiar, a Sr^a. A. é a pessoa com maior rendimento na família e recebe o salário mínimo nacional, pelo que foi automaticamente avaliado o conhecimento da família sobre a gestão do rendimento. Esta referiu à enfermeira orientadora cooperante que por diversas ocasiões o salário não chega para as despesas da família, só comprando determinados alimentos, como fruta e legumes, quando tem dinheiro. Confessou não saber gerir bem o seu salário. Por outro lado, como o “Tipo de Habitação” obteve uma pontuação localizada no grau 4, foi realizada uma avaliação direcionada ao conhecimento da família sobre os riscos inerentes a esta condição.

Por impossibilidade do Sr. F. se deslocar à USF P. foi realizada visita domiciliária.

Na visita domiciliária, ao entrar na habitação deparou-se com cheiro a sujidade, objetos espalhados pelo chão, roupa acumulada em cima do sofá e pó acumulado por todos os móveis da sala. No âmbito da área de atenção Edifício Residencial, revelou-se fundamental a avaliação do conhecimento sobre os riscos de deficiente higiene habitacional, além do conhecimento sobre governo da casa.

Desta forma, e segundo o MDAIF, no que se refere à Dimensão Estrutural, considera-se que esta família possui Rendimento Familiar Insuficiente por Origem do Rendimento Familiar se situar no grau 4 e Conhecimento e Capacidade da Gestão do Rendimento de acordo com Despesas Familiares Não Demonstrado. Foram então requisitados os serviços sociais e promovida a gestão do rendimento familiar.

Esta família tem ainda como diagnósticos de enfermagem: Edifício Residencial Não Seguro por Tipo de Habitação 4 e Conhecimento sobre Riscos de Edifício Residencial Não Seguro Não Demonstrado; Edifício Residencial Negligenciado por Higiene de Habitação Não é Conhecimento sobre Governo da Casa Não demonstrado e Conhecimento sobre Riscos de Deficiente Higiene Habitacional Não Demonstrado.

Foram então ensinados sobre riscos de edifício residencial não seguro e foi requisitado o serviço social (técnica de serviço social). Por outro lado, foram ensinados riscos de deficiente higiene habitacional; foi promovido o governo da casa; reforçado o governo da casa e motivada a família para o governo da casa (Figueiredo,2012).

Ainda relativamente à Dimensão Estrutural, temos como diagnóstico de enfermagem Animal Doméstico Negligenciado por Animal doméstico Não Vacinado e Conhecimento Não Demonstrado sobre Vacinação do Animal e por Animal doméstico Não Desparasitado e Conhecimento Não Demonstrado sobre Desparasitação do Animal Doméstico. Assim, a família foi ensinada sobre vacinação e desparasitação do animal doméstico, foi motivada para

vacinação e desparasitação do animal doméstico e supervisionada a vacinação do animal (Figueiredo, 2012).

Nesta família identificou-se a transição situacional (desemprego do filho).

A família C é uma família do tipo nuclear, de classe média, a viver nos arredores da cidade de Coimbra, numa zona intermédia. É constituída pela Sr^a. A., de 50 anos, empregada de escritório, pelo Sr P., 55 anos, comerciante e pelo seu filho de 18 anos. Residem num andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho e com eletrodomésticos essenciais.

Durante uma consulta de PF a Sr^a. A. referiu que a sua relação com o marido já teve melhores dias. Pouco ou nada comunicam um com o outro, pouco tempo passam juntos e ultimamente até já dormem em quartos separados, não existindo intimidade no casal. Sente-se triste e o marido também está descontente, no entanto, não sabem como reverter a situação e já não se discutem os problemas da família.

Por conseguinte, segundo o MDAIF, no que se refere à Dimensão de Desenvolvimento temos como diagnóstico de enfermagem Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Dinâmica Disfuncional, Comunicação Não eficaz e Interação Sexual Não Adequada.

Como intervenções de enfermagem a família foi incentivada à comunicação expressiva das emoções, a aumentar a comunicação do casal, a realizar atividades em conjunto e a planear rituais familiares. Por outro lado, foi também orientada para outros serviços, nomeadamente, psicologia (Figueiredo, 2012).

No que se refere à Dimensão Funcional, foi considerado o diagnóstico de enfermagem Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e Coping Familiar Não Eficaz. Para além das intervenções sugeridas anteriormente à família, foi promovido o envolvimento da família e otimizada a comunicação na família, otimizando também o padrão de assertividade. Foram promovidas/ negociadas estratégias adaptativas/ Coping na Família (Figueiredo, 2012).

Identificou-se nesta família a transição de desenvolvimento (FFA).

A família D é uma família do tipo outra, de classe média alta, a viver na cidade de Coimbra, mas que também tem casa no Porto, passando lá algumas temporadas, devido a questões laborais. É constituída pelo Sr G., 34 anos, engenheiro e pela Sra. B., 30 anos, projetista, com antecedentes pessoais de depressão e perturbação da personalidade, seguida em consulta de Psiquiatria e medicada. Vivem num bom local, num andar bastante espaçoso e confortável. A Sr^a. B. está grávida de 10 semanas e dirigiu-se à USF P. para a 1^a consulta de SM.

Em consulta de enfermagem, referiu sentir-se um pouco ansiosa relativamente a esta nova etapa do ciclo vital e às alterações fisiológicas associadas à gravidez, uma vez que sempre lidou mal com o seu corpo e com as mudanças. Ultimamente o casal tem comunicado pouco, muito atarefados com os respetivos empregos, o que não tem ajudado a Sr^a. B. a lidar com a ansiedade. Refere que não está satisfeita em relação ao modo como o casal expressa os seus sentimentos nesta fase. Por outro lado, sente-se preocupada com todas as questões dos direitos sociais na gravidez, uma vez que, sendo o primeiro filho, desconhece quais são.

Desta forma, e segundo o MDAIF, no que se refere à Dimensão de Desenvolvimento temos como diagnóstico de enfermagem Adaptação à gravidez Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado e Comunicação Não Eficaz.

As intervenções de enfermagem implementadas foram: informar o casal acerca dos direitos do casal na gravidez, ensinar o casal acerca das etapas de adaptação à gravidez, ensinar o casal acerca das alterações fisiológicas na gravidez e ensinar o casal acerca da nova etapa do ciclo vital, promoveu-se a comunicação expressiva das emoções e a comunicação do casal (Figueiredo, 2012).

Relativamente à Dimensão Funcional, levantou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem: Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Familiar Não Eficaz. Para além das intervenções anteriormente referidas, foi promovido o envolvimento da família, planeado um ritual na família e solicitada uma consulta de psicologia (Figueiredo, 2012).

Identificou-se a transição para a parentalidade.

A Família E é uma família do tipo alargada, constituída pela Sr^a. F., de 74 anos, viúva há 18 anos, pela Sr^a. V., de 47 anos, viúva há 6 anos e pelas filhas da Sr^a. V., a D., de 23 anos e a B., de 7 anos. A Sra. F. está reformada há vários anos, a Sra. V. é auxiliar de educação numa instituição e a D. começou atualmente a trabalhar numa empresa de aluguer de carros, é formada em Turismo. Vivem numa zona intermédia, numa casa com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais. São uma família de classe média.

Em consulta de enfermagem, a Sra. F., que é hipertensa e seguida em consultas no CS, acabou por referir que nos últimos tempos a comunicação na família é péssima. Não se sente satisfeita com a forma como expressa os seus sentimentos e sente que nenhum elemento da família procura resolver os problemas. Ela e a filha, a Sra. V. discutem muito e muito regularmente. A Sra F. está medicada com antidepressivos desde que o seu marido faleceu há 18 anos e a Sra. V. está medicada com antidepressivos desde que o pai da filha de 7 anos faleceu. Segundo a Sra. F. a filha ainda não ultrapassou o luto.

Desta forma e segundo o MDAIF, no que se refere à Dimensão Funcional temos como Diagnóstico de Enfermagem Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e Coping Familiar Não Eficaz.

As intervenções de enfermagem implementadas foram: promover a comunicação expressiva entre os elementos da família, promover o envolvimento da família, melhorar a comunicação na família, planejar rituais na família e otimizar padrão de assertividade (Figueiredo, 2012).

Identificaram-se duas transições situacionais (luto e início de carreira no mundo laboral)

Relativamente à família A, devido à dificuldade na adesão do Sr. J. aos tratamentos da DM, quer médicos, quer de enfermagem, realizou-se uma avaliação familiar completa, alicerçada no MDAIF, utilizando inclusivamente instrumentos de avaliação familiar, que passo a descrever:

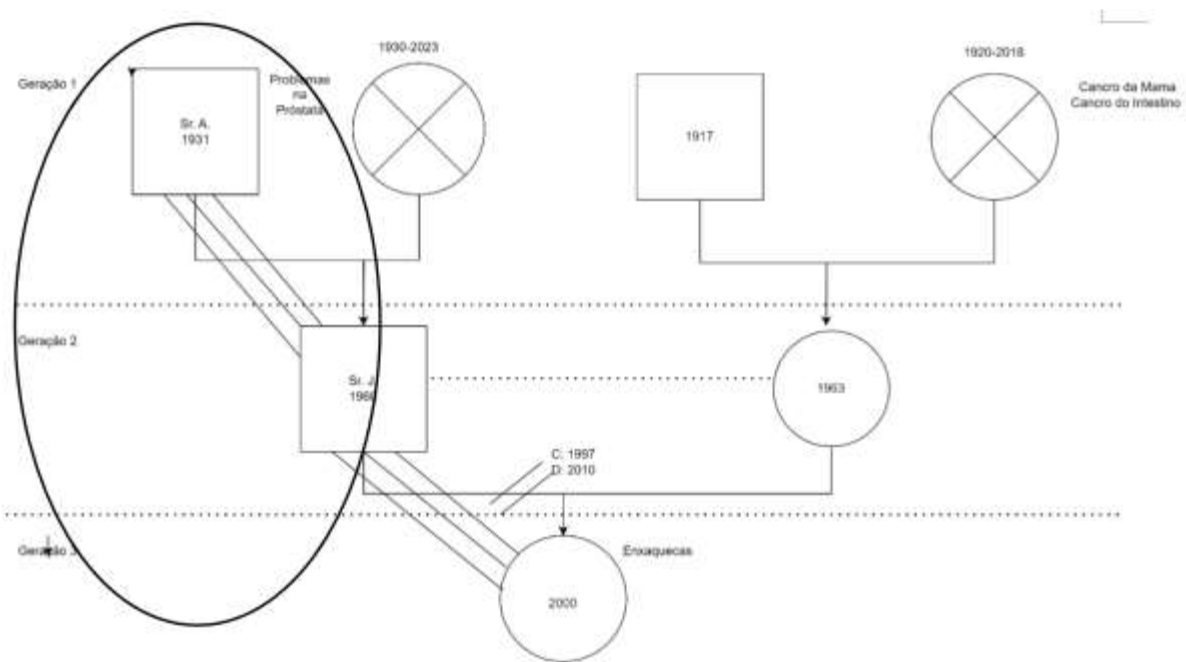
A - Dimensão Estrutural:

Composição da Família: A família 1 é composta pelo Sr J., de 64 anos, engenheiro civil, divorciado há 13 anos (deste casamento nasceu uma filha, com 24 anos atualmente), e pelo Sr. A., de 93 anos, reformado e viúvo há 10 meses.

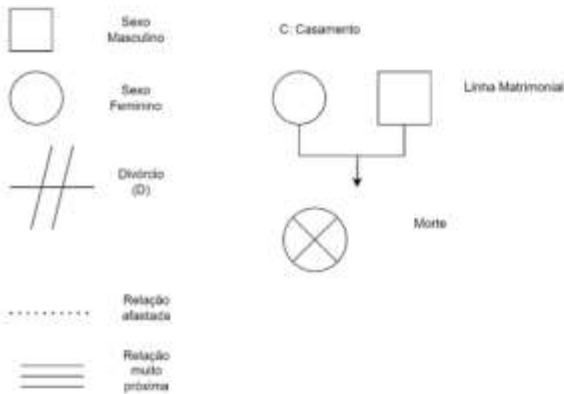
Foi elaborado um genograma da família 1, conforme apresentado na figura 17.

Figura 17

Genograma da Família 1



Legenda de hipóteses e acontecimentos da vida



Tipo de Família: É uma família do tipo alargada.

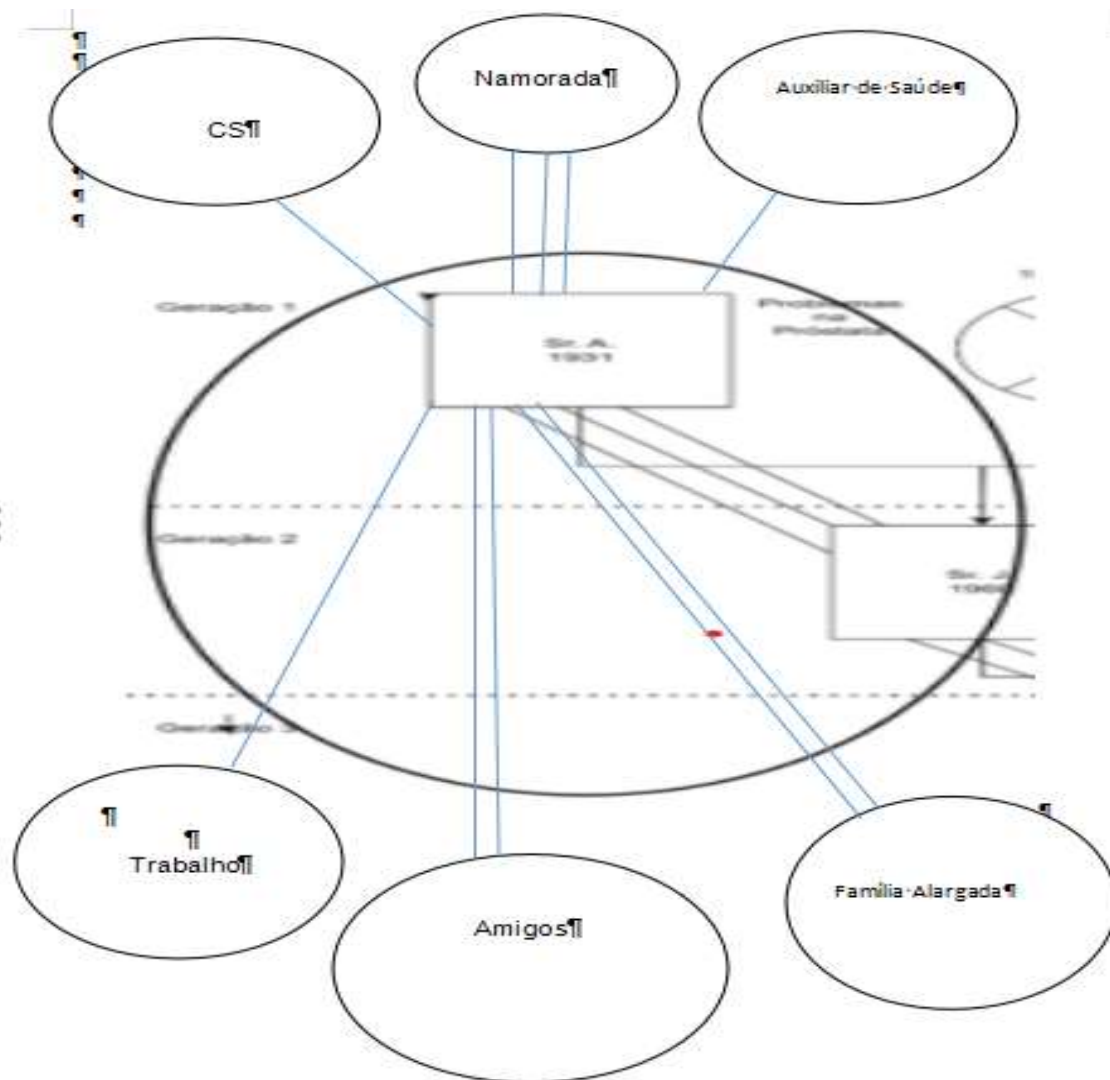
Família Extensa: O Sr. J. quando questionado sobre a família extensa referiu os seus primos. O tipo de contacto que mantém é pessoal, a intensidade desse contacto é semanal e a função das relações aponta como apoio emocional.

Sistemas mais amplos: A nível de interações sociais, o Sr. J. refere o CS, o trabalho, os amigos, a namorada e a auxiliar de saúde, que por vezes vai ao seu domicílio ajudá-lo a cuidar do pai.

Foi elaborado um ecomapa da família 1, conforme apresentado na figura 18.

Figura 18

Ecomapa da Família 1



Classe Social: É uma família de classe média alta, a viver num bom local.

Escala de Graffar adaptada

Profissão: Engenheiro civil

Instrução: Licenciatura

Origem do rendimento familiar: Certo

Tipo de habitação: Andar bastante espaçoso e confortável

Local de Residência: Bom local

Edifício Residencial

Barreiras Arquitectónicas: Não

Aquecimento: Central

Abastecimento de gás: Sim

Tipo de abastecimento: Gás canalizado

Higiene da habitação: Sim

Sistema de Abastecimento

Abastecimento de Água: rede pública

Utilização da água da rede privada para consumo humano: não

Serviço de tratamento de resíduos: rede pública

Ambiente Biológico

Animal Doméstico: Não

C - Dimensão Funcional:

Membro da família dependente: Sim

Dependência em:

Autocuidado higiene - sim

Autocuidado vestuário - sim

Autocuidado Ir ao sanitário - sim

Autocuidado Comportamento sono-repouso - sim

Autocuidado Atividade de lazer - sim

Autocuidado Atividade física - sim

Autocuidado Gestão do regime terapêutico - sim

Autovigilância - sim

Autoadministração de medicamentos - sim

Autocuidado comer - não

Autocuidado beber - não

Prestador de cuidados:

Membro da família - Sr J. (filho) e outro (auxiliar de saúde)

Se o prestador de cuidados não for membro da família: Iltrado: não

Profissão: Assistente Operacional

Papel de Prestador de Cuidados

Conhecimento do papel

Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Higiene: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Vestuário: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Comer: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Beber: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Ir ao sanitário: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Comportamento sono-reposo: sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Atividade Física: sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Gestão do regime terapêutico:

sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de habilidades sobre Autovigilância:

sim

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de habilidades sobre Autoadministração de medicamentos: sim

Comportamentos de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente: sim

O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente: sim

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente: sim

O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente: sim

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente: sim

O Prestador de cuidados promove comportamento sono adequado ao membro da família dependente: sim

O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente: sim

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente: sim

Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na auto-vigilância: sim

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: sim - o membro da família refere problemas físicos e emocionais associados ao desempenho do papel.

Processo Familiar

Comunicação Familiar

Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os seus sentimentos: Sr. J.

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos: sim

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros: sim

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família: favorável

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: sim

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros: sim

Comunicação Circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família: sim

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa: favorável

Coping Familiar

Solução de Problemas

Quem na família expressa mais os sentimentos: Sr. J.

Quem tem iniciativa para os resolver: Sr. J.

Existe discussão sobre os problemas da família: sim

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas: sim

A família recorre a recurso externos para resolução de problemas: sim - CS

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas - sim - O auxílio dos profissionais do CS tem sido fundamental, segundo o Sr.J..

Papéis Familiares

Interação de Papéis Familiares:

Papel de Provedor: Sr. J.

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: não

Papel de Gestão Financeira: Sr. J.

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: não

Papel de Cuidado Doméstico: Sr. J. e Auxiliar de Saúde

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: sim - o Sr. J. refere sentir-se bastante cansado e stressado com a vinda do pai para sua casa, porque para além das tarefas domésticas que realiza ainda tem que cuidar dele, apesar de ter a ajuda da auxiliar de saúde.

Papel Recreativo: Sr. J. e Auxiliar de saúde

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: sim, o Sr. J. refere sentir-se cansado e stressado com o cuidado ao pai, incluindo ter de organizar atividades lúdicas e de tempos livres para a família.

Papel de Parente: Sr. J.

Consenso do Papel: sim

Conflitos do Papel: não

Saturação do Papel: não

Relação Dinâmica

Influência e Poder

Membro com mais poder na família: Sr. J.

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros: sim

Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros: não

Os membros das famílias sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união: sim

Funcionalidade da Família

Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve (APGAR) Familiar de Smilkstein (Anexo 1)

Membro: Sr. J.

Resultado: Família altamente funcional

Membro: Sr. A.

Resultado: Família altamente funcional

Crenças Familiares

Religiosas: Católico

Valores: Honestidade

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde: O Sr. J. considera os profissionais de saúde ótimos e imprescindíveis.

Após a análise dos dados adquiridos na interação com a Família A, o diagnóstico anteriormente enunciado (Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Saturação do Papel) reflete a identificação das suas necessidades ou problemas, não esquecendo a importância de detetar as forças desta família. Para tal, os elementos têm que se questionar, no sentido de perceber o que na sua família está a trabalhar ou a funcionar, o que têm a seu favor, quais são os seus objetivos e o que gostariam de lhes ver acontecer (Gottlieb, 2016).

A avaliação dos resultados deverá ser uma ação contínua, baseada nos objetivos definidos anteriormente. O facto do Sr. J. ter faltado à consulta de psicologia e de nutrição indica-nos que devem ser formulados novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, implicando uma reformulação do plano de cuidados, até alcançarmos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Relativamente à família C, de forma a concretizar as intervenções houve a necessidade de implementar uma técnica de intervenção familiar: as cartas terapêuticas.

As cartas terapêuticas são um meio para atingir um fim e podem ser utilizadas com diversos propósitos, sendo que o objetivo principal destas cartas é convergir as vivências num relato que tenha sentido de acordo com os critérios de coerência e realismo. As vantagens encontradas com a elaboração das mesmas são situar a experiência de uma pessoa/família no tempo e não fazendo da experiência algo intemporal, temporalizam-na. Como os relatos são mais ricos e complexos do que os esquemas explicativos, podem conferir de significado muitos mais acontecimentos da vida das pessoas (Figueiredo, 2023).

Pelo facto desta técnica destacar os aspetos vitais das experiências vividas e auxiliar as pessoas a reescrever as suas vidas e as suas relações, foi aplicada à Família C.

Relativamente às famílias C, D e E, foi aplicada a técnica de intervenção familiar rituais terapêuticos.

Os rituais familiares são um conjunto de ações a efetuar com uma sequência regular, aceites pela família e que implicam todos os membros da família. Esta técnica é especificada no que se refere ao lugar, hora, ritmo de repetição e sequência. O objetivo desta técnica é alterar as regras do jogo familiar sem utilizar a explicação lógica e verbal dos factos, promover a proximidade, pôr em causa o emanhamento, a contestação de estereótipos, a diferenciação de papéis, a alteração de padrões de comunicação, a definição de hierarquias, o desenvolvimento dos sistemas de apoio, o aumento de competências e a instituição de recompensas (Figueiredo, 2023).

Assim, ficou validado com os elementos das famílias (cada família individualmente), o seu comprometimento em relação ao que estariam dispostos a fazer em conjunto, definindo a atividade, o local, a hora, o envolvimento de todos no planeamento dessa atividade e que na próxima consulta iríamos falar sobre como correu e como se sentiram.

Na família E foi utilizada também a técnica do reenquadramento.

O reenquadramento consiste na apresentação de uma nova versão do problema, alternativa e imprevisível, cuja finalidade é uma mudança de sentido ou de significado. Consiste em interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, inserindo maior

flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia. Reenquadrar o problema possibilita aos membros do sistema familiar uma nova visão, com vista a uma nova ação - ver diferente para fazer diferente (Figueiredo, 2023).

Dado que esta técnica permite a alteração da atribuição do problema a causas negativas para causas positivas, promovendo a harmonização das relações familiares entre os demais elementos foi aplicada à Família 5.

A avaliação e intervenção nas famílias supracitadas, fizeram-me refletir sobre diversas questões, nomeadamente, aquilo que se pretende do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar perante situações semelhantes.

Na opinião de Figueiredo (2012), a identificação colaborativa das necessidades da família e, a consequente enunciação dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar. Após a identificação e validação dos recursos e necessidades percebidas pelas famílias torna-se possível a fixação das prioridades, a especificação dos resultados prováveis e definição de intervenções específicas conducentes à celebração de objetivos co-definidos com a família.

O mesmo autor alega que, para conseguir ajudar as famílias, o enfermeiro deve promover o comprometimento da família com os objetivos definidos com base no processo de negociação, incentivando os elementos da família a elaborarem soluções promotoras de mudança.

O EEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar é detentor de conhecimento elevado no que se refere à saúde familiar. O papel dos enfermeiros é singular e relevante junto das famílias, sendo um profissional de referência, um gestor de caso. É um elemento essencial no acesso aos cuidados de saúde, sendo urgente incorporar estes profissionais em todas as unidades.

Vivemos num tempo de desafios, com crises sociais e económicas, que se refletem nas famílias. O EE deve estar atento a todas as famílias, especialmente às famílias em situações de vulnerabilidade, pois está numa posição privilegiada para intervir na família (a nível individual, relacional, comunitário, social).

Algumas famílias vivem situações de saúde complexas e nesses casos, a intervenção do EE não passa tanto pela intervenção direta, mas mais por orientar, encaminhar. O EE é um recurso, para capacitar, para orientar, para ajudar a gerir situações complexas. Para tal, tem de conhecer os recursos existentes (institucionais, comunitários, DGS), tem de estar atualizado. O EE com as suas intervenções protege a família.

Perante a realidade da população portuguesa, o EE tem de ter cada vez mais sensibilidade cultural, ou seja, prestar cuidados culturalmente sensíveis. As intervenções podem ser culturalmente incongruentes para as famílias que têm uma cultura diferente. O EE tem de saber trabalhar com a multiculturalidade.

Famílias em situação de pobreza, em risco de exclusão social, a vivenciar um processo de luto, famílias ilegais, famílias em que há violência doméstica e/ou elementos com problemas de saúde mental são exemplos de famílias em situação de saúde complexa, as quais o EE deve acompanhar de forma mais atenta e intervir de forma ainda mais célere. No entanto, estas famílias não são de fácil intervenção, implicam quase sempre a intervenção de um coletivo, ou seja, a intervenção da equipa multidisciplinar. Os EE não trabalham sozinhos, precisam de parcerias.

Em suma, nas famílias em situação de saúde complexa, os fatores de risco potenciam-se. Quanto mais fatores de desequilíbrio viverem, mais a família vive uma situação complexa. O EE deve ativar metas, não perder o foco e acompanhar.

Em todas as famílias anteriormente avaliadas, houve a necessidade do EE efetuar referenciação, quer tenha sido para consultas de psicologia, nutrição e/ou serviço social, orientando, assim, a família para outros profissionais de saúde e promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde à família, atendendo à unidade de Competência Específica de EE **“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Os enfermeiros que desempenham as suas funções em unidades funcionais podem e devem realizar referenciações externas e internas, caso se justifique. As referenciações externas são, por exemplo, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e as internas são, por exemplo, para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Sendo Portugal um dos países mais envelhecidos do mundo, é cada vez mais importante trabalhar a saúde de uma forma integrada. É necessário que os enfermeiros estejam dotados de conhecimento - literacia em saúde - para poderem ajudar os cidadãos/famílias, quer seja através de referenciação, quer seja através da partilha de informação, para que as famílias saibam onde se dirigir quando precisam de determinadas soluções.

No decorrer do 2º estágio realizado na USF P., houve a oportunidade de efetuar a referenciação externa de uma família em situação de saúde complexa (pobreza, isolamento, transição saúde-doença), para a RNCCI. O procedimento informático é um pouco moroso, no

entanto, com a ajuda da enfermeira orientadora cooperante, a mestranda considera ter ficado apta a realizar autonomamente este tipo de referenciação. Deste modo, geriu-se a continuidade dos cuidados de saúde com outra instituição, sempre com a autorização da família (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Ao longo de toda a componente clínica, a necessidade de orientação a fim de melhorar a prática em enfermagem de saúde familiar foi uma constante. O diálogo com a enfermeira orientadora cooperante foi fundamental neste aspeto, uma vez que pela sua experiência e conhecimento, esta foi uma base sólida para o desenvolvimento enquanto futura EE na área da saúde familiar. Os cuidados de enfermagem de saúde familiar foram prestados em conformidade com os padrões preconizados, tendo por base o processo de enfermagem, tal como já foi descrito anteriormente neste capítulo.

Por outro lado, a prática clínica foi avaliada continuamente, com o intuito de melhorar o desempenho. As reflexões com a enfermeira orientadora foram diárias e as reuniões com a professora orientadora, embora mais espaçadas no tempo, contribuíram de forma bastante positiva para o desenvolvimento de competências.

De modo a impulsionar o desenvolvimento pessoal e profissional durante a componente clínica, para além do recurso regular à pesquisa bibliográfica, realizou-se diversas formações relacionadas com a área da saúde familiar, com o intuito de ampliar o conhecimento nesta área e assim prestar melhores cuidados às famílias. Embora os conhecimentos adquiridos no mestrado tenham sido indispensáveis para uma prática baseada na evidência, em determinadas questões foram sentidas lacunas no conhecimento. As formações que foram frequentadas serão descritas no final deste capítulo.

A fim de tentar resolver a situação da família A (uma situação que envolve um cuidador informal e uma pessoa mais vulnerável em situação de dependência física funcional), houve a necessidade de colaborar com colegas da UCC, pelo que, tendo em conta o que foi referido anteriormente, atendeu-se à unidade de Competência Específica de EE **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

Em todas as atividades desenvolvidas, principalmente nas Consultas de Enfermagem à Família, procurou-se que existisse um período em que as famílias manifestassem a sua opinião, relativamente aos cuidados prestados e à sua satisfação com a relação enfermeiro/família. A conceção dos cuidados foi sempre alicerçada no MDAIF, integrando deste modo, a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar atendendo-se à unidade de Competência Específica de EE **“Formaliza a**

monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”

(Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358).

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro (2019), por competências comuns entendem-se ser as competências, partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, manifestadas 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.

Segundo o artigo 4º do regulamento supracitado, os domínios das Competências Comuns do EE são: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (p. 4745).

Os princípios éticos fundamentais no contexto dos cuidados de saúde são três: o princípio do respeito pelas pessoas, o princípio da justiça e o princípio da beneficência (ou não-maleficência) (Thompson et al., 2004).

O Código Deontológico do Enfermeiro é um pilar fundamental para a prática dos enfermeiros portugueses, dado que neste se expõem os deveres profissionais alicerçados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se direcionam os cuidados de enfermagem, assim como nas responsabilidades que a profissão adotou (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Assim sendo, tendo em conta os princípios mencionados, o Código Deontológico dos Enfermeiros e o corpo de conhecimento adquirido na UC de Ética e Deontologia, prestaram-se cuidados à família sustentados nos principais princípios éticos e deontológicos, assegurando práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais.

Na intervenção junto das famílias, manteve-se sempre a privacidade das mesmas, tendo, por exemplo, o cuidado de fechar a porta do gabinete de enfermagem durante as consultas. Teve-se, também, o cuidado de realizar uma breve apresentação no início das consultas, questionando se a presença enquanto mestrande era permitida, uma vez que estando em formação, as famílias podiam não querer a presença de um aluno (respeito pelas preferências do cliente e pelo seu direito à escolha). Toda a informação das famílias acedida enquanto profissional, quer oral, quer escrita, foi mantida confidencial e segura.

Em contexto de consulta, todas as informações disponibilizadas pelas famílias foram consentidas e de modo a proteger a confidencialidade da identidade dos envolvidos, na

descrição efetuada neste relatório, codificaram-se as famílias, isto é, a cada família foi atribuído uma letra (A,B,C,D e E).

No próximo capítulo, dedicado à atividade de investigação, estão descritos, entre outras questões, os procedimentos que foram realizados com o propósito de respeitar os aspetos ligados às questões éticas, nomeadamente, a entrega do Formulário de Consentimento Informado aos participantes do estudo. Este consentimento garantiu que a sua participação foi totalmente voluntária e esclarecida.

O ficheiro de famílias da enfermeira orientadora cooperante integra famílias originárias de outros países da Europa, África, América-latina, de outras etnias, e de diferentes crenças religiosas, pelo que nas consultas de enfermagem a estas famílias o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais específicas foi cumprido. Por outro lado, as estratégias de resolução de problemas foram criadas em parceria com as famílias e procurou-se ser íntegra, imparcial, idónea, respeitar a autonomia/dignidade da família garantindo a sua segurança. Entre outros comportamentos apresentados, estes são, sem dúvida, aqueles considerados mais relevantes e que demonstram um exercício seguro, profissional e ético. Posto isto, atendeu-se à Competência Comum do EE do domínio da “**Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**” (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Por sua vez, a elaboração do ficheiro de caracterização das famílias demonstrou iniciativa e dinamismo no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, e a sua realização exigiu a mobilização de conhecimentos e habilidades, assegurando a melhoria contínua da qualidade, atendendo-se à Competência Comum do EE do domínio da “**Melhoria Contínua da Qualidade**” (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No sentido de desenvolver esta competência comum foram realizadas outras atividades, em parceria com a enfermeira orientadora cooperante, nomeadamente: a auditoria dos registos clínicos da diabetes, a atualização das informações disponíveis para os utentes, que se encontram afixadas nos placardes na USF P.; a organização do Manual de Procedimentos, onde estão compilados os procedimentos aprovados em Conselho Geral e a participação no Manual de Boas Práticas, complementando-o com determinados conhecimentos relativos à saúde familiar que ainda estavam em falta (duas escalas de avaliação familiar); a colaboração na entrega de questionários aos utentes/famílias, onde se pretende averiguar a satisfação dos mesmos com a USF P. e a participação na introdução dos dados na plataforma respetiva (esta avaliação é anual e está relacionada com o indicador proporção de utilizadores muito satisfeitos).

No decorrer dos estágios na USF P. foram utilizadas ferramentas e técnicas de Melhoria Contínua da Qualidade, designadamente, a metodologia 5S (no que diz respeito ao gabinete de consultas da enfermeira orientadora cooperante, que não tinha somente o estritamente necessário) e o *Benchmarking* (o diálogo com colegas que exercem funções em outras unidades foi uma constante, no sentido de conhecer as suas práticas, comparar com as implementadas na USF P. e optar pelas melhores).

Promoveu-se ainda uma cultura de segurança, incentivando a utilização de mecanismos formais para a participação de incidentes, designadamente o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Segurança do Doente, informando as famílias que este sistema não é só para profissionais e que pode ser utilizado pelos cidadãos para comunicar ocorrências relacionadas com a segurança do utente na prestação dos cuidados de saúde.

Posto isto, promoveu-se a integração dos conhecimentos na área da qualidade na prestação dos cuidados, usou-se indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas; participou-se em auditorias clínicas; colaborou-se na realização de atividades na área da qualidade; agilizou-se a elaboração de guias orientadores de boas práticas, promovendo a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade; cooperou-se na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores; supervisionou-se os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

As consultas de enfermagem foram sempre um espaço seguro para as famílias, na medida em que, o respeito pelas diversas identidades culturais e necessidades espirituais estiveram presentes, garantindo-se assim um ambiente terapêutico.

Procurou-se desenvolver continuamente um trabalho com as famílias pautado pela organização, de modo a diminuir a probabilidade de erro humano e contribuiu-se para os processos de suporte, nomeadamente, no aprovisionamento/ stocks, colaborando na gestão de materiais (armazém avançado do CS).

O trabalho desenvolvido com as famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante e exemplificado, de forma resumida, através das famílias A, B,C, D e E, demonstra como os conhecimentos na área da saúde familiar e a sua aplicação na prática proporcionam uma gestão mais eficaz dos cuidados de enfermagem, otimizam as respostas da equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Como futura EE na área da saúde familiar, demonstrou-se disponibilidade, desde o início, para prestar assessoria aos enfermeiros e à equipa, partilhando com os colegas os conhecimentos mais atuais, fidedignos e baseados na evidência neste domínio. Todos os

profissionais da equipa da USF P. demonstraram bastante interesse em se atualizarem e ficarem a par destes conteúdos.

Por diversas ocasiões, a mestranda participou nas decisões da equipa de saúde, dialogando frequentemente com a enfermeira orientadora cooperante e com a equipa médica para, em conjunto, serem deliberadas as melhores soluções para as diversas problemáticas que iam surgindo.

Tal como já foi referido anteriormente, foram identificadas as situações que exigiam negociação e referenciação para outros profissionais de saúde e instituições, encaminhando, devidamente, essas famílias, o que otimizou, indubitavelmente, o processo de cuidados.

Sempre com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, procurou-se adequar os recursos disponíveis às respetivas necessidades, tendo como suporte a legislação, as políticas e os procedimentos de gestão de cuidados mais recentes. Para tal, o conhecimento teórico adquirido nas aulas do mestrado foi fulcral, não só por toda a base de segurança que proporcionou, mas também pelo que instigou na capacidade de pesquisa.

Sabendo à priori que o método de trabalho da USF P. é o método de trabalho por equipa de saúde familiar, procurou-se exercer as funções em articulação com a médica de família e a assistente técnica, bem como com a outra equipa nuclear com a qual trabalhava em espelho, reconhecendo e respeitando os diferentes papéis e funções interdependentes de cada elemento da equipa. Através de uma postura assertiva, promoveu-se um ambiente positivo e benéfico à prática.

Apesar de não terem sido desempenhadas funções de liderança na equipa, este tema foi abordado em conversa com a enfermeira orientadora cooperante, com o objetivo de refletir sobre a importância que esta questão tem nas equipas de saúde familiar, sabendo que ser um bom líder é extremamente exigente, mas que quando essa figura existe, consegue motivar toda a equipa a trabalhar mais e melhor em prol de um objetivo comum, que são os ganhos em saúde para as famílias. Mantendo uma atitude humilde, tentou-se influenciar a introdução de inovações na prática especializada, fundamentando com o conhecimento adquirido nas diversas unidades curriculares.

Posto isto, todas as atividades e comportamentos anteriormente relatados, demonstram que foi efetuada uma gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, salvaguardando a segurança e qualidade das tarefas delegadas, atendendo-se, assim, à Competência Comum do EE do domínio da “**Gestão dos Cuidados**” (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Relativamente ao domínio do “**Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**”, este foi atingido, na medida em que, no decorrer dos estágios realizados na USF P. foi desenvolvido o autoconhecimento e a assertividade, centrais na prática de enfermagem. Exercendo funções no meio hospitalar já há vários anos, lidar com a mudança de serviço e de equipa não foi fácil, no entanto, foram estes momentos de desafio que trouxeram as maiores aprendizagens pessoais e profissionais.

De facto, é importante conhecermo-nos e percebermos que esse autoconhecimento influencia diretamente as relações terapêuticas e multiprofissionais. Conhecermo-nos, no fundo, implica reconhecer os nossos próprios recursos e limites. Estudar e trabalhar simultaneamente é altamente desgastante e os limites enquanto pessoa foram verdadeiramente testados. Contudo, a capacidade de ultrapassar todas essas dificuldades e de lidar com a pressão manteve-se, revelando uma enorme resiliência e foco.

Tendo como alicerce os conhecimentos adquiridos na UC de Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade relativamente à gestão de conflitos, foram identificadas e antecipadas situações de provável conflitualidade e perante essas situações foram aplicadas técnicas adequadas para a resolução das mesmas, designadamente a escuta ativa e o *rapport*.

Como exemplo, nas consultas de enfermagem ocorreram certos momentos de tensão com alguns utentes/ famílias, quer por apresentarem um estilo de comunicação agressivo, quer por discordarem dos ensinamentos e orientações propostas pelos enfermeiros. Contudo, recorrendo às técnicas certas, as situações de conflito foram revertidas, demonstrando, assim, o poder da comunicação assertiva.

Os conflitos são inevitáveis, no entanto, contrariamente ao que se pensa, estes podem ser sinónimo de crescimento.

De modo a fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica, seguindo o aconselhamento da enfermeira orientadora cooperante foi revisto o Plano Nacional de Saúde; os diversos Programas de Saúde Prioritários (Alimentação Saudável, Atividade Física, Controlo do Tabagismo, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Saúde Mental, entre outros); os Programas de Saúde (SIJ, Vacinação, Saúde Sexual e Reprodutiva, Intervenção Precoce na Infância, entre outros); o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, entre outros documentos da DGS.

A leitura atenta e reflexiva destes documentos da DGS alicerçou, ainda mais, os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e relevante, garantindo a segurança dos cuidados prestados às famílias. Estes documentos abordam de

uma forma estruturada, pormenorizada e sustentada em evidência científica, que cuidados de enfermagem devem ser prestados à pessoa/família, nas diversas consultas de enfermagem.

De salientar que, os diversos Planos e Programas já fazem referência à família como alvo dos cuidados de enfermagem e não só à pessoa, o que revela a importância cada vez mais crescente e unânime da saúde familiar.

A caracterização das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante permitiu perceber a existência de inúmeras famílias com um ou mais elementos com DM. Este facto, aliado ao contacto com a família A e a realização da sua avaliação detalhada, despertaram o interesse para esta temática. Assim, com o objetivo de dar visibilidade à Enfermagem de Saúde Familiar, de favorecer a aprendizagem da equipa e das próprias famílias, em parceria com a enfermeira orientadora, elaborou-se um poster intitulado “A família e a importância do seu apoio para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2”, que foi afixado na USF P. (Apêndice 2).

A construção deste poster implicou o uso das tecnologias de informação e dos métodos de pesquisa mais adequados, nomeadamente a Elton Bryson Stephens Company (EBSCO) Host Web.

A realização deste poster, bem como a sua partilha com a equipa multidisciplinar, introduziu novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados e demonstrou a capacidade de interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência que ajudam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem e da prática clínica especializada.

De forma a atuar como agente ativa no campo da investigação, no 1º estágio realizado na USF P., foram identificadas no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, duas famílias a vivenciar uma transição desenvolvimental, FFA (filho mais velho 13-20 anos), com o intuito de avaliar e intervir nestas famílias e desenvolver, posteriormente, um estudo de investigação.

A escolha das famílias a vivenciar este tipo de transição esteve relacionada com o gosto pessoal, com a falta de registos nesta área de atenção da enfermagem de saúde familiar e com o facto de existir uma elevada percentagem de FFA no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante.

O contacto com estas famílias evidenciou a necessidade de avaliação e intervenção, na medida em que, em consulta de enfermagem todas demonstraram dificuldades na fase que estavam a viver, principalmente a nível do processo familiar, o que serviu de mote para o estudo de investigação que será apresentado no próximo capítulo. Neste estudo serão interpretados, organizados e divulgados resultados provenientes da evidência que irão

contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, bem como para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Desta forma, as atividades clínicas efetuadas com as famílias proporcionaram o desenvolvimento das atividades de investigação, sendo que a prática clínica foi sempre baseada na evidência científica. Foi elaborado, inicialmente, um projeto de investigação, que foi partilhado com a enfermeira orientadora cooperante, e que foi a base para todo o trabalho de investigação desenvolvido.

Tratam-se, então, de duas famílias do tipo nuclear (família 1 e 2), no V estadio do Ciclo Vital de Duvall - FFA. A família 1 tem uma filha na adolescência tardia e um filho no início da adolescência. A família 2 tem um filho na adolescência tardia e uma filha com 5 anos.

De modo a conhecer e compreender melhor cada uma destas famílias, foi realizada uma anamnese, recolhendo dados sobre os antecedentes familiares, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, situação profissional, tipo de família, número de filhos e idades.

Foi também utilizado o instrumento de avaliação familiar APGAR Familiar, sendo que na família 1 e 2, na avaliação final obtiveram-se resultados entre 7 e 10 - família altamente funcional, o que no fundo demonstrou a forma como cada elemento percecionava a sua família naquele exato momento. A utilização deste instrumento de avaliação familiar direcionou a avaliação que possibilitou a identificação de necessidades efetivas do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Na avaliação e intervenção efetuada a estas famílias que se encontram a vivenciar uma transição desenvolvimental, procurou-se auxiliar na identificação e concretização das tarefas específicas a desenvolver nesta fase do ciclo vital, para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento.

Posto isto, as diversas avaliações familiares efetuadas permitiram perceber que as diferentes formas que hoje a família apresenta, variando em estrutura, funções e processos, desafia os enfermeiros a repensar e adaptar à singularidade de cada sistema familiar as suas práticas, atendendo à família como um todo, como um sistema (Wernet & Ângelo, 2003; Santos, 2012; Wright & Leahey, 2013, conforme citado por Figueiredo, 2023). Assim, em cada elemento da família ver a sua família implica o domínio de novos métodos de avaliação e, conseqüentemente, de intervenção (Figueiredo, 2023).

Após a descrição e análise do trabalho desenvolvido com as famílias, torna-se pertinente a elaboração de indicadores de saúde que demonstrem os resultados das intervenções realizadas.

Os indicadores de saúde são instrumentos de medida que foram sendo desenvolvidos para caracterizar o estado atual e objetivar as melhorias em saúde da população. Estes foram criados de modo a responder às necessidades dos vários intervenientes, não só ao nível da atividade clínica, mas também para apoio à atividade de planeamento e gestão e favorecendo ainda a prestação de contas com a população. Estes são utilizados para a medição dos recursos (*inputs*) e produção (*outputs*) mas também de resultados (*outcomes*) e impacto (*impact*) (Pereira, 2018).

Segundo o mesmo autor, estes instrumentos de medida são aproximações matemáticas à realidade, não conseguindo traduzir de forma objetiva toda a complexidade existente enxertada num conjunto de particularidades do mundo real. Esta dificuldade leva a que não possam ser consideradas metas definitivas, mas rumos de orientação, pelo que foi acordado dar-lhes o nome de indicadores.

A avaliação de resultados deverá ser um processo contínuo baseado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. Os ganhos manifestam-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, que significam novas histórias, novas relações e novos comportamentos. Torna-se fundamental a adequação do SI à lógica matricial do MDAIF (Figueiredo, 2012).

O mesmo autor refere que, para que a arquitetura do modelo de dados possibilite a utilização da informação documentada, prevê-se a definição do Resumo Mínimo de Dados que, com base na matriz operativa, indique o conjunto de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem às famílias.

Assim, foram calculados os indicadores epidemiológicos (taxas de avaliação e de prevalência) e de resultado (modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem), das 55 famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante que foram avaliadas presencialmente.

A taxa de avaliação consiste na relação entre o n.º de casos de um diagnóstico de enfermagem e o total de casos num determinado período (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Seguidamente, apresentam-se os Indicadores de Avaliação elaborados e as respetivas Taxas de Avaliação de cada área de atenção da dimensão Estrutural (tabela 2), da dimensão Desenvolvimento (tabela 3) e da dimensão Funcional (tabela 4) do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 2

Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Estrutural por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
<u>n.º de famílias avaliadas em Tipo de Família</u> x100 n.º total de famílias	<u>597</u> x100 597	100%
<u>n.º de famílias avaliadas em Rendimento Familiar</u> x100 n.º total de famílias	<u>55</u> x100 597	9,2
<u>n.º de famílias avaliadas em Edifício Residencial</u> x100 n.º total de famílias	<u>55</u> x100 597	9,2
<u>n.º de famílias avaliadas em Precaução de Segurança</u> x 100 n.º total de famílias	<u>55</u> x100 597	9,2
<u>n.º de famílias avaliadas em Abastecimento de Água</u> x100 n.º total de famílias	<u>55</u> x100 597	9,2

Tabela 3

Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
<u>n.º de famílias avaliadas em Estadio do Ciclo Vital Familiar</u> x100 n.º total de famílias	<u>597</u> x100 597	100

<u>n.º de famílias avaliadas em Satisfação Conjugal</u> x100	<u>44</u> x100	12,2
n.º total de famílias com subsistema conjugal	361	
<u>n.º de famílias avaliadas em Planeamento Familiar</u> x100	<u>3</u> x100	1,5
n.º total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil	200	
<u>n.º de famílias avaliadas em Adaptação á Gravidez</u> x100	<u>2</u> x100	100
n.º total de famílias com subsistema conjugal e gravidez	2	
<u>n.º de famílias avaliadas em Papel Parental</u> x100	<u>30</u> x100	7,2
n.º total de famílias com subsistema parental	414	

Tabela 4

Taxas de avaliação familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Funcional por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
<u>n.º de famílias avaliadas em Papel de Prestador de Cuidados</u> x 100	<u>5</u> x100	20
n.º total de famílias com membro dependente	25	
<u>n.º de famílias avaliadas em Processo Familiar</u> x 100	<u>51</u> x100	8,5
n.º total de famílias	597	

A taxa de prevalência consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/ diagnóstico de enfermagem durante um momento ou período de tempo específico e a população nesse período (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Seguidamente são apresentados os Indicadores de Prevalência e as Taxas de Prevalência de cada área de atenção da Dimensão Desenvolvimento (tabela 5) da Matriz Operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 5

Taxas de prevalência familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de Prevalência	Taxa de Prevalência (%)
<u>n.º de famílias com Satisfação Conjugal não mantida</u> x 100 n.º total de famílias com subsistema conjugal avaliadas	<u>15</u> x100 44	34,1
<u>n.º de famílias com Planeamento Familiar não eficaz</u> x 100 n.º total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas	<u>1</u> x100 18	5,5
<u>n.º de famílias com Adaptação à Gravidez não adequada</u> x 100 n.º total de famílias com subsistema conjugal e gravidez avaliadas	<u>2</u> x100 3	66,6
<u>n.º de famílias com Papel Parental não adequado</u> x 100 n.º total de famílias com subsistema parental avaliadas	<u>2</u> x100 30	6,6

Tabela 6

Taxas de prevalência familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Funcional por área de atenção	Indicador de Prevalência	Taxa de prevalência (%)
<u>n.º de famílias com Papel de Prestador de Cuidados não adequado</u> x 100	<u>1</u> x100 3	33,3

n.º total de famílias com membro dependente avaliadas		
<u>n.º de famílias com Processo Familiar disfuncional</u> x100	<u>5</u> x100	0,83
n.º total de famílias	597	

Os diagnósticos e intervenções que foram enunciadas ao longo deste capítulo convertem-se em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo obter indicadores de resultado, nomeadamente, modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem.

Os indicadores de resultados do tipo modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, calculam-se dividindo o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno / diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno / diagnóstico, num certo período de tempo (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Seguidamente, apresentam-se os Indicadores de Resultado que refletem os Ganhos em Saúde na dimensão de Desenvolvimento (tabela 7), e da dimensão Funcional (tabela 8) do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 7

Indicadores de resultado (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de resultado	Ganhos em Saúde (%)
<u>n.º de famílias com diagnóstico modificado em Satisfação Conjugal</u> x 100	<u>5</u> x100	33,3
n.º total de famílias com Satisfação Conjugal não mantida	15	
<u>n.º de famílias com diagnóstico modificado em Planeamento Familiar</u> x 100	<u>1</u> x100	100
n.º total de famílias com Planeamento Familiar não eficaz	1	

<u>n.º de famílias com diagnóstico modificado em Adaptação à Gravidez</u> x 100	<u>2</u> x100	100
n.º total de famílias com Adaptação à Gravidez não adequada	2	
<u>n.º de famílias com diagnóstico modificado em Papel Parental</u> x 100	<u>1</u> x100	50
n.º total de famílias com Papel Parental não adequado	2	

Tabela 8

Indicador de resultado (Ganho em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar	Indicador de resultado	Ganho em Saúde (%)
<u>n.º de famílias com diagnóstico modificado em Processo Familiar</u> x 100	<u>3</u> x100	60
n.º total de famílias com Processo Familiar disfuncional	5	

Posto isto, a elaboração destes indicadores, bem como os seus resultados refletem as avaliações e intervenções que foram realizadas às famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, caracterizando o estado efetivo das famílias e objetivando o trabalho que ainda há a realizar. Inequivocamente, os indicadores de saúde são uma mais-valia quer para as famílias, quer para os profissionais, dando visibilidade ao trabalho do EE na área da Saúde Familiar.

Por outro lado, com o objetivo de ampliar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, foram desenvolvidas outras atividades que apesar de não terem sido planeadas inicialmente, revelaram-se importantes para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE. Destas atividades salientam-se a participação no:

- V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar que decorreu nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, em formato *online* e presencial nos Açores, organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo 2). Neste congresso foi possível assistir ao *workshop* “Entrevista Motivacional” e “Conciliando trabalho e família: metodologia de projeto para uma saúde familiar sustentável”. Nas conferências apresentadas abordaram-se temas atuais e pertinentes na área da saúde familiar, tais como “Sexo, género e orientação Sexual: que desafios para as famílias?”, “Eutanásia...e agora?”, “Ganhos em saúde: da prática á documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar”.
- Encontro Nacional “Cuidadores Informais: Capacitar, para cuidar de pessoas com demência” que decorreu no dia 8 de novembro de 2023, em formato presencial, em Coimbra, organizado pela ESEnfC (Anexo 3). O encontro abordou temáticas como a formação e investigação em cuidadores informais, a capacitação psicoeducacional de cuidadores informais de pessoas com demência dependentes no autocuidado e divulgou práticas e projetos em cuidadores informais de pessoas com demência. Reforçou ainda a importância de promover a literacia em saúde das famílias, no sentido de terem acesso a todos os apoios disponíveis em Portugal, no que se refere ao cuidado informal.
- Congresso da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 25 anos que decorreu nos dias 9 e 10 de novembro de 2023, em formato presencial, em Gondomar, organizado pela Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (Anexo 4). Caracterizado pela excelência técnico-científica dos seus conteúdos, neste congresso foram abordadas temáticas sobre as últimas inovações no tratamento de feridas, os desafios associados às feridas infetadas e respetivas soluções, o processo de tomada de decisão em feridas, educação em feridas, terapia compressiva, tratamento de feridas complexas, abordagens multidisciplinares para o cuidado de feridas, novos consensos e evidências e a importância da intervenção do enfermeiro de família nos cuidados aos utentes/ famílias com feridas.
- 1ST Allergy & Respiratory Summit” que decorreu nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2024, em formato *online* e presencial em Lisboa, organizado pela Ordem dos Médicos (Anexo 5). O evento permitiu atualizar conhecimentos no âmbito das doenças alérgicas e respiratórias, reforçando o papel do enfermeiro de saúde familiar junto destas pessoas/famílias, especificando quais as suas intervenções e ganhos em saúde para as famílias e a necessidade de existir uma consulta de enfermagem específica para utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) nos CSP.

- 3ª Edição das Conversas com a Pedopsiquiatria que decorreu no dia 22 de fevereiro de 2024, em formato presencial no Hospital de Magalhães Lemos, no Porto, organizado pelos internos de formação específica de Pedopsiquiatria do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e da Adolescência da ULS de Santo António (Anexo 6). Permitiu aprofundar conhecimentos sobre a infância e a adolescência em mudança através da discussão e partilha de experiências entre os diversos profissionais que trabalham diariamente com crianças e adolescentes em diferentes contextos. Foi realçado o papel da enfermagem nos CSP, junto de famílias cada vez mais nucleares, com menos família alargada e com menor rede de apoio e suporte. Foram identificados os casos que os enfermeiros devem referenciar dos CSP para a urgência de Pedopsiquiatria e os respetivos sinais de alarme. Foi evidenciada a importância de motivar e de trabalhar com a família.
- XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato *online*, organizado pela ESEnfC (Anexo 7). Neste encontro foram abordadas matérias relacionadas com a enfermagem de saúde familiar no mundo global, digital e em transformação e foram apresentados os contributos do Projeto de Investigação e Ação em Saúde Familiar. Foi apresentada pela mestrandia, a comunicação em formato de poster "A família e a importância do seu apoio para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2" (Anexo 7).

Os conhecimentos adquiridos com a participação nas conferências e seminários supracitados contribuíram, indubitavelmente, para a formação pessoal e profissional e principalmente para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tendo em conta tudo o que foi referido ao longo deste capítulo, pode concluir-se que os objetivos de aprendizagem definidos para a componente estágio foram alcançados, na medida em que, desenvolveram-se processos de prestação de cuidados especializados à família, avaliaram-se os processos de saúde/doença no âmbito da enfermagem familiar, enquadraram-se na prática clínica a evidência disponível, desenvolveram-se competências de trabalho em equipas multidisciplinares e determinou-se uma questão/ problema clínico, passível de formulação de questão de investigação como fundamento para a realização de investigação. Do mesmo modo, foram desenvolvidas as competências gerais para o ciclo de estudos, e especializadas para a Enfermagem e para a EC na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESEnfC, 2023).

No decorrer deste capítulo foi analisado, de forma crítica e reflexiva, o processo de ensino-aprendizagem, comunicando o desenvolvimento das competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Familiar, demonstrando assim que os objetivos delineados para a

componente relatório também foram atingidos. Tal como foi referido anteriormente, os resultados conseguidos no processo de identificação e introdução da prática baseada na evidência identificados na resposta a questão/problema clínico identificado serão descritos seguidamente, no 2º e último capítulo deste relatório.

Importa ainda referir que embora os objetivos propostos inicialmente tenham sido alcançados, existiram determinados fatores que foram dificultadores no cuidar a família como unidade de cuidados e consequente desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, nomeadamente, o tempo atribuído a cada consulta de vigilância de saúde de enfermagem ser demasiado reduzido para o n.º de avaliações e intervenções que podem e devem ser realizadas de acordo com o MDAIF; o n.º de famílias atribuídas a cada enfermeiro de família ser praticamente o dobro do valor recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, o que diminui substancialmente a capacidade e qualidade da resposta em saúde que deveria ser oferecida às famílias; os registos relativos aos cuidados prestados à família, realizados no Programa de Saúde da Família, não são transferidos automaticamente para o processo do utente, o que leva a que o acesso a estes dados seja mais moroso e não haja articulação entre o processo individual e familiar, diminuindo a visibilidade dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar; no SI SClinico não estão disponíveis todos os instrumentos de avaliação familiar, tais como, o genograma, o ecomapa, a psicofigura de Mitchel, o APGAR Familiar e a FACES II, pelo que a avaliação e respetivo registo da mesma não é tão completa. Todos estes entraves à prática de uma Enfermagem de Saúde Familiar mais eficiente e com mais ganhos em saúde seriam facilmente resolvidos, principalmente no que se refere às questões informáticas, pois através de atualizações ou alterações no *software* e introdução de novos elementos relativos à área da Saúde Familiar, poderiam-se efetuar mais registos relativos às famílias, dando ainda mais notoriedade à prática clínica do EEEC na área da Saúde Familiar.

O EEEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar sabe que a Enfermagem de Família não é somente mais uma especialidade em evolução dentro da enfermagem, mas o escudo sob o qual todas as especialidades podiam/deviam praticar a enfermagem. A abordagem aos cuidados realizada por este profissional concentra-se na avaliação e nos cuidados à família como um sistema e este sabe que quando algo ocorre numa parte do sistema, as outras partes também são atingidas (Hanson, 2005).

Desta forma, é imperativo o repensar da prática de cuidados centrados na família, mais que apenas em cada um dos seus elementos, pois só assim a intervenção dos enfermeiros junto das famílias pode ir além da doença, do projeto individual de saúde, recriando contextos da prática pelas experiências de implementação de cuidados focados no sistema familiar,

sustentada nos pressupostos ecossistémicos que destacam as características de globalidade e auto-organização da família (Figueiredo, 2012).

O mesmo autor defende que assume-se a necessidade da reflexão processual perante a complexidade dos contextos da ação onde se desenvolvem as interações com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente, que responda aos desafios atuais decorrentes das novas necessidades das famílias.

CAPÍTULO II - ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento da investigação em Enfermagem de Saúde Familiar constitui-se como um potencial complexo de conhecimento, levantando questões epistemológicas que advêm dos novos paradigmas que surgem da interação com o mundo empírico e que permitem a sua compreensão. Os resultados da investigação como fator de desenvolvimento de um corpo de conhecimento, nas suas componentes empírico-conceitual e disposicional-expressiva, impulsionadores de práticas formativas e clínicas focalizadas nos projetos de saúde vivenciados pela família, centradas no sistema familiar enquanto unidade dinâmica coevolutiva (Figueiredo, 2023).

O EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar recorrendo à investigação e à prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que identifica a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, assim como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

O presente capítulo tem como finalidade apresentar a atividade desenvolvida na área da investigação, que foi efetuada no 2º estágio realizado na USF P., nomeadamente, um estudo sobre FFA e os desafios ao processo familiar, sendo realizado, primeiramente, a respetiva justificação e enquadramento conceptual, base fundamental para a investigação, apresentados, seguidamente, os procedimentos metodológicos utilizados e, por último, descritos os resultados obtidos e explanada a respetiva discussão dos mesmos.

1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

De acordo com Fortin (2009), um processo de investigação compreende quatro fases (conceptual, metodológica, empírica e de interpretação/difusão) e cada uma delas engloba um determinado número de etapas. As etapas em questão são preferencialmente lineares, à exceção, da fase concetual, que requer um voltar atrás para delimitar, com mais precisão, o tema de estudo. Na fase conceptual, o tema de estudo que constitui o ponto de partida da investigação é documentado, com o objetivo de conhecer o estado atual dos conhecimentos.

O mesmo autor afirma que a investigação inicia-se pela escolha do tema, sendo que, o investigador deve escolher um tema relativo a um problema geral que precisa de uma investigação sistemática.

Tal como já foi referido anteriormente, ao aceder ao SI SCLinico CSP, constatou-se a ausência ou reduzida atividade diagnóstica de enfermagem documentada, relativamente à dimensão funcional, nas dimensões operativas do processo familiar, nomeadamente, na relação dinâmica. Esta constatação surgiu como mote para o desenvolvimento da atividade de investigação.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2016), o foco é considerado uma área de atenção que tem importância para a enfermagem e enquanto futura EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o processo familiar, é uma área de atenção da Enfermagem de Saúde Familiar que me desperta particular interesse. Este centra-se nos padrões de interação e, tal como considera Figueiredo (2012), a Saúde Familiar integra a saúde de cada elemento individualmente, assim como os aspetos do funcionamento familiar, de tal forma que a saúde de cada elemento afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos seus membros, pelo que este deve ser alvo da nossa atenção e intervenção.

Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, bem como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (Regulamento n. 126/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

O EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Familiar analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes elementos, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas, desenvolvendo com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e diminuir os efeitos negativos em áreas da Saúde Familiar (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Por outro lado, e tal como já foi referido, verificou-se que a população adolescente inscrita na USF P. (10,5%), apresenta uma percentagem superior à existente a nível nacional (9.85%) e que 53% das FFA do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, se encontram na etapa V - famílias com filhos adolescentes (filho mais velho 13-20 anos).

Face a estes dados, e tendo em consideração que 70% dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante se encontram no grupo etário dos 14 - 19 anos, considerou-se relevante elaborar um estudo sobre FFA, sendo pertinente conhecer e compreender melhor os desafios associados ao processo familiar, nas famílias que se encontram neste estágio do ciclo vital. Pretende-se a melhoria contínua dos cuidados à família, tendo por base que as competências específicas do EEEEC na área de Enfermagem de Saúde

Familiar contemplam o cuidar a família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Até há pouco tempo, a saúde dos adolescentes era um tema negligenciado. Contudo, isso mudou com o reconhecimento na Estratégia Global Every Woman Every Child (EWEC) para a Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes e noutros locais, de que os adolescentes ocupam uma posição central na saúde pública global e podem exercer um papel transformador na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ao investir na sua saúde e bem-estar, os países podem alcançar um “dividendo triplo” – benefícios imediatos para os adolescentes agora, e benefícios futuros nas suas vidas adultas e para a próxima geração (OMS, 2017). A relação custo-benefício dos investimentos selecionados na saúde dos adolescentes tem sido estimado em 10 vezes em termos de benefícios de saúde, sociais e económicos (Lancet, 2017, conforme citado por OMS, 2017).

A anterior falta de atenção neste grupo etário resultou num progresso menos rápido aqui do que em áreas como a saúde materno-infantil. Além disso, existem grandes lacunas nos dados de saúde dos adolescentes e poucos pontos de comparação ao longo do tempo (Lancet, 2016, como citado por OMS, 2017).

Os adolescentes entre os 10 e os 19 anos representam mais de 16% da população mundial e desempenham um papel fundamental na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030. Os dados sobre a saúde dos adolescentes são importantes para definir prioridades, acompanhar tendências e desvendar desigualdades para os adolescentes agora, quando forem pais, assim como para os seus futuros filhos (OMS, 2024).

Em Portugal, a saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, percecionados como elementos-chave do desenvolvimento humano. Em diversos setores da sociedade portuguesa, constata-se um interesse e uma atenção crescentes às questões da população durante a segunda década de vida, principalmente às necessidades e aos problemas de saúde específicos dos indivíduos nesta etapa do ciclo vital (DGS, 1998).

Para o mesmo autor, as necessidades de saúde dos adolescentes, revestem-se de características específicas, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento que atravessam. Da parte dos serviços e dos profissionais, para além de se promover a satisfação de necessidades como a alimentação equilibrada, a vacinação adequada ou a atividade física regular, há que atribuir o destaque devido a outros requisitos de saúde cuja vertente psicossocial é de extrema importância nestas idades.

O Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) alerta que a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de

toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família. Neste mesmo plano, um dos parâmetros a avaliar na consulta dos 10-18 anos é a redefinição das formas de relação com a família e amigos e um dos cuidados antecipatórios diz respeito à dinâmica familiar e adultos de referência.

As mudanças ocorridas, nas últimas décadas, na sociedade portuguesa provocaram alterações na estrutura e na organização familiares, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde. Reconhecida como unidade de conduta social mais significativa da sociedade, tem vindo a passar por mudanças significativas, ao nível do desenvolvimento, tanto na sua estrutura como nas suas funções e interações, quer com a comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

A família tem como função fundamental, educar, socializar e suprir as necessidades dos seus elementos dentro de uma estrutura familiar interativa qualificada, a qual envolve a comunhão de afetos e responsabilidades com a tarefa de transmitir a outros (Batista & Teodoro, 2012, conforme citado por Barreto & Rabelo, 2015). De acordo com esta perspetiva, é necessário um comprometimento contínuo dos seus membros, no sentido de assumirem os devidos papéis, tendo em conta as diferenças pessoais e a importância de se procurar compreender as diversas manifestações subjetivas de cada indivíduo nesse âmbito (Barreto & Rabelo, 2015).

Figueiredo (2023) refere que a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus elementos. A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias, possibilitará a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional das famílias perante as exigências e especificidades do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Segundo a OMS (2024), a adolescência compreende o grupo etário entre os 10 e os 19 anos de idade, e divide-se em três etapas ou períodos que são: o início da adolescência (10-13 anos), a adolescência intermédia (14-15 anos) e a adolescência tardia (16-19 anos).

A adolescência é uma transição no desenvolvimento que implica mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e assume diversas formas em diferentes contextos sociais, culturais e económicos. A adolescência não é uma categoria física ou biológica nitidamente definida - é uma construção social. Como qualquer momento de transição e mudança no ciclo de vida proporciona oportunidades para avanços, mas riscos também (Papalia e Martorell, 2022).

O adolescente vivência uma fase do ciclo vital caracterizada por transformações, desejos e anseios de descoberta (alterações no corpo, a emergência da sexualidade, relacionamentos

amorosos...), autonomia e independência, cuja intensidade dependerá de características como convicções, temperamento e motivações (Figueiredo, 2023).

O adolescente é um ser biossocial com desenvolvimento interno envolvido em contextos relacionais, cujos sistemas de valores e influências de grupos geram a necessidade de assumir diversas representações que se tornam conflitantes. A necessidade de segurança e apoio num período considerado controverso do ponto de vista mental, emocional, físico e social faz com que o adolescente possa apresentar um comportamento rebelde (Bedene, 2010, conforme citado por Barreto & Rabelo, 2015).

Assim, uma das situações mais potencialmente conflitantes nas últimas décadas na sociedade ocidental acontece durante a adaptação da família às mudanças físicas e psicossociais que levam à adolescência (De La Revilla, 2005; Marcos, 1996, conforme citado por Milena et al., 2009) A necessidade de definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e também o social constitui-se como aspeto decisivo do evoluir da família nesta etapa do ciclo vital. As funções/tarefas específicas desta etapa equivalem, ao apogeu das duas funções globais e principais do próprio sistema familiar, as quais são, a socialização e a individualização dos seus elementos. O papel da família junto dos adolescentes é, então, ajudar pessoas até aí dependentes a prepararem-se para a autonomia e para assumirem papéis adultos de carácter social, relacional, afetivo e laboral (Relvas, 1996).

O mesmo autor alega que em termos dinâmicos e estruturais a primeira palavra-chave desta fase é flexibilidade; a segunda é continuidade. A flexibilização em termos de limites (que são, afinal, normas ou regras familiares) é requerida pelo “vai-e-vem” do adolescente entre interior/exterior do sistema e pelos avanços e recuos na autonomia por ele protagonizados; desta forma há necessidade ora de “apertar”, ora de “afrouxar” esses limites.

Os efeitos da estrutura familiar e do trabalho materno sobre o desenvolvimento dos adolescentes podem depender de fatores como recursos económicos, qualidade do ambiente doméstico e de quanto os pais acompanham de perto a vida dos filhos (Papalia e Martorell, 2022).

Ponciano e Féres-Carneiro (2014) afirmam que o relacionamento pais-filhos modifica-se ao longo do ciclo de vida familiar. A transição para a vida adulta, sendo uma fase distinta do ciclo de vida, transforma tanto o desenvolvimento do filho jovem quanto o de seus pais, acarretando mudanças para o sistema familiar como um todo.

A gestão da relação pais-filhos, nesta etapa do ciclo vital, apresenta-se como um desafio para todos, sendo indispensável que os pais se mantenham como sistema executivo da família, com a manutenção de relações verticais entre pais e filhos havendo, no entanto, a

necessidade de que a amplitude dessa verticalidade se reduza e de que a negociação se amplifique (Alarcão, 2006). A relação pais/filhos deve ser hierarquizada e não deixar espaço para dúvidas de quem é quem. Mas isso não significa que se abordem sempre as diferenças como juízos de valor feitos em tribunal (Cordeiro, 2009).

Estritamente associado à questão do poder está a questão do conflito. O conflito faz parte da existência humana. A divergência é benéfica, na medida em que, no confronto da diferença, os elementos podem conquistar novos saberes, novas posições, novas relações. A divergência está, pois, estreitamente associada ao crescimento e ao desenvolvimento (Alarcão, 2006). Não havendo na família com o que o que se confrontar não haveria conflito, mas também não haveria oportunidade de crescimento saudável porque, ou os adultos ou os adolescentes ou ambos, entrariam no jogo do “como se” (Relvas, 1996). O conflito com os pais tende a ser mais acentuado durante o início da adolescência. O estilo de parentalidade autoritativa está vinculado a resultados mais positivos (Papalia e Martorell, 2022).

Na adolescência, pais e filhos passarão a estar menos tempo juntos e a efetuar um menor número de atividades e de tarefas em conjunto. O adolescente precisa, no seu dia-a-dia, cada vez menos dos pais (Alarcão, 2006). Contudo, na opinião de Papalia e Martorell (2022), os adolescentes devem participar nas diversas atividades domésticas diárias. Ao trabalhar em equipa, os sentimentos de pertença familiar intensificam-se. Sentindo-se mais apoiados logística e emocionalmente no seu processo de autonomia, os adolescentes ficam mais entusiasmados. Esta atitude deve ser fomentada em casa, para poder ser depois levada com eficácia para outras áreas como a escola e o trabalho.

Para o mesmo autor, a comunicação é um aspeto fundamental da vida de qualquer casa. Os seus membros têm de saber comunicar entre si e com o exterior e é importante que o façam de forma eficaz, já que não se podem prestar bem os cuidados necessários sem conhecer os sentimentos. E não são só os pais que devem saber comunicar, os adolescentes também. Nesta relação pais-filhos adolescentes, revela-se crucial que os pais digam aos filhos o que neles lhes agrada, não mencionando somente os aspetos negativos, e que ambos possam metacomunicar sobre as suas dificuldades e os seus medos (Alarcão, 2006).

O mesmo autor defende que há uma aprendizagem que pais e filhos têm de saber fazer na adolescência, para que os dois possam ajudar-se a crescer e a serem felizes, que é os pais passam a ser figuras de vinculação na reserva. Os pais têm, fundamentalmente, que reaprender a ser pais de filhos que se vão transformando em adultos, recentrar-se na vida conjugal e profissional e iniciar o seu apoio à geração mais velha. A díade tem que (re) aprender a criar novos interesses, novos compromissos, novas simetrias e

complementaridades que deixam de ter a função parental como um dos membros de triangulação.

Relvas (1996) considera que na adolescência, em termos estruturais na família, há como que um segundo nascimento, na medida em que, se regressa ao início da vida do sistema, pelo menos em termos dos membros que a compõem. Se a mudança, isto é, a transformação do valor funcional desses dois subsistemas se torna exageradamente ameaçadora para a família, a fim de e a evitar, pode ocorrer a sua rigidificação, com o recurso a triangulações (pai-mãe-filho, e.g.) ou coligações (mãe e filho contra o pai, e.g.).

O processo familiar focaliza-se nos padrões de interação. As dimensões operativas do processo familiar, como área de atenção de Enfermagem de Saúde Familiar restringem-se a cinco subdefinições: comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares. A relação dinâmica, como dimensão interacional, no domínio do processo familiar, engloba as seguintes categorias: influência e poder; alianças e uniões; coesão e adaptabilidade da família, funcionalidade da família e percepção dos membros (Figueiredo, 2012).

No parecer do mesmo autor, tendo em conta que a maior parte dos relacionamentos familiares contém mais que duas pessoas, é fundamental que seja avaliado a existência de triangulação relacional e o efeito desta triangulação nos processos de interação familiar. O equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos ajudam para o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e para o crescimento e bem-estar da família, enquanto unidade interacional. Neste contexto, a satisfação dos elementos da família face à forma como esta manifesta a sua união pode ser premonitório de uma visão mais ou menos apreciativa do padrão de interação e, constituírem-se as alianças ou como forças da família ou como áreas intra sistémicas, geradoras de stress.

O processo familiar comprometido designa uma “família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas; alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stress” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p.75).

Eventualmente, o processo familiar comprometido e satisfação conjugal não mantida podem estar relacionados, na medida em que, ambas as áreas de atenção são influenciadas pela relação dinâmica, quer da família, quer do próprio casal.

A satisfação conjugal pode ser entendida como um “status: continuidade na realização dos desejos, emoções gratificantes ou ratificação entre os parceiros de um casamento ou casais de uma família” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 81).

A satisfação conjugal foca-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, entendida como apoiante nas suas diversas vertentes, que se interligam. Os processos de conjugalidade mudam ao longo da vida do casal, associados a maior parte das vezes à maneira como este se adapta às transições dos seus membros, enquanto subsistemas individuais e também a gestão comum mediante as pressões internas e externas dos outros subsistemas, onde se incluem os filhos adolescentes.

Os cuidados de enfermagem enfatizam as interações entre os elementos da família, e entre esta e o ambiente com enfoque nas competências coconstruídas pelos processos vivenciados enquanto grupo familiar.

Posto isto, a dinâmica das sociedades contemporâneas e a interação mantida com o crescimento e o desenvolvimento juvenis apresentam-se como um tema de investigação inesgotável, sendo necessário que a atividade de investigação nesta área se desenvolva de forma regular em todos os níveis de serviços (DGS, 1998).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação científica constitui o método por excelência que possibilita adquirir novos conhecimentos. O processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões específicas que se deseja aprofundar. A investigação científica diferencia-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin, 2009).

Para o mesmo autor, a fase metodológica consiste em definir os meios de concretizar a investigação. É no decorrer da fase metodológica que o investigador determina a sua forma de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. As decisões tomadas na fase metodológica definem o desenrolar do estudo.

Neste subcapítulo são, então, apresentados o conjunto de meios e das atividades próprias utilizados para responder à questão de investigação, nomeadamente, o tipo e desenho do estudo, os participantes do estudo, os procedimentos para a recolha de informação, bem como, o processo de análise da informação e os procedimentos formais e éticos intrínsecos a toda a atividade de investigação.

2.1. TIPO E DESENHO DO ESTUDO

A precisão do desenho ou do plano de trabalho é de uma importância fundamental em investigação. O desenho de investigação é um plano que possibilita responder às questões

ou verificar hipóteses e que delinea mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro. O desenho varia segundo se pretende descrever variáveis ou grupos de sujeitos, examinar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes (Fortin, 2009).

Tendo como ponto de partida o enquadramento concetual definiu-se como problema de investigação: *que desafios percebem as FFA ao seu processo familiar?*

A partir da questão de investigação anteriormente enunciada, foi definido o objetivo geral do estudo:

- analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar.

Para isso, delimitou-se os objetivos específicos que são:

- identificar como é feita a gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar;
- analisar como ter filhos adolescentes interfere no sub-sistema parental/ satisfação conjugal;
- avaliar o funcionamento expressivo na FFA.

Tendo em conta os objetivos definidos, o estudo realizado é do tipo exploratório, descritivo e transversal, uma abordagem qualitativa.

Os estudos exploratórios são efetuados quando se sabe muito pouco acerca de um fenómeno de interesse. O objetivo da investigação exploratória é criar ideias, conhecimentos ou compreensões acerca dos fenómenos da família que não são bem compreendidos (Houck & Kodadck, 2005).

Os estudos descritivos procuram compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população, ou conceptualizar uma situação. O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num determinado momento (Fortin, 2009).

Segundo o mesmo autor, os objetivos principais das investigações qualitativas são descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência, tendo em conta os diversos aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes. As investigações qualitativas têm todas o mesmo fim, isto é, dar conta da experiência humana num meio natural.

A investigação qualitativa possibilita a descoberta ou a exposição de perceções, significados, conhecimentos, realidades múltiplas e contexto psicossocial das famílias. Dentro da abordagem qualitativa, existem métodos distintos: cada método evidencia, aspetos

selecionados do fenómeno em questão, focando-se em objetivos e provas específicas (Houck & Kodadck, 2005).

2.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população define-se como uma série de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. A população que é objeto do estudo é designada de “população alvo”. A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que possibilitam fazer generalizações. Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, analisa-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode ter acesso. Tanto quanto possível, esta deve ser representativa da população alvo (Fortin, 2009).

Nesta investigação, a população alvo é constituída por FFA, a frequentar o ensino básico e secundário na faixa etária compreendida entre 14 e os 19 anos, baseada na classificação da OMS (2024) que denominou este período como adolescência média e adolescência tardia.

Desta população selecionou-se uma amostra. Segundo Fortin (2009), a amostra é a fração da população que constitui o objeto de estudo, correspondendo a uma menor dimensão da população. O método pelo qual é eleita uma porção da população para representar a população inteira dá-se o nome de amostragem.

A amostra deste estudo é uma amostra intencional e de conveniência composta por FFA inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, na USF P..

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: FFA que compareçam às consultas de enfermagem da enfermeira orientadora cooperante, no período de realização do estágio da UC Estágio com Relatório e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Relativamente ao critério de exclusão, este foi: famílias monoparentais.

2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

Como a investigação pode incidir sobre uma multiplicidade de fenómenos, é imperioso dispor de vários métodos de colheita dos dados. Na escolha do método de colheita dos dados, o investigador fundamenta-se nas questões de investigação ou nas hipóteses, nos conhecimentos relativos às variáveis em estudo, no desenho de investigação, nos instrumentos de medida existentes ou na eventualidade de os ter de construir. Pode acontecer que ele tenha de construir o seu próprio instrumento para poder alcançar os objetivos do seu estudo (Fortin, 2009).

De acordo com o mesmo autor, quando o investigador tem de estudar um fenómeno ainda mal conhecido, como na investigação exploratória-descritiva, este aplica-se primeiro a recolher a maior quantidade de informação possível sobre este, de forma a identificar os diversos aspetos do fenómeno. Nos estudos exploratórios, utilizam-se principalmente as observações participantes, as entrevistas não dirigidas e os registos. Nos estudos descritivos propriamente ditos são empregues sobretudo as entrevistas dirigidas ou semidirigidas, as observações, os questionários e, por vezes, as escalas.

Deste modo, a estratégia de recolha de dados é a entrevista semiestruturada, com recurso a guião desenvolvido para o efeito (Apêndice 3). Optou-se pela entrevista semiestruturada pois, de acordo com Streubert & Carpenter (2013), apesar de apresentar questões orientadoras dá a possibilidade ao entrevistado de partilhar a sua perspetiva e experiência pessoal.

A avaliação da funcionalidade das famílias foi realizada através da aplicação do instrumento APGAR Familiar de Smilkstein, parte integrante do sistema operativo SClínico.

O APGAR Familiar, criado por Gabriel Smilkstein em 1978, constituiu-se como uma tentativa de dar resposta à necessidade de avaliação do funcionamento das famílias (Smilkstein, 1978, 1984; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982 como referido por Figueiredo, 2012). Esta escala tem como base a crença que os membros da família compreendem o funcionamento familiar e são capazes de manifestar o grau de satisfação na execução dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2012).

A sigla APGAR deriva da incorporação de cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar: adaptação (*adaptability*) que se refere à partilha de recursos e à satisfação da família no que diz respeito à assistência recebida pela família; participação (*partnership*), respeitante à forma como as decisões são partilhadas e à satisfação acerca da reciprocidade dos processos comunicacionais; crescimento (*growth*), associada com a perceção sobre a flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à obtenção do crescimento individual; afecto (*affection*), relacionado com a satisfação sobre a partilha de experiências emocionais e a intimidade e interação intrínseca a essa partilha; decisão (*resolve*), respeitante à satisfação da partilha do tempo, espaço e recursos, no ambiente familiar (Figueiredo, 2012).

Segundo a mesma autora, esta escala é constituída por duas partes. A primeira tem 5 perguntas, correspondentes ao grau de satisfação dos indivíduos no que diz respeito às variáveis descritas. A segunda inclui três possíveis respostas, tendo cada uma, uma pontuação que oscila numa escala de 0 a 10, relativa à perceção sobre o grau de funcionamento da família: altamente funcional (7 a 10 pontos) com moderada disfunção (4 a 6 pontos) e com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

A vantagem deste instrumento de avaliação, de rápida utilização, prende-se fundamentalmente com a possibilidade de identificação de situações de risco associadas a uma área de funcionamento familiar (Agostinho & Rebelo, 1988; Marinheiro, 2002 como referido por Figueiredo, 2012).

Para a análise dos dados obtidos seguiram-se as etapas explicitadas por Bardin (2013): pré-análise e leitura exaustiva dos discursos transcritos dos participantes, exploração do material e construção das categorias, tratamento dos resultados e interpretação.

Assim, o *corpus* de informação foi analisado com base nas duas categorias pré-definidas, relativas à “Gestão das tarefas de desenvolvimento familiar” e ao “Relacionamento entre os subsistemas familiares”, bem como identificação de outras categorias e subcategorias que fossem surgindo dos discursos. Durante o processo de análise foi desenvolvida uma matriz com a redução da informação.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Em ética, é fundamental tomar em conta a responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa. Antes de desenvolver um estudo, o investigador deve interrogar-se acerca dos motivos que o levaram a empreender a sua investigação e sobre as prováveis repercussões desta na vida dos participantes (Fortin, 2009).

O mesmo autor considera que como a investigação no domínio da saúde integra seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação. Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.

Assim, posteriormente à elaboração do desenho inicial do estudo, foi endereçado pedido de autorização ao Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde e à Coordenadora da USF P., para a realização do mesmo (Apêndice 4), o qual foi autorizado.

Com o propósito de respeitar os aspetos ligados às questões éticas, foi solicitado Parecer à Comissão de Ética da UICISA-E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: enfermagem) da ESEnfC e à Comissão de Ética da ARSC, cujos pareceres foram favoráveis para iniciar o estudo (Anexo 7 e 8).

Após as autorizações formais das Comissões de Ética foi iniciado o processo de recolha de dados que se desenrolou até ao final de fevereiro de 2024.

Na USF P., o acesso aos participantes foi realizado pela enfermeira especialista orientadora cooperante, enfermeira de família das FFA inscritas no seu ficheiro, após as devidas

autorizações. A enfermeira orientadora cooperante identificou as famílias que reuniam os critérios de inclusão, atendendo que é responsável pelo ficheiro e prestação de cuidados a estas famílias. Posteriormente, os casais destas famílias foram convidados pela investigadora a participar no estudo voluntariamente, marcando entrevista na USF P., segundo as suas disponibilidades.

Previamente à entrevista, cada elemento do casal foi informado sobre o estudo, os seus objetivos e os procedimentos que envolviam a sua participação na entrevista. A cada elemento da família que aceitou participar, foi lido o Formulário de Consentimento Informado, o qual foi assinado por cada um (Apêndice 5).

A participação neste estudo foi totalmente livre e pessoal, respeitando o direito do entrevistado à reserva pessoal no que concerne às questões abordadas no decurso da entrevista à família, sendo assim garantida, deste modo, a voluntariedade e autonomia dos participantes.

Relativamente à entrevista utilizada para a recolha de dados, esta foi efetuada a cada elemento do casal de forma individualizada, presencialmente e em local reservado (gabinete de enfermagem), por forma a garantir a privacidade e a confidencialidade. Foi áudio-gravada com autorização prévia dos participantes, estando esta questão devidamente especificada e salvaguardada no Formulário de Consentimento Informado.

Na transcrição das entrevistas, a cada participante foi atribuído um código alfanumérico (para as mães MC₁, MC₂... para os pais PC₁, PC₂...), não existindo qualquer referência identificativa e a gravação foi apagada. Os dados foram analisados de forma global e anónima, e somente os investigadores lhes tiveram acesso. Foram guardados no computador da investigadora responsável em documento protegido através de chave de acesso. Estes dados foram apenas partilhados com a enfermeira especialista tutora e professoras orientadoras.

Os dados foram utilizados unicamente para os fins deste estudo e foram posteriormente destruídos. A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram sempre mantidos, mesmo em caso de publicação ou divulgação dos resultados do estudo.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra é constituída por cinco FFA. Destas famílias salienta-se a sua constituição exclusiva por casais heterossexuais, com idades compreendidas entre os 40 e os 56 anos e de tipologia nuclear, todas na etapa do ciclo vital FFA, sendo que, duas famílias têm dois filhos adolescentes e três famílias têm um filho adolescente, cujas idades variam entre os 10 e 19 anos de idade.

De referir ainda que, as três famílias com um filho adolescente têm outro filho com idade compreendida entre os 5 e os 26 anos de idade.

Seguidamente, na tabela 9, apresenta-se a situação profissional de cada um dos elementos do casal das famílias que constituem a amostra.

Tabela 9

Situação profissional dos elementos do casal das famílias que constituem a amostra

Família	Elementos do Casal	Situação Profissional
Família 1	Mulher	Aprovisionadora
	Homem	Desempregado
Família 2	Mulher	Administrativa
	Homem	Polícia
Família 3	Mulher	Educadora de Infância
	Homem	Inspetor
Família 4	Mulher	Esteticista
	Homem	Mecânico
Família 5	Mulher	Farmacêutica
	Homem	Professor de Matemática

3.1. ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR: AVALIAÇÃO FAMILIAR DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES NA DIMENSÃO FUNCIONAL

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

A Escala de APGAR Familiar de Smilkstein foi aplicada aos elementos do casal das famílias que constituem a amostra e permitiu obter os resultados apresentados na tabela 10 e consequentemente classificar o tipo de família.

Observa-se que em três dos cinco itens, as respostas incidiram na alternativa “algumas vezes”, contudo, são de salientar os itens «Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha

família, sempre que alguma coisa me preocupa» e «Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida» nos quais as percentagens de respostas na alternativa “quase sempre” foram as mais elevadas, respetivamente, 80% e 60 %.

Recorrendo aos critérios de classificação do tipo de família obtiveram-se 60% que foram classificadas como altamente funcionais, seguidas de 20% que foram consideradas com moderada disfunção e 20% com disfunção acentuada.

Tabela 10

Respostas dos elementos do casal à Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

Itens	n	%
Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa		
Quase nunca	0	0.0
Algumas vezes	2	20
Quase sempre	8	80
Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema		
Quase nunca	0	0,0
Algumas vezes	6	60
Quase sempre	4	40
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida		
Quase nunca	2	20
Algumas vezes	2	20
Quase sempre	6	60
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor		
Quase nunca	1	10
Algumas vezes	5	50
Quase sempre	4	40
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		
Quase nunca	2	20
Algumas vezes	7	70
Quase sempre	1	10

Tipo de família		
Família altamente funcional	3	60
Família com moderada disfunção	1	20
Família com disfunção acentuada	1	20

3.2. PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES SOBRE O PROCESSO FAMILIAR NESTA ETAPA DO CICLO VITAL FAMILIAR

Iniciado o processo analítico, sobressaíram os discursos que permitiram a categorização das percepções das famílias sobre a interferência dos filhos adolescentes no processo familiar em duas categorias, relativas à “Gestão das tarefas de desenvolvimento familiar” e ao “Relacionamento entre os subsistemas familiares” e permitiram destacar como terceira categoria a “Vivência desta etapa familiar” pelos pais. Mas foi a sua interpretação, em grande parte facultada pela informação não verbalizada que foi sendo recolhida através da observação aquando da realização das entrevistas, que fez perceber as diferentes perspetivas que cada categoria abrangia, permitindo a identificação das respetivas subcategorias que foram surgindo dos discursos.

Relativamente à “Gestão das tarefas de desenvolvimento familiar”, sobressaíram duas subcategorias respeitantes à ‘Integração dos filhos adolescentes no funcionamento familiar’ e a ‘Preparação dos filhos adolescentes para a autonomia’, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11

Matriz de redução de dados da categoria “Gestão de tarefas de desenvolvimento”

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado e de registo
Gestão de tarefas de desenvolvimento	Integração no funcionamento familiar n=14	Definição de normas, regras e limites MC ₁ ; MC ₂ ; MC ₃ ; MC ₅ ; PC ₁ PC ₂ ; PC ₃ ; PC ₄ ; PC ₅ Atribuição de responsabilidade por atividades de vida diária e tarefas familiares MC ₂ ; MC ₄ ; MC ₅ ; PC ₃ ; PC ₅ ;
	Preparação para a autonomia n=8	Atribuição de responsabilidade na gestão financeira MC ₁ ; MC ₂ ; MC ₃ ; PC ₁ ; PC ₂ Incentivo e apoio á resolução autónoma de problemas MC ₄ ; PC ₄ ; PC ₅ ;

A principal preocupação para a ‘Integração dos filhos adolescentes no funcionamento familiar’ parece ser a *Definição de normas, regras e limites*, como ilustram estes discursos:

“Eu tento ser firme e impor regras e limites. E os meus filhos aceitam isso. A autoridade mantém-se sempre. Às vezes não é fácil, mas tem de ser (...).” MC₁

“Em relação às regras tento ser um pouco duro. O meu filho gosta de ir até ao limite.” PC₂

“(...) eles às vezes querem extrapolar um bocadinho, mas nós alertamos e conversámos e eles aceitam e percebem perfeitamente.” MC₃

“Os limites e regras impostos têm sido muito à volta dos telemóveis e dos jogos. Quando estamos juntos eles só querem aquilo! (...). Eles vão aceitando, as regras e limites que impomos.” PC₄

Por outro lado, a estratégia mais utilizada para a ‘Integração dos filhos adolescentes no funcionamento familiar’ é a *Atribuição de responsabilidade por atividades de vida diária e tarefas familiares*, como referem estes pais:

“Em casa, tento que ele participe nas tarefas dele, ele é que dá comida ao cão, é que põe a mochila dele quando tem treino. Ele é que trata disso tudo. Durante as férias ele é que faz a cama, ele põe a mesa.” MC₂

“Tento distribuí-lhes algumas tarefas, um estende a roupa, outro faz o almoço, mas eles acham sempre que um faz mais que o outro (2 filhos). Mas não é fácil que eles aceitem, fazem, mas com alguma dificuldade.” PC₃

“Digo-lhes que há estas e aquelas tarefas para fazer e dou-lhes um tempo, principalmente ao fim de semana. Digo-lhes que antes da diversão têm as tarefas para cumprir.” MC₄

Na ‘Preparação dos filhos adolescentes para a autonomia’, sobressaem a *Atribuição de responsabilidade na gestão financeira* e o *Incentivo e apoio à resolução autónoma de problemas*, como mostram as palavras destas mães e destes pais:

“Nós damos mesada à mais velha para ela ir gerindo o seu dinheiro. É uma responsabilidade que ela vai adquirindo. Ela já sabe que se gastar tudo depois não tem mais.” PC₁

“Ele gasta o dinheiro naquilo que lhe faz falta. Ele é que decide. Dá-nos contas de quanto e o que gastou, mas a decisão é dele.” MC₂

“Algum problema eu digo-lhe e explico-lhe que se ele fez algo tem de arcar com as consequências dos seus atos. Não é que aconteça muitas vezes, mas eu tento que ele perceba isso.” PC₅

Uma das tarefas de desenvolvimento referidas por Relvas (1996) é precisamente o facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade, a partilha desta tarefa com a comunidade, e o estabelecimento de interesses pós-parentais.

Também o aumentar a flexibilidade dos limites, de modo a incluir a independência dos filhos é uma das características desta etapa do ciclo de vida. Assim, a preocupação destes pais da nossa amostra em levar os seus filhos adolescentes a aceitar a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo, parece estar em conformidade com o descrito pelos autores.

Quanto ao “Relacionamento entre os subsistemas familiares” sobressaíram a ‘Comunicação pais/filhos’, a ‘Conciliação conjugal’ e a ‘Manifestação de afeto, como principais subcategorias, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12

Matriz de redução de dados da categoria “Relacionamento entre os subsistemas familiares”

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado
Relacionamento entre subsistemas familiares	Comunicação pais/filhos N=14	Diálogo familiar difícil por reserva e isolamento dos filhos. MC 1; MC 4; MC 5; PC 2; PC 4; PC 5 Atritos na comunicação por diferença de interesses. MC 3; MC 4; MC 5; PC 3; PC 4; PC 5 Maior proximidade e abertura comunicacional. MC 1; PC 1;
	Conciliação conjugal N=9	Sem alteração ou interferência MC 2; MC 5; PC 2; PC 3; PC 5 Melhor e maior disponibilidade para o casal. MC 1; PC 1; Tendência pontual a conflito por divergência parental. MC 3; PC 4
	Manifestações de afeto N= 5	Diminuição na exteriorização e aceitação dos afetos por parte dos filhos. MC 1; MC 2; MC 4; PC 2; PC 4.

A ‘Comunicação pais/filhos’ parece reger-se por um *Diálogo familiar difícil por reserva e isolamento dos filhos* ou por *Atritos na comunicação por diferença de interesses*:

“(...) o meu filho com 15 anos fecha-se um bocadinho, isola-se em demasia, e fica difícil haver um diálogo familiar devido ao seu comportamento.” PC₄

“(...) eles ligados aos telemóveis, o que é stressante e o mais velho já se resguarda mais no quarto e eu por vezes sinto-me um pouco colocada de lado (...)” MC₄

“(...) já têm vontades próprias e gostos próprios, já sabem bem aquilo que querem e por vezes entramos nalgum conflito (...)” PC₃

No entanto há um casal de pais que é concordante em que há *Maior proximidade e abertura comunicacional com os filhos* (um casal) nesta fase da adolescência:

“Com a minha filha a minha relação mudou para melhor, está mais próxima, está melhor do que quando era criança.” MC₁

“As mudanças que ocorreram foram para melhor. O meu relacionamento com o meu filho é bom. Há brincadeiras entre nós. Ele está um bocadinho mais aberto.” PC₁

No relacionamento no subsistema conjugal sobressaiu a ‘Conciliação conjugal’, *Sem alteração ou interferência* pelo facto de haver filhos adolescentes, como refere este participante:

“Nunca deixámos que os problemas do nosso filho interferissem no nosso relacionamento.” PC₂.

Um casal referiu haver mesmo *Melhor e maior disponibilidade para o casal*:

“Eles agora já ficam sozinhos e nós podemos sair os dois.” PC₁.

Contudo, há também pais que mencionam alguma *Tendência pontual a conflito por divergência parental*, como ilustram estes excertos:

“Às vezes estamos em desacordo em relação às nossas opiniões, eu e o meu marido. Às vezes um acha que devia ser de uma forma e o outro de outra, mas depois falámos e chegámos a um acordo.” MC₃;

“(...) até então concordávamos com a forma como estávamos a educar e agora surgem determinadas questões em que não concordamos.” PC₄.

Quanto às ‘Manifestações de afeto’, alguns pais reconhecem haver uma *Diminuição na exteriorização e aceitação dos afetos por parte dos filhos*:

“o meu filho mudou relativamente às manifestações de carinho, não quer beijos, nem abraços.” MC₁;

“Nós mostrávamos mais afeto um ao outro, agora ele está a entrar numa fase em que não quer tantas manifestações de carinho dos pais.” PC₂;

“Noto que a questão do toque mudou, ele não quer o abraço tanto (...).” MC₂.

No que se refere à relação pais-filhos adolescentes, Alarcão (2006) refere precisamente que é essencial que os pais digam aos filhos o que neles lhes agrada, não verbalizando apenas os aspetos negativos, e que ambos possam metacomunicar sobre as suas necessidades e os seus medos.

O mesmo autor defende que a gestão da relação pais-filhos, nesta etapa do ciclo vital constitui-se um desafio para todos, devendo manter-se os pais como sistema executivo da família. Este sistema deve ser forte ainda que flexível, pois é nesta etapa que a família alcança uma maior abertura ao exterior, facilitando a socialização dos seus membros, permitindo ao adolescente entrar e sair do sistema. Este movimento progressivo irá conduzir o adolescente à aquisição da sua autonomia e identidade, tarefas fundamentais deste período do desenvolvimento.

No que concerne à “Vivência da etapa familiar”, algumas famílias encaram-na como um ‘Desafio’ enquanto outras a vivem com ‘Tranquilidade’, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13

Matriz de redução de dados da categoria “Vivência da etapa familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado
Vivência da etapa familiar	Desafio N= 6	É uma fase desafiante, diferente, com dificuldades diárias. MC 2; MC 3; MC 4; MC 5; PC 3; PC 4;
	Tranquilidade N=5	É uma fase tranquila e boa. MC 1; MC 3; PC 1; PC 2; PC 5.

Para alguns pais esta *É uma fase desafiante, diferente, com dificuldades diárias*, da qual são ilustrativos estes discursos:

“É uma fase desafiante. Esta fase tem as suas dificuldades diárias, os seus aspetos característicos, que vão surgindo, mas que são conversados e resolvidos no momento e depois passa-se para outra fase.” MC₂

“É uma fase diferente, pode não se enquadrar tanto naquilo que a gente deseja, mas é próprio da idade e da falta de experiência (dos filhos).” PC₃

Já para outros pais, esta *É uma fase tranquila e boa*:

“É uma fase tranquila, na minha filha mais nova que tem 15 anos há sempre aquelas dúvidas e incertezas, mas que depois são esclarecidas, com o apoio familiar e com a ajuda na valorização da autoestima, essas questões são ultrapassadas.” MC₃

“Sinto que a vida familiar nesta fase é tranquila, vai tudo andando. Claro que surgem sempre conflitos, mas nada que fique latente.” PC₅

Tal como referem Papalia e Martorell (2022), a adolescência apresenta-se como a fase mais desafiante do desenvolvimento humano.

Através da análise das entrevistas foi possível identificar que as FFA da nossa amostra revelam uma conformidade na gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar, preocupando-se em facilitar a independência dos filhos adolescentes, com alguma flexibilidade de limites, embora estabelecendo regras e procurando a sua integração nas atividades de vida diária e funcionamento familiar.

O relacionamento entre os subsistemas familiares é revelador de alguma alteração na comunicação entre pais e filhos, seja pela tendência a maior reserva e isolamento dos filhos, seja pela diferença de interesses geracionais que começa a surgir, o que torna a comunicação mais difícil e pontualmente conflituosa. Acresce também a percepção que os pais têm, sobre a diminuição da aceitação e manifestações de afeto por parte dos filhos.

O relacionamento do subsistema conjugal aparenta não ser afetado nesta etapa do ciclo de vida da família, uma vez que os participantes referem haver conciliação familiar.

De acordo com a nossa amostra, ter filhos adolescentes parece não interferir no processo familiar. A vivência da etapa familiar é diferente, percebida como desafiante, mas também vivida com alguma tranquilidade.

Em síntese, a análise dos discursos dos participantes da nossa amostra de FFA mostra que o processo familiar não é comprometido e a satisfação conjugal é mantida pela relação dinâmica, quer da família, quer do próprio casal que vão desenvolvendo. Ressaltam como desafios percebidos ao processo familiar nesta fase, a comunicação com os filhos, e a harmonização e ponderação entre liberdade e responsabilidade na preparação dos adolescentes para a sua progressiva independência.

CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido no período de estágio teve como foco a análise do processo familiar em FFA, de modo a identificar que desafios são percebidos por estas famílias nesta etapa do ciclo de vida familiar. Assim, procurou-se abordar os desafios enfrentados pelas FFA, um período crítico no ciclo de vida familiar que exige uma reestruturação das dinâmicas e papéis estabelecidos. A adolescência, como fase de transição, envolve uma procura por autonomia, independência e identidade por parte dos jovens, que frequentemente desestabiliza o equilíbrio familiar e exige uma adaptação contínua dos pais e dos restantes membros da família. Neste sentido, o papel do EE em EC, especificamente na área de Saúde Familiar, revela-se fundamental na facilitação desse processo adaptativo.

Através da aplicação de modelos teóricos, nomeadamente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), e a utilização de instrumentos como a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, foi possível realizar uma análise detalhada do processo familiar e identificar áreas de atenção prioritárias. Estas ferramentas não só permitiram uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas familiares, como também contribuíram para o delinear de intervenções direcionadas e personalizadas, baseadas nas necessidades específicas de cada família.

Os resultados do estudo evidenciam que, embora cada família apresente características únicas, as FFA enfrentam desafios semelhantes, tais como a renegociação dos limites, a redefinição dos papéis parentais e conjugais, e a necessidade de encontrar um equilíbrio entre o controlo e a autonomia dos filhos. A flexibilidade e a capacidade de adaptação, tanto dos pais como dos filhos, são essenciais para a manutenção da funcionalidade familiar durante esta etapa. No entanto, é comum observar a presença de tensões e conflitos que, se não forem devidamente geridos, podem comprometer o processo de desenvolvimento familiar.

Neste contexto, o EE desempenha um papel crucial, não só como facilitador de intervenções clínicas e educativas, mas também como mediador nos processos de comunicação e resolução de conflitos dentro do sistema familiar. A prática da EC é marcada pela proximidade com as famílias, o que permite ao enfermeiro identificar precocemente sinais de disfunção familiar e implementar estratégias de intervenção que promovam a coesão familiar e a resiliência.

A análise crítica e reflexiva das atividades realizadas ao longo do estágio revelou a importância de uma abordagem multidisciplinar, que envolva não só o enfermeiro, mas também outros profissionais de saúde e, sobretudo, a própria família como agente ativo no seu processo de mudança. Neste contexto, a implementação de consultas de enfermagem familiar foi um passo significativo para promover uma maior compreensão das necessidades

das famílias, oferecendo-lhes suporte contínuo e encorajando-as a serem protagonistas na gestão da sua própria saúde.

As intervenções baseadas em evidência, focadas no fortalecimento das capacidades de coping e na promoção de estilos de vida saudáveis, mostraram-se eficazes na melhoria dos padrões de interação familiar. A capacitação das famílias, através da educação para a saúde e da intervenção terapêutica, facilitou a sua adaptação a esta etapa desafiante e promoveu ganhos significativos em termos de saúde familiar. Ao encorajar uma comunicação mais assertiva, a partilha de responsabilidades e o reforço de laços emocionais, foi possível reduzir tensões e melhorar o processo de negociação entre pais e filhos.

A reflexão sobre os ganhos em saúde alcançados ao longo deste estudo permite ainda identificar áreas de melhoria para futuras intervenções. A articulação com outras equipas de saúde e o recurso contínuo a estratégias inovadoras na prática de EC são essenciais para garantir que as famílias sejam capazes de enfrentar, de forma eficaz, as transições inerentes ao ciclo vital. Na verdade, a inclusão da família como unidade central de cuidado, respeitando as suas características e dinâmicas próprias, continuará a ser uma das abordagens mais promissoras para a Enfermagem de Saúde Familiar.

Os resultados demonstraram que a relação dinâmica, quer da família, quer do próprio casal permite que o processo familiar não seja comprometido e a satisfação conjugal seja mantida. Ressaltaram como desafios percebidos ao processo familiar nesta fase o processo comunicacional com os filhos e o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade na preparação dos filhos adolescentes para a sua progressiva independência.

Apesar das limitações do estudo, circunscrito à nossa amostra de FFA, o mesmo foi determinante para conceber intervenções junto de famílias nesta etapa do ciclo de vida familiar. Assim, considerando-se esta problemática atual e constituindo-se o estudo realizado como um contributo para a melhoria contínua dos cuidados a esta população, há necessidade de aprofundamento para maior suporte das intervenções.

Ainda no âmbito da melhoria contínua, sugere-se o desenvolvimento de consultas de enfermagem específicas com FFA para avaliação familiar pelo EE em Saúde Familiar e no sentido de intervenção mais adequadas.

Em suma, o trabalho desenvolvido ao longo deste estágio contribuiu para reforçar a importância de uma atuação integral, centrada na família, como meio de potenciar a saúde e o bem-estar das FFA. A EC, ao capacitar as famílias para lidarem com as suas próprias dificuldades e ao promover intervenções que visam a melhoria contínua das relações interpessoais entre, desempenha um papel fundamental na construção de núcleos familiares

mais resilientes e saudáveis. O conhecimento adquirido neste percurso será uma base sólida para intervenções futuras, permitindo que o EE continue a desempenhar um papel transformador na vida das famílias com as quais trabalha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Centro. (2024, 2 de maio). Plano Regional de Saúde do Centro | 2018-2020. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/Plano-Regional-Saude-2018-2020.pdf>

Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica* (3ª ed.). Quarteto.

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.

Barreto, M. J., & Rabelo, A. A. (2015). A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. *Pensando famílias*, 19 (2), 34-42. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a04.pdf>

Bomar, P. J., & Baker-Word, P. (2005). Promoção da Saúde Familiar. In S. Hanson (2ª Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (pp. 209-233). Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 2015*.

Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente: dos 10 aos 18 anos* (1ª ed.). A Esfera dos Livros Editora.

Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3), 137-145. Doi: 10.33233/eb.v15i3.181.

Decreto-Lei n. 74/2006 de 24 de março. (2006). Em *Diário da República: 1ª Série, n. 60*, 2242 - 2257.

Decreto-Lei n. 118/2014 de 5 de agosto. (2014). *Em Diário da República: 1ª Série, n. 149, 4069-4071.*

Decreto-Lei n. 73/2017 de 21 de junho (2017). *Em Diário da República: 1ª Série, n. 118, 3128-3140.*

Direção-Geral da Saúde. (1998). *Saúde dos adolescentes: princípios orientadores.*

Direção-Geral da Saúde. (2024, 5 de junho). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil.*
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

[Despacho] n. [24101] de [22 de outubro] (2007). *Em Diário da República : [2ª Série] , n. [203] , [30419-30419].*

[Despacho] n. [8135], de [17 de agosto de 2021]..Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Em Diário da República : [2ª Série], n. [159] , [116-118].*

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2023). *Guia Orientador Estágio com Relatório.*

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos.*

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* Lusociência.

Figueiredo, M. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de Caso (1ª ed.).* Sabooks-Lusodidacta.

Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed.). Lidel.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (1ª ed.). Lusodidacta.

Gameiro, J. (1992). *Voando Sobre a Psiquiatria: Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea*. Edições Afrontamento.

Gedaly-Duff, V., & Heims, M. L. (2005). Enfermagem de Família em Saúde Infantil. In S. Hanson (2ª Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (pp.259-290). Lusociência.

Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª ed.). Lusodidacta.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusociência.

Hanson, S., & Kaakinen, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. In S. Hanson (2ª Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (pp. 39-63).

Houck, G. M., & Kodadck, S. M. (2005). Investigação em Famílias e Enfermagem de Família. In S. Hanson (2ª Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (pp. 65-82).

Meleis, A.I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, H. M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23 (1), 12-28. Doi:10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation- Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer.

Milena, A. P., Fernández, M. L., Gallardo, I. M., Milena, R. P., Helmling, J. L., & Pulido, I. J. (2009). Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007). *Atención Primaria*, 41 (9), 479–485.
<https://core.ac.uk/download/pdf/82607356.pdf>

Nunes, C., Andrade, A., Vasconcelos, J., & Pereira, A. (2023). A enfermagem familiar e o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *Millenium*, 2 (13), 1-8.
<https://doi.org/10.29352/mill0213e.32477>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*.

Ordem dos Enfermeiros. (2024, 5 de agosto). *Dia Internacional da Família 2014*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Progress in Partnership: 2017 Progress Report*.

Organização Mundial de Saúde. (2024, 5 de maio). *Saúde do adolescente*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento Humano* (14ª ed.). AMGH.

Pereira, A. L. (2018). Indicadores: o que são, o que não devem ser e o que poderão ser. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34 (3), 124-126. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i3.12444>

Ponciano, E. L., & Féres-Carneiro, T. (2014). Relação Pais-Filhos na Transição para a Vida Adulta, Autonomia e Relativização da Hierarquia. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 27 (2), 388-397. Doi:10.1590/1678-7153.201427220

Pordata. (2022). *Estatísticas sobre Portugal e Europa*. <https://www.pordata.pt/>

Pordata. (2023). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: População residente*. <https://www.pordata.pt>

Regulamento n. 126/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 35*, 8660-8661.

Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade em Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 124*, 17384-17391.

Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho.(2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 135*, 19354-19359.

Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República:2ª Série, n. 26*, 4744-4750.

Regulamento n. 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República: 2ª Série, n.184*, 28-155.

Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica* (1ª ed.). Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica* (2ª ed.). Edições Afrontamento.

Ross, B. J. (2005). O Processo de Enfermagem e Cuidados de Saúde à Família. In S. Hanson (2ª Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (pp. 157-180).

Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. D., & Azevedo, I. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, 49, 153-171.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Lusodidacta.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*.(5ª ed). Lusodidacta.

Thompson, I.E., & Melia, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem* (4ª ed.).Lusodidacta.

Unidade de Saúde Familiar P. (2019). *Regulamento interno*. Autor.

Unidade de Saúde Familiar P. (2019). *Relatório de atividades*. Autor

Unidade de Saúde Familiar P. (2023). *Carta de compromisso*. Autor.

Unidade de Saúde Familiar P. (2023). *Manual de acolhimento* . Autor.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª ed.). Roca.

ANEXOS

ANEXO 1 - ESCALA APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?			
2 - Está satisfeita com a forma como a sua família discute assuntos?			
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 - Está satisfeita com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 - Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?			

ANEXO 2 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “V CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, IV CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE
FAMILIAR”



ANEXO 3 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “ENCONTRO NACIONAL
"CUIDADORES INFORMAIS: CAPACITAR, PARA CUIDAR DE PESSOAS COM
DEMÊNCIA"

ENCONTRO NACIONAL
CUIDADORES INFORMAIS: CAPACITAR PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEMÊNCIA



Certificado

Certifica-se que **ISABEL CRISTINA COELHO MAGALHÃES**, nascido/a a 1986-03-21, de nacionalidade Portuguesa, portador/a do Documento de Identificação nº 12932517, participou no **Encontro Nacional "Cuidadores Informais: Capacitar, para cuidar de pessoas com demência"**, que decorreu no dia 8 de novembro de 2023, em formato presencial, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 8 de novembro de 2023

Pe/A Comissão Organizadora



Professor José Herminio Gomes

O Presidente da ESEnfC



Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Ilhas da Madeira s/n - 3004-001 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3015-013 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C002827-949/2023

ANEXO 4 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TRATAMENTO DE FERIDAS 25 ANOS”

O futuro começa agora.

CONGRESSO APTFeridas
Gala 25.º aniversário

08 - 10
Pavilhão Multissos de Gondomar — **NOV. '23**

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Isabel Cristina Coelho

Esteve presente no **Congresso APTFeridas - Gala 25 Anos**, que se realizou no **Pavilhão Multissos de Gondomar**, nos dias **09 e 10 de Novembro de 2023**, com a duração total de **16,5 horas**.

Gondomar, 10 de Novembro de 2023

Pe' As Comissões Científica e Organizadora

Paulo Alves
O PRESIDENTE DA DIREÇÃO

Isabel Cristina Coelho
OS PRESIDENTES DO CONGRESSO

Paulo Ramos
OS PRESIDENTES DO CONGRESSO

Wendel Moura
A PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA

APT Feridas

Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

ANEXO 5 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “1ST ALLERGY & RESPIRATORY
SUMMIT”



ANEXO 6 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA “3ª EDIÇÃO DAS CONVERSAS COM A PEDOPSIQUIATRIA”



ANEXO 7 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “XVI ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: 30 ANOS DE COMEMORAÇÕES ONU”

XVI Encontro do Dia Internacional da Família:
30 Anos de comemorações ONU



Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de póster “**A família e a importância do seu apoio para a pessoa com diabetes mellitus tipo 2**”, do(s) autor(es) ISABEL CRISTINA COELHO MAGALHÃES, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por ISABEL CRISTINA COELHO MAGALHÃES, no âmbito do **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2024

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO 8 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer n.º P969_09_2023

Título do Projeto: Famílias com Filhos Adolescentes - Desafios ao Processo Familiar

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Isabel Cristina Coelho Magalhães, Anabela Esteves Gonçalves, Marília Maria Andrade Marques Conceição Neves

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Principal: Isabel Cristina Coelho Magalhães

Orientadores: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques Conceição Neves e Professora Doutora Ana Paula Forte Carneiro

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

As famílias com adolescentes vivenciam uma fase do ciclo vital sendo necessário um comprometimento contínuo dos seus membros, no sentido de assumirem os devidos papéis, tendo em conta as diferenças pessoais e a importância de se procurar compreender as diversas manifestações subjetivas de cada indivíduo nesse âmbito. O processo familiar é por isso uma área de atenção que tem importância para a enfermagem. Assim, como objetivo principal os autores pretendem analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar. Relativamente aos objetivos específicos os autores pretendem identificar como é feita a gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar; analisar como ter filhos adolescentes interfere no sub-sistema parental/ satisfação conjugal; e avaliar o funcionamento expressivo na família com filhos adolescentes.

O estudo decorrerá entre setembro de 2023 e fevereiro de 2024 e é definido como um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal, numa abordagem qualitativa. A recolha de dados será realizada entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024 na população alvo que será constituída por famílias com filhos adolescentes, a frequentar o ensino básico e secundário na faixa etária compreendida entre 14 e os 19 anos, baseada na classificação da Organização Mundial de Saúde (2002) que denominou este período como adolescência média e adolescência tardia. A amostra deste estudo será uma amostra intencional e de conveniência composta por famílias com filhos adolescentes inscritas na USF de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. A estratégia de recolha de dados será a entrevista semiestruturada, com recurso a guião desenvolvido para o efeito e avaliação da funcionalidade das famílias através da aplicação do instrumento Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve (APGAR Familiar), parte integrante do sistema operativo SClínico. Pretende-se também efetuar a avaliação expressiva com recurso à Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES), tendo solicitado autorização à autora da versão II portuguesa. Todos os documentos foram apresentados pelos autores. A confidencialidade e autonomia dos participantes está salvaguardada.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

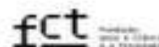
O relator:

Assinado por: **Ana Margarida Coelho Abrantes**
Num. de identificação: 12389057
Data: 2023.10.10 13:18:51+0200

Data: 18/10/2023

A Presidente da Comissão de Ética:

Assinado por: **Maria Filomena Rabaça Roque Botelho**
Num. de identificação: 04135035



ANEXO 9 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO



4

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: Anabela 21/22023 Dr. Mário Ruivo Vigal
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Em audiência do Conselho Superior,
nas termos do art.º 21.º da
Lei do Procedimento Administrativo

Título: "Famílias com filhos adolescentes - desafios ao processo familiar",
projeto n.º 121/2023

ASSUNTO: Autores: Enfermeira Isabel Cristina Coelho Magalhães, mestranda da ESEnFC; Enfermeira Especialista Anabela Esteves Gonçalves; Professoras Doutoras Marília Maria Andrade Marques Conceição Neves e Ana Paula Forte Camarneiro, ESEnFC

O estudo que as investigadoras se propõem realizar na Unidade de Saúde Familiar , tem como objetivo geral: analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar e objetivos específicos: identificar como é feita a gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar; analisar como ter filhos adolescentes interfere no sub-sistema parental/ satisfação conjugal; avaliar o funcionamento expressivo na família com filhos adolescentes.

A população alvo será constituída por famílias com filhos adolescentes, a frequentar o ensino básico e secundário na faixa etária compreendida entre 14 e os 19 anos. Critérios de inclusão: famílias com filhos adolescentes que compareçam às consultas de enfermagem da Enfermeira Orientadora Cooperante, no período de realização do Estágio com Relatório, e que aceitem participar voluntariamente no estudo. Critérios de exclusão: famílias monoparentais. Estudarão uma amostra intencional e de conveniência composta por famílias com filhos adolescentes inscritas na USF , disponíveis para participar no período correspondente à realização do Estágio com Relatório da primeira investigadora na Unidade (Setembro de 2023 a Fevereiro de 2024). Têm autorização para a realização do estudo da coordenadora da Unidade. O acesso aos participantes será realizado pela Enfermeira Especialista da Unidade, enfermeira de família das famílias com filhos adolescentes, que identificará as famílias que reúnem os critérios de inclusão e, num primeiro contato, convidá-los-á a participar no estudo. Posteriormente a investigadora apresentará o estudo e obterá por escrito o consentimento, marcando entrevista na USF, segundo as suas disponibilidades. Os dados serão colhidos por entrevista. O Guião de entrevista consta do processo, bem como a autorização para a utilização das escalas nele contidas.

A entrevista será efetuada a cada elemento do casal de forma individualizada, presencialmente e em local reservado (gabinete de enfermagem), de forma a garantir a privacidade e a confidencialidade. Será áudio-gravada com autorização prévia dos participantes. Na transcrição das entrevistas, será atribuído um código alfanumérico a cada participante, após o que a gravação será apagada. Os dados serão analisados de forma global e anónima. Os dados serão utilizados unicamente para os fins deste estudo e serão posteriormente destruídos.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

O Termo de Consentimento Informado segue o modelo adotado pela Comissão de Ética da ARS Centro. Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)



Presidente da Comissão de Ética da Saúde - ARSC

(Carlos Fontes Ribeiro)



Coimbra 5 de dezembro de 2023

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ALIMENTAÇÃO E DIABETES TIPO 2

Exemplo de plano alimentar para um diabético sem complicações:

Refeição	Constituição
Pequeno-almoço	1 chávena de leite magro/chá/levedada, sem açúcar e 1 pão de cereais/da mistura/integral, com manteiga ou 1 fatia de queijo ou fiambre (preferir o fiambre de aves)
Lanche a meio da manhã	1/2 pão com 1 fatia fina de queijo magro e 1 peça de fruta média ou 2 bolachas secas e 1 peça de fruta média
Almoço	Começar sempre com sopa de legumes com batata/sem batata. Prato (carne, preferencialmente branca, no equivalente à palma da mão, com 2 colheres de sopa de arroz ou massa, ou 2 fatias pequenas, e salada ou legumes cozidos) e 1 fruta média para sobremesa.
Lanche ao meio da tarde	1 iogurte magro aromatisado sem açúcar e 1 pão de mistura/integral/da cereais ou, 1 chávena de chá/levedada/leite magro e 1 pão com 1 fatia fina de queijo magro ou fiambre (preferir o fiambre de aves)
Jantar	Idêntico ao almoço (sopa+prato+sobremesa) intercambiando entre peixe/carne, evitando as carnes vermelhas
Ceia	Só se passaram 3 horas entre o jantar e a hora de ir dormir) 1 iogurte magro aromatisado e 2 bolachas secas ou 1/2 chávena de leite magro/chá/levedada, sem açúcar e 2 tostas de trigo simples

(USP Saúde, 2017)

Apoio familiar no cuidado da pessoa com diabetes tipo 2

A pessoa diabética e os seus familiares precisam estar motivados para aceitar possíveis alterações nas atividades de vida diárias impostas pela diabetes e a ultrapassar essas alterações.

Quando a família aceita a presença da doença crónica e adere aos cuidados, à medida que cada membro muda, afeta o comportamento do outro promovendo, consequentemente, a mudança de comportamento da pessoa com diabetes.

A harmonia familiar parece ter um papel importante para a tranquilidade das pessoas com diabetes tipo 2, que podem encontrar na família as forças para superarem períodos de desgasta físico e emocional (Pires, Pires & Hagestrel, 2006).

Elaborado por: Enf.ª Isabel Magalhães
Versão 01: novembro de 2023
Próxima revisão: novembro de 2025
arcentro.min-saude.pt



ALIMENTAÇÃO E DIABETES TIPO 2

A ALIMENTAÇÃO FAZ PARTE DO TRATAMENTO DE TODAS AS PESSOAS COM DIABETES




Porquê uma alimentação saudável?

Uma alimentação correta e equilibrada previne o aparecimento de várias doenças (ex.: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.) e contribui para o bem-estar físico e mental.

Se for diabético...

- Os objetivos fundamentais da alimentação de uma pessoa com diabetes são: obter um bom controlo da glicémia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável, de modo a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes.
- O excesso de peso dificulta o controlo da diabetes. Um peso equilibrado melhora substancialmente a sua saúde e não requer necessariamente sacrifícios.
- A sua dieta pode e deve continuar a ser agradável e variada.
(USP São João - ACeS La Ocidental e Ceiras, 2017)



Conheça e siga os conselhos mais importantes:

- Todos os alimentos com hidratos de carbono têm influência na glicémia, ingira **quantidades moderadas de hidratos de carbono** (ex.: arroz, massa) em cada refeição (cerca de 6 por dia) e continue com essas mesmas quantidades de dia para dia.
- Evite os alimentos ricos em açúcares:** bolos, doces, refrigerantes, mel e frutos secos (ex.: passas, figos secos, etc).
- As fibras** são fundamentais para manter o trânsito intestinal e regular os níveis de **glicose** e colesterol no sangue. Comece as duas refeições principais com **sopa rica em vegetais** e inclua **salada ou hortaliça** no prato.
- Evitar a ingestão exagerada de gordura** é crucial para o controlo do peso e da glicémia. Elija o azeite para cozinhar nos assados e estufados e para temperar. Coma regularmente peixe e prefira as carnes magras, coelho e aves (sem pele e gorduras visíveis) Pode incluir diariamente algumas nozes ou amêndoas nos seus lanches e nas suas refeições. Diminua os fritos e as gorduras saturadas e/ou hidrogenadas que estão presentes nos enchidos, carne e queijo gordo, natas, folhados, croissants e fast-food.
- Reduza os alimentos salgados e o sal** no tempero. Opte pelas ervas aromáticas, especiarias e sumo de limão.
- A água deve ser a bebida de primeira escolha e recomenda-se 1,5 a 2 litros de água por dia.

- Bebidas alcoólicas:** Se não houver contra-indicação médica, os adultos podem ingerir à refeição até 2 copos de vinho ou cerveja por dia (metade da quantidade para as mulheres). Evite
- Recorde-se que alguns alimentos "sem adição de açúcar" ou "light" podem ter hidratos de carbono a contabilizar, ou serem ricos em gordura. Leia os rótulos.
(Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2023)
A leitura cuidadosa dos rótulos é essencial na seleção de alimentos com reduzido teor de açúcares, gorduras e sal. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, **sacarose, glicose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, xarope de glicose...**
(USP São João - ACeS La Ocidental e Ceiras, 2017)

E agora? Já sabe como compor uma refeição saudável e completa?



Fonte: DGS, 2023

APÊNDICE 3 - GUIÃO DA ENTREVISTA

Idade à data da entrevista _____ Anos

Sexo: _____ F _____ M

Estado Civil _____

Escolaridade _____

Situação profissional _____

Família reconstruída: Sim _____ Não _____

Número filhos e idades _____

Bloco temáticos

Gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar	<ul style="list-style-type: none">- Como descreve esta fase da vida familiar?- Houve mudança(s) do relacionamento com o(s) filho(s)? (Pedir para explicar ou dar exemplos)- Como tem trabalhado a questão da independência do(s) seu(s) filho(s)? (Pedir para descrever como age, que com quem partilha as decisões, se há definição/imposição de limites ou regras,)
Interferência do(s) filho(s) no sub-sistema parental/satisfação conjugal	<ul style="list-style-type: none">- O(s) seu(s) filho(s) adolescente modificou o seu relacionamento conjugal? (explorar gestão dos papéis parentais e satisfação conjugal)

APÊNDICE 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Exmo. Sr. Dr. José Luís Sacadura Biscaia Silva Pinto

Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego

Assunto: Pedido de autorização para realização de Estudo

Eu, Isabel Cristina Coelho Magalhães, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho, por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo intitulado de “Famílias com Filhos Adolescentes - Desafios ao Processo Familiar”.

Trata-se de um estudo, que se prevê durar 4 meses e que tem como objetivo geral analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar e como objetivos específicos: identificar como é feita a gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar, analisar como ter filhos adolescentes interfere no sub-sistema parental/ satisfação conjugal e avaliar o funcionamento expressivo na família com filhos adolescentes.

A amostra deste estudo será uma amostra intencional e de conveniência composta por famílias com filhos adolescentes inscritas na USF. O acesso aos participantes será realizado através da Enfermeira Especialista Cooperante, responsável pelo ficheiro e prestação de cuidados a estas famílias.

Foi solicitado Parecer à Comissão de Ética da UICISA-E e à Comissão de Ética da ARSC, só após pareceres favoráveis e as devidas autorizações se iniciará o estudo.

O estudo está inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como Orientadoras as Professoras Doutoras Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, e Ana Paula Forte Camarneiro.

Com os melhores cumprimentos,

Exmo. Sra. Dra. Rosa Costa

Coordenadora da USF

Assunto: Pedido de autorização para realização de Estudo

Eu, Isabel Cristina Coelho Magalhães, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho, por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo intitulado de “Famílias com Filhos Adolescentes - Desafios ao Processo Familiar”.

Trata-se de um estudo, que se prevê durar 4 meses e que tem como objetivo geral analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar e como objetivos específicos: identificar como é feita a gestão das tarefas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital familiar, analisar como ter filhos adolescentes interfere no sub-sistema parental/ satisfação conjugal e avaliar o funcionamento expressivo na família com filhos adolescentes.

A amostra deste estudo será uma amostra intencional e de conveniência composta por famílias com filhos adolescentes inscritas na USF. O acesso aos participantes será realizado através da Enfermeira Especialista Cooperante, responsável pelo ficheiro e prestação de cuidados a estas famílias.

Foi solicitado Parecer à Comissão de Ética da UICISA-E e à Comissão de Ética da ARSC, só após pareceres favoráveis e as devidas autorizações se iniciará o estudo.

O estudo está inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como Orientadoras as Professoras Doutoras Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, e Ana Paula Forte Camarneiro.

Com os melhores cumprimentos,

APÊNDICE 5 - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Famílias com filhos adolescentes: desafios ao processo familiar

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Enf.^a Isabel Magalhães. Contacto: 910351856.

DESCRIÇÃO: O presente estudo decorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e tem como principal objetivo analisar como ter filhos adolescentes interfere no processo familiar, com a finalidade de melhoria contínua dos cuidados prestados.

O QUE LHE PEDIMOS: que participe numa entrevista realizada na USF P.. O som da entrevista será gravado, se autorizar. A entrevista será transcrita sem identificação do entrevistado e a gravação será apagada. Todas as informações dadas ficam na posse da investigadora, protegidas de terceiros e serão destruídas no final do estudo. Os resultados serão apresentados sob a forma de trabalho no curso referido. Pode desistir a qualquer momento, mesmo após a entrevista ter sido realizada.

A Investigadora irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este consentimento. Após a sua assinatura e a da Investigadora, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, agradecemos o tempo que nos dispensou.

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.

Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.

Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento.

Aceito que utilizem a informação relativa à minha entrevista. Compreendi que os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais.

Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.

Posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar neste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Data: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante a natureza, os objetivos e os fins do estudo.

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/____