



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Sofia Alexandra Marques Soeiro

Coimbra, maio de 2025



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Dificuldades Sentidas por Enfermeiros de Família Relativas à Consulta de Enfermagem a Família com Adolescentes

Sofia Alexandra Marques Soeiro

Orientadora: Doutora Aliete Cunha Oliveira, Professora da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Co-Orientadora: Doutora Margarida Moreira da Silva, Professora da 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, maio de 2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos os que me apoiaram ao longo desta jornada e contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora orientadora Aliete Cunha Oliveira, pela orientação, acompanhamento, ajuda e estímulo contínuos, e à Professora orientadora Margarida Moreira da Silva, pela sua dedicação, vasta experiência, conhecimento, críticas construtivas e sugestões valiosas. Obrigada pela vossa constante orientação durante todo o meu percurso.

À Enfermeira Ana Sofia Mendes, pelo acompanhamento, dedicação e pelos ensinamentos transmitidos ao longo dos estágios, bem como pelo cuidado, carinho, sabedoria e motivação que continuam a ecoar em mim.

À equipa multidisciplinar do centro de saúde, pelo caloroso acolhimento que sempre me presentearam.

A todos os utentes, famílias e enfermeiros da ULS que participaram nos trabalhos e estudos, pela sua disponibilidade e confiança em partilhar as suas experiências, sem os quais este trabalho não seria possível.

À Cláudia pelo apoio constante e por ter feito comigo este percurso!

À Susana que foi apoio, disponibilidade, resiliência, ensinamentos e amizade. Obrigada a ti que que foste casa durante todo este percurso e que me fizeste ter presente diariamente que a vida só faz sentido se for partilhada! Obrigada!

Às colegas e amigas do meu centro de saúde pela constante disponibilidade e apoio.

À minha família, especialmente às minhas filhas, marido e pais, por todo o suporte, incentivo e compreensão nos momentos difíceis. Sem eles, nada disto teria sido realizável!

Obrigada a todos, sem exceção!

RESUMO

A evolução da enfermagem e das políticas de saúde têm contribuído para a integração da família como unidade de cuidados. Com uma abordagem holística, o enfermeiro de família assume um papel central na promoção da saúde e no acompanhamento das famílias ao longo de todo o ciclo vital. Nas diferentes etapas que percorrem, as famílias, enfrentam desafios específicos que requerem uma resposta adequada por parte destes profissionais. As famílias com adolescentes, são exemplo disso ao vivenciarem uma fase de grande complexidade biopsicossocial. Reconhece-se, assim, a importância de práticas de enfermagem centradas na família, que promovam a sua capacitação, autonomia e bem-estar global, contribuindo para cuidados de saúde adequados às suas necessidades.

Objetivos: descrever criticamente as atividades clínicas desenvolvidas para adquirir as competências na área de enfermagem de saúde familiar e apresentar um estudo de investigação, que emergiu da necessidade do serviço sobre as dificuldades sentidas por enfermeiros de famílias relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes.

Metodologia: a componente clínica envolveu atividades com famílias no desenvolvimento de competências especializadas em saúde familiar, utilizando os referenciais da disciplina e da área de especialidade. Na vertente de investigação, realizou-se um estudo qualitativo descritivo com análise de conteúdo segundo Bardin (2016; 2018), visando conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes. Participaram 18 enfermeiros, sendo os dados recolhidos através de entrevista aberta.

Resultados: a implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi crucial no desenvolvimento de competências que permitem prestar cuidados às famílias como unidade de cuidados. Nos achados do estudo de investigação, dando resposta ao tema definido Dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes, emergiram quatro categorias: dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias, dificuldades organizacionais, dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências e dificuldades relacionadas com a falta de adesão das famílias às consultas.

Conclusão: as atividades clínicas promoveram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar. Conhecer as dificuldades de enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes pode melhorar as práticas e a eficácia dos cuidados, contribuindo para a valorização e visibilidade da Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-Chave: Enfermeiro de Família; Família; Adolescentes; Saúde

ABSTRACT

The evolution of nursing and health policies has contributed to the integration of the family as a unit of care. With a holistic approach, the family nurse assumes a central role in health promotion and in supporting families throughout the entire life cycle. At the different stages they go through, families face specific challenges that require an adequate response from these professionals. Families with adolescents are an example of this, experiencing a phase of great biopsychosocial complexity. Thus, the importance of family-centered nursing practices is recognized, which promote their empowerment, autonomy, and overall well-being, contributing to health care tailored to their needs.

Objectives: To critically describe the clinical activities developed to acquire competencies in family health nursing and to present a research study that emerged from the service's need regarding the difficulties experienced by family nurses related to nursing consultations with families with adolescents.

Methodology: The clinical component involved activities with families to develop specialized competencies in family health, using the discipline's and specialty area's frameworks. In the research dimension, a descriptive qualitative study was conducted with content analysis according to Bardin (2016; 2018), aiming to understand the difficulties felt by family nurses related to nursing consultations with families with adolescents. Eighteen nurses participated, and data were collected through open interviews.

Results: The implementation of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was crucial in developing competencies that allow care to be provided to families as a unit of care. The findings from the research study, addressing the theme *Difficulties experienced by family nurses related to nursing consultations with families with adolescents*, revealed four categories: difficulties in establishing a trusting relationship with families, organizational difficulties, difficulties related to the development of competencies, and difficulties related to families' low adherence to consultations.

Conclusion: The clinical activities promoted the development of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the Family Health Area. Understanding the difficulties experienced by family nurses in nursing consultations with families with adolescents can improve practices and the effectiveness of care, contributing to the recognition and visibility of Family Health Nursing.

Keywords: Family Nurse; Family; Adolescents; Health

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

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

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EOC – Enfermeira Orientadora Cooperante

EE – Enfermeiro Especialista

EF – Enfermeiro de Família

EEECASF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Prestador de Cuidados

PNSIJ – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

TBOS – Terapia Breve Orientada para as Soluções

SF – Saúde Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. População inscrita na unidade e caracterização	18
Figura 2. Pirâmide etária da população inscrita no fichero da enfermeira orientadora cooperante	22
Figura 3. Caracterização das famílias do fichero da enfermeira orientadora cooperante quanto ao tipo de família.....	24
Figura 4. Caracterização das famílias nucleares do fichero da enfermeira orientadora cooperante quanto à etapa do ciclo de vida segundo Duvall.....	26
Figura 5. Genograma família ABCD.....	37
Figura 6. Ecomapa família ABCD.....	38
Figura 7. Tipologia familiar, das 34 famílias avaliadas do fichero da enfermeira orientadora cooperante.....	41
Figura 8. Distribuição das 26 famílias nucleares avaliadas por estadios do ciclo vital de Duvall, do fichero da enfermeira orientadora cooperante.....	44
Figura 9. Influência mútua e recíproca das categorias emergentes do tema “Dificuldades Sentidas por Enfermeiros de Família Relativas à Consulta de Enfermagem a Famílias com Adolescentes”.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização das famílias com adolescentes quanto à sua tipologia.....	27
Tabela 2. Indicadores epidemiológicos – taxa de avaliação.....	51
Tabela 3. Indicadores epidemiológicos – taxa de prevalência.....	53
Tabela 4. Indicadores de resultado.....	55
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	81

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – ATIVIDADES DE ÂMBITO CLÍNICO	17
1– CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO UCSP	17
1.1.1 Caracterização das famílias do ficheiro da EOC.....	21
2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	29
2.1 - PRÁTICA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS	30
2.1.1 Avaliação e Intervenção Familiar	35
2.1.2 Avaliação e Monitorização das Intervenções de ESF	51
2.2 – EVIDÊNCIAS DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA	57
2.3 – OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA	65
CAPÍTULO 2 – ATIVIDADES NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO	69
1– JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	69
2– PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	74
2.1 – OBJETIVOS DO ESTUDO	74
2.2 – TIPO DE ESTUDO	75
2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	75
2.4 – PARTICIPANTES DO ESTUDO	76
2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	77
2.6 – PROCESSO DE ANÁLISE DE RESULTADOS	78
3– APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	80
3.1–CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	81
3.2- DIFICULDADES SENTIDAS POR ENFERMEIROS DE FAMÍLIA RELATIVAS À CONSULTA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIAS COM ADOLESCENTES	82
4– OUTRAS ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO	92

CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida: Colocar o dedo na ferida

ANEXO 2 – Certificado de participação no *Webinar* subordinado ao tema Projetos de Melhoria Contínua

ANEXO 3 – Certificado de participação no XXII Encontro Nacional “Novas Políticas, novos rumos para os CSP” da Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

ANEXO 4 – Certificado de participação no V Congresso Nacional AUCC

ANEXO 5 – Certificado de participação no 4º Encontro Internacional Re(pensar) o VIH e Sida: “Sigamos o caminho dos direitos!”

ANEXO 6 – Certificado de participação no XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de Comemorações ONU

ANEXO 7 – Certificado de participação no *Webinar* “Enfermagem às Quintas – Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade”

ANEXO 8 – Certificado de participação no “*Webinar* – Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência”

ANEXO 9 – Certificado de participação no III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de Respostas”

ANEXO 10 – Certificado de participação no Workshop “As perdas na Família: intervenção em saúde familiar”

ANEXO 11 – Certificado de participação no Workshop “Emoções na Gravidez”

ANEXO 12 – Certificado de participação no Workshop “*Mindfulness* na parentalidade”

ANEXO 13 – Certificado de participação no Workshop “Interpretação do Desenho Infantil”

ANEXO 14 – Certificado de participação no *International Congresso Family Health* (ICFH’25)

ANEXO 15 – Parecer da Comissão de Ética Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ANEXO 16 – Parecer da Coordenadora da UCSP

ANEXO 17 – Parecer da Comissão de Ética da ULS

ANEXO 18 – Autorização da EOC

ANEXO 19 – Certificado de apresentação de uma comunicação livre com o título “Impacto da Úlcera de Perna na Família”

ANEXO 20 – Certificado de apresentação de uma comunicação em poster intitulada “Queda no Idoso – O Envolvimento da Família”

ANEXO 21 – Certificado de apresentação de um pôster com o tema “Funcionamento Familiar na Transição Desenvolvimental da Adolescência”

ANEXO 22 – Certificado de apresentação de uma comunicação em formato de pôster intitulada “A transição desenvolvimental da adolescência e dinâmica familiar”

ANEXO 23 – Certificado de apresentação de um pôster intitulado “Prevenção da Obesidade Infantil: “Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz”

ANEXO 24 – Certificado de apresentação de um pôster intitulado “Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS”

ANEXO 25 – Certificado de apresentação de uma comunicação em formato e-poster com o título “Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar”

ANEXO 26 – Certificado de apresentação de uma comunicação oral com o título “Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos”

ANEXO 27 – Certificado de apresentação de um pôster intitulado “Investigação em saúde familiar: desafios e limitações na abordagem às famílias com adolescentes”

ANEXO 28 – Certificado de apresentação de uma comunicação livre (poster) intitulada: “Intervenções Mágicas para Cuidar: famílias a criar um futuro mais saudável e feliz: boas práticas na prevenção da obesidade”

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião de Entrevista

APÊNDICE 2 – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

INTRODUÇÃO

O Relatório Final de Estágio, surge no âmbito das Unidades Curriculares (UC) Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e Estágio com Relatório, concretizadas no 2º e 3º semestre, respetivamente, integradas no III Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC). Pretende explicitar o trabalho realizado, no decorrer dos estágios, refletindo um nível avançado de compreensão e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Para a realização do mesmo, recorre-se ao processo de recolha de informação, nas plataformas dos sistemas de informação, como: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e Sclínico, bem como o Instituto Nacional de Estatística (INE), bases de dados e brainstorming com a equipa. Considerou-se também orientações políticas nacionais e internacionais e dos órgãos reguladores da profissão de enfermagem, incorporando evidências científicas dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Em conformidade com o plano de estudos, os Guias Orientadores da UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar (2024) e da UC Estágio com Relatório (2024), emergem os seguintes objetivos de estágio: a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) designadamente: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; “Melhoria contínua da qualidade”; “Gestão de cuidados”; e “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar (EEECASF), nomeadamente: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº 428/2018 de 16 julho, 2018).

A consecução dos objetivos propostos, pressupõe ainda, o domínio do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015) que assenta em seis enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem, e o Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos Pós-Licenciatura e de Especialização em Enfermagem (Regulamento nº42/2020 de 16 janeiro, 2020).

As atividades a realizar no decorrer do estágio deverão estar alinhadas com os objetivos e a evidência científica, incidindo sobre: A prestação de cuidados à família, enquanto unidade,

e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção; e O desenvolvimento do julgamento clínico, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, com recurso a modelos de avaliação e intervenção familiar. Os ganhos em saúde serão o produto do processo de enfermagem, que se inicia através da recolha de dados, do estabelecimento de diagnósticos, da seleção e aplicação de intervenções especializadas e da avaliação dos resultados, em relação aos objetivos previamente definidos. A assunção do papel de liderança e colaboração no âmbito da saúde familiar, integrando resultados de estudos e referenciais teóricos da ESF, também será considerada (Guia Orientador, 2024).

Os dois momentos da prática clínica concretizaram-se na mesma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O primeiro momento ocorreu no período de 18 de abril a 5 de julho de 2024 e contabilizou um total de 405h. O segundo momento teve início a 16 de setembro de 2024 e término a 21 de fevereiro de 2025, contabilizando um total de 336 horas de estágio, 16 horas de seminários e 200 horas de trabalho de campo. Basearam-se na mobilização dos conhecimentos, anteriormente adquiridos nas UC, na experiência adquirida, na melhor evidência científica disponível e nos valores éticos e legais que regem a minha conduta académica, profissional e pessoal. A colaboração da orientadora e co-orientadora pedagógicas da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da Enfermeira Orientadora Cooperante (EOC), Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram fundamentais na consecução deste percurso.

As mudanças ocorridas na sociedade portuguesa, ao longo das últimas décadas, resultaram em alterações significativas na estrutura e organização familiar, exigindo novas necessidades de saúde. A família considerada um espaço crucial de suporte, exige uma abordagem que considere toda a sua complexidade (Regulamento nº367/2015 de 29 de junho, 2015).

O vocábulo “Família” tem vários significados dependendo do contexto em que é utilizado. Segundo Hanson (2005), “Família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos” (p. 6).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, a família é definida como um grupo de seres humanos considerado uma unidade social ou um todo coletivo. Este grupo é composto por membros ligados através de laços de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, não se limitando aos laços sanguíneos ou de parentesco. Considerada uma unidade social, é mais do que apenas a soma dos indivíduos e das suas relações, incluindo pessoas significativas para o cliente que

fazem parte do grupo familiar (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015).

Internacionalmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a família como o foco dos cuidados de enfermagem, destacando o papel dos enfermeiros na promoção da saúde familiar. Em Portugal, em 2005, aquando da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), reorganizou-se o modelo de funcionamento dos Centros de Saúde (CS) colocando o foco da prestação de cuidados centrado na família, com o enfermeiro de família a atuar em todas as fases do ciclo de vida nos CSP (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015).

É fundamental o papel que a família desempenha na saúde dos seus membros, contribuindo para o bem-estar de todos os que a integram, sendo por isso considerada a unidade básica da sociedade. A abordagem da família deve ser como um todo, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, orientando-se o foco da sua prática para a família como sistema (Correia et al., 2021). Como resposta a esta evolução a ciência de enfermagem desenvolveu a Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Henriques & Santos, 2019).

De acordo com Figueiredo, (2012), a Saúde Familiar (SF) define-se como a maximização do potencial de saúde da família, por meio de um processo dinâmico de ajustes e adaptações, às mudanças decorrentes das transições normativas ou situacionais. Este conceito traduz-se na capacidade de o sistema familiar promover estratégias que garantam a sua funcionalidade como unidade, mantendo a sua organização, e produzindo mudanças estruturais, enquanto simultaneamente responde às necessidades individuais de cada membro. A saúde dos membros e o funcionamento familiar estão interligados, influenciando-se mutuamente.

O Enfermeiro de Família (EF) tem assim uma responsabilidade significativa na saúde das populações, especialmente no cuidado às famílias. Para isso, deve desenvolver competências diferenciadas, visto que “é o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015)”. Este acompanhamento é crucial para garantir que as necessidades de saúde das famílias são satisfeitas através de abordagem holística, promovendo o bem-estar de todos os seus membros.

O Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto (2014) define os princípios e o enquadramento da atuação do EF nas unidades funcionais dos CSP, como as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as UCSP.

O presente relatório foca a análise crítica do processo de ensino-aprendizagem, realizado em contexto da prática clínica, com destaque para as competências adquiridas em saúde

familiar. O relatório contempla ainda o trabalho de campo realizado no contexto da investigação, que tem como título: "Dificuldades Sentidas por Enfermeiros de Família Relativas à Consulta de Enfermagem a Famílias com Adolescentes". A integração de evidência científica no processo investigativo é fundamental para a reflexão sobre as práticas e a melhoria dos cuidados em saúde familiar.

O presente relatório está dividido em dois capítulos. O capítulo I contempla atividades de âmbito clínico, dividindo-se no subcapítulo I que caracteriza o contexto clínico e no subcapítulo II que analisa e descreve criticamente as atividades desenvolvidas, relacionando-as com as competências adquiridas em ESF. O capítulo II incide na atividade no âmbito da investigação, na qual se justifica e enquadra o problema no subcapítulo I, descrevem-se os procedimentos metodológicos no subcapítulo II, apresentam-se e discutem-se os resultados no subcapítulo III e o subcapítulo IV contempla ainda outras atividades de investigação realizadas durante este percurso académico.

CAPÍTULO 1 – ATIVIDADES DE ÂMBITO CLÍNICO

1 - CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo descrever-se-ão as principais atividades, realizadas na prática clínica, que permitiram aprofundar conhecimentos e adquirir novas aprendizagens, com vista à aquisição de competências especializadas no âmbito da saúde familiar. Encontra-se dividido em dois subcapítulos: o subcapítulo 1 que aborda a descrição do contexto clínico. Este, comum aos dois estágios, foi uma UCSP, que tendo por base o princípio da confidencialidade não se especificará qual. Realizar-se-á então, numa primeira parte, uma caracterização do mesmo, colocando em evidência o seu funcionamento e método de trabalho. A segunda parte será constituída pela caracterização do ficheiro das famílias da EOC. Para a consecução deste subcapítulo, e dada a inexistência de manual de acolhimento e integração, recorreu-se à plataforma dos sistemas de informação: MIM@UF, BI-CSP e Sclínico, aos últimos Censos, através do INE, ao site do município e ao brainstorming realizado à equipa que integra a unidade. Este último recurso foi de especial relevância na medida em que contribuiu também para a compreensão da dinâmica e funcionamento da unidade, facilitando assim a integração na equipa.

1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO - UCSP

A Unidade Funcional (UF) de modelo UCSP iniciou a sua atividade em 2007 e pertence geograficamente à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo. O município, onde está localizada, pertence à sub-região do Médio Tejo, na região centro, é constituído por 13 freguesias, com uma área geográfica aproximadamente de 715km² e 34329 habitantes. A densidade demográfica é de 48 habitantes/km², verificando-se um decréscimo relativamente aos censos de 2011. 10,2% da sua população tem menos de 15 anos, 58,6% têm idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e 31,2% são idosos. 2,1% (n=721) da sua população é estrangeira, número que tem vindo a aumentar, acompanhando a realidade nacional. O número de pessoas por família é de 2,3, existindo também um acompanhamento da tendência nacional, respeitante ao número de óbitos ser superior ao número de nascimentos, segundo os censos de 2021 (PORDATA 2024).

Integrada a 1 de janeiro de 2024 na Unidade Local de Saúde (ULS) do Médio Tejo partilha a sua visão objetivando ser reconhecida como uma instituição de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde completos e integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos que dela usufruam. Qualidade e segurança, integração

e complementaridade, ética e integridade, sustentabilidade e humanização são os valores por que se rege. Constituída pela sede e 7 pólos, tem como recursos humanos 8 médicos, 16 enfermeiros e 12 secretários clínicos, distribuídos por todo o concelho, garantindo, desta forma, a prestação de cuidados adequados na área dos CSP. Presta cuidados a 16346 utentes, dos quais apenas 3450 têm médico de família, correspondendo a 21,11% dos utentes inscritos nesta unidade. A pirâmide etária dos utentes inscritos (Figura 1) permite perceber que existem mais mulheres que homens, que a faixa etária dos 60-64 anos é aquela que tem maior número de inscritos e que cerca de 35% da população tem idade igual ou superior a 65 anos. A população inscrita tem um índice de dependência de 69,37% (18,28% jovens e 51,09% idosos) de acordo com o BI-CSP de maio 2024 (SNS, 2024).

Figura 1.

População inscrita na unidade e caracterização



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, (SNS, 2024) acedido em maio 2024

A sede, local onde decorreram os estágios e se centraliza a gestão dos CSP do concelho, operacionaliza-se no 1º andar da antiga Casa de Saúde (tem elevador adaptado para pessoas com mobilidade reduzida), funciona nos dias úteis das 8-18horas e encerra sábados, domingos e feriados. Tem 3 gabinetes de atendimento médico, 2 gabinetes de atendimento de enfermagem (tratamentos e consultas) e 1 balcão de atendimento administrativo, comum à Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a funcionar no mesmo espaço físico. Dispõe ainda de casas de banho

para os utentes e funcionários, sala de reuniões, vestiários e copa, comuns às várias equipas ali sediadas. Este espaço pauta-se pela inexistência de uma sala de espera, sendo o corredor o espaço onde os utentes aguardam (tem dispostas várias cadeiras e um espaço onde existe material didático para as crianças). Atualmente a UF é formada por uma equipa multiprofissional com 2 enfermeiras, 1 EEECASF e 1 enfermeira generalista, 2 assistentes operacionais (partilhadas com outros pólos) e 3 médicas, sendo que uma delas, não tendo lista de utentes atribuída, realiza consultas de recurso direcionadas aos utentes que não têm médico de família, garantindo desta forma uma maior e melhor assistência à população. As administrativas e os motoristas existentes são partilhados com a UCC e a USP.

A UF tem como carteira básica de serviços consultas de situação aguda, de intersubstituição e de programas de saúde, vacinação, visita domiciliária, tratamentos e rastreios oncológicos. As consultas de situação aguda resultam de uma situação de doença que surgiu no próprio dia ou por agravamento de doença crónica existente e são realizadas pelas 3 médicas da unidade, consoante disponibilidade. Em caso de indisponibilidade os utentes são encaminhados ao serviço de urgência do hospital local. As consultas de intersubstituição realizam-se diariamente, têm como público-alvo os utentes sem médico de família e são, na sua maioria, consultas de programas, objetivando assegurar os cuidados de saúde e vigilância destes utentes. As consultas de programas de saúde são asseguradas pelas 2 médicas e 2 enfermeiras de família. São agendadas pelos utentes ou profissionais objetivando assegurar a vigilância de saúde ou de doença crónica dos utentes de acordo com o seu plano individual/ familiar de saúde. Fazem parte desta consulta os programas de saúde materna, saúde infantil, saúde do adulto, saúde do idoso, planeamento familiar, diabetes mellitus, hipertensão arterial e rastreios oncológicos (mama, colo do útero e colo retal). A vacinação, além de programada, é realizada também de forma oportunista, nomeadamente durante as consultas de saúde infantil (realizadas em idades coincidentes com a administração de vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV)). Também durante o atendimento aos migrantes que ali se deslocam diariamente, é realizada vacinação de forma oportunista, contribuindo assim para proteger os indivíduos e a população em geral de doenças com maior potencial de ameaças à saúde pública (SNS24, 2023). A visita domiciliária é realizada no próprio domicílio da família, destinando-se a casos de dependência ou de condições de saúde que tornam desaconselhável ou impossível a deslocação dos utentes à UCSP.

A UCSP segue uma metodologia de trabalho colaborativa entre médica e enfermeira de família, na qual os utentes atribuídos são, na sua maioria, coincidentes. Cada enfermeira tem atribuída uma lista de utentes/ famílias pela qual é responsável, garantindo a prestação de cuidados, ao longo do ciclo vital, nos vários níveis de prevenção primária, secundária

e terciária. Quando a EF está ausente a prestação de cuidados é assegurada pela outra enfermeira. Esta metodologia de trabalho vai de encontro ao Regulamento nº118/2014 de 5 de agosto (2014) que explicita a atuação do EF, referindo que *“o enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis.”* De acordo com Silva (2016), neste conceito, está implícito o método do EF, entendido como um método de organização de cuidados, dinâmico e sistematizado no acompanhamento de famílias específicas. Segundo a autora traz benefícios aos enfermeiros, pelo seu maior reconhecimento, e aos utentes/ famílias pela relação de confiança estabelecida, permitindo uma continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital.

Na conceptualização dos cuidados são vários os modelos disponíveis para avaliar a dinâmica familiar, permitindo aplicar os conhecimentos de forma prática, organizar e estruturar as intervenções, obtendo ganhos em saúde (Correia et al., 2021), no entanto, esta não é uma prática usual na unidade. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) foi o modelo adotado pelo sistema de informação Sclínico, contudo, a operacionalização concreta no contexto da prática clínica não é habitual. Consequentemente não é habitual a realização de uma avaliação da família, nem identificação dos respetivos diagnósticos de enfermagem, que possibilitam intervir na família enquanto unidade de cuidados. A principal razão, apontada pela equipa, para a não realização, prende-se com a sobrecarga de trabalho, pelo número de utentes inscritos na unidade, e pela falta de formação em SF e também no próprio sistema de informação.

Silva (2016) no seu estudo evidencia isso mesmo, que a falta de formação em saúde familiar e em sistemas de informação comprometem o levantamento de diagnósticos nessa área, e consequentemente, existe falta de visibilidade dos resultados das intervenções de enfermagem.

O MDAIF afirma-se como um referencial de conceitos e métodos que visa responder às necessidades específicas dos enfermeiros em Portugal nos cuidados prestados às famílias. A sua estrutura prática possibilita a interligação entre as diversas fases do processo de enfermagem, servindo como uma ferramenta orientadora e sistematizadora das práticas de enfermagem em SF (Figueiredo, 2020).

Sousa, Figueiredo & Erdmann (2010) conforme citados por Correia et al (2021) referem que para realizar o processo de planeamento em saúde e gestão de cuidados é fundamental avaliar a família.

Rebello et al. (2011), conforme citado por Correia et al. (2021), refere ainda ser crucial a utilização de instrumentos de colheita de dados, permitindo assim conhecer a dinâmica familiar o que potencia a atuação do EF.

1.1.2 - Caracterização das famílias do ficheiro da EOC

“Família”, vocábulo que assume diferentes imagens em cada pessoa e/ou grupo tendo o seu significado mudado e evoluído ao longo do tempo. As definições centram-se em diversos aspetos, dependendo do paradigma de cada área específica. Hanson (2005), enfatiza a interdependência e a autoidentificação dos membros da família. Significa assim, que a família pode assumir diferentes formas e estruturas com base nas relações e conexões percebidas pelos seus membros.

A família, enquanto sistema, desempenha funções importantes, constituindo-se como um apoio fundamental para a vida e saúde dos seus membros, sendo considerada uma unidade dinâmica com capacidade de se auto-organizar. Para a sua melhor compreensão é crucial adotar um modelo que reconheça a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e várias dimensões, considerando não só a sua história como o seu contexto. Ao compreender a estrutura, os processos de desenvolvimento e o modo como funcionam, promoveremos uma prática capacitadora das famílias que lhes permitem fazer face às exigências específicas do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2012).

Destaca-se assim a importância da realização, de forma regular, da caracterização das famílias na prática de enfermagem familiar, enfatizando a necessidade de uma abordagem holística que considere as necessidades individuais e também as influências familiares e contextuais.

A caracterização, quanto ao número, à tipologia familiar e à etapa do ciclo vital, do ficheiro das famílias atribuídas à EOC era um dos propósitos do primeiro estágio.

Para esta caracterização procedeu-se à impressão da listagem das famílias atribuídas à EOC, através do Sclínico. Este faz parte da estratégia do Ministério da Saúde para a informatização clínica do Sistema Nacional de Saúde, visando padronizar os registos clínicos. Permite um acesso variado à informação do utente, partilha de dados entre profissionais de saúde e sistematização dos mesmos, homogeneizando práticas e informação. Torna assim a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz, melhorando o apoio, a assistência e o acompanhamento ao utente dentro de uma equipa multidisciplinar (SNS, 2020).

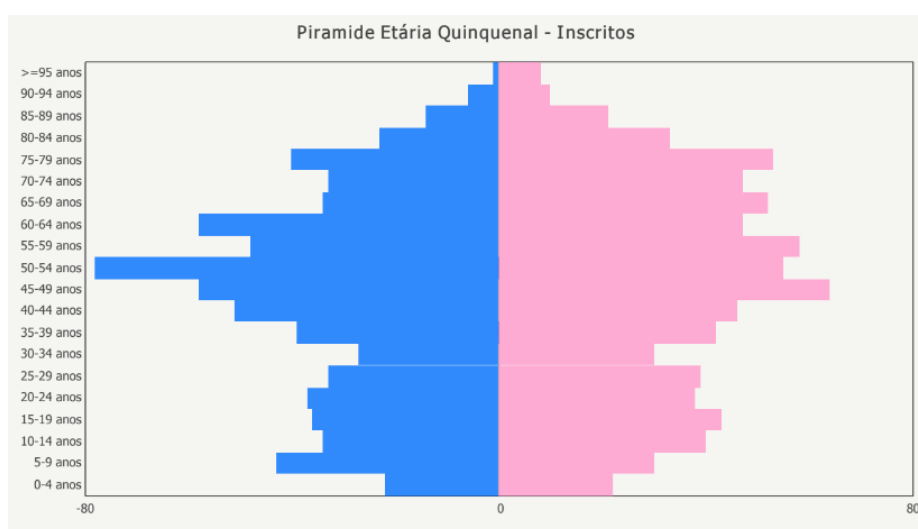
Após consulta das listagens impressas contabilizou-se um total de 1888 utentes distribuídos por 871 famílias, tendo estes dados sido trabalhados em Excel®. Estamos perante um número claramente superior ao preconizado, como se constata no Regulamento da Norma

para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro, 2019). Neste regulamento lê-se que para efeitos de cálculo da dotação de pessoal de enfermagem, na UCSP, recomenda-se a aplicação do rácio de 1550 clientes e 350 famílias por enfermeiro.

O ficheiro caracterizado evidenciou uma população maioritariamente adulta, sendo a faixa dos 50-54 anos aquela que mais predomina. Constata-se ainda, à semelhança dos utentes inscritos na UCSP (30% com idade igual ou superior a 65 anos), que 25% dos utentes inscritos no ficheiro da EOC tinham idade igual ou superior a 65 anos (Figura 2).

Figura 2

Pirâmide etária da população inscrita no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante



Fonte: MIM@UF, acedido em maio 2024

Relativamente aos Programas de Saúde, verificou-se que 154 utentes possuem o Programa Nacional para a Diabetes, 294 utentes o Programa Nacional para a Hipertensão Arterial, existem 335 mulheres em idade fértil, beneficiando do Programa de Planeamento Familiar, 8 mulheres grávidas com o Programa de Saúde Materna, 274 utentes entre os 0 e os 12 anos que estão inseridos no Programa de Saúde Infantil, 111 utentes dos 13-17 anos com o Programa de Saúde Juvenil, 3 com o Programa de Saúde Familiar, 11 utentes abrangidos pelo programa Dependentes; 372 utentes abrangidos pelo Rastreio do Cancro do Colo do Útero, 564 pelo Rastreio do Cancro Colo Retal e 230 pelo Rastreio do Cancro da Mama.

Ao analisar estes dados, percebe-se que são várias as famílias em processos de transição,

que se definem como eventos na vida dos indivíduos/famílias exigindo uma reorganização dos papéis e tarefas. A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, permite descrever, compreender, interpretar e explicar fenómenos específicos relevantes para a prática de enfermagem. O foco principal da teoria são os processos transacionais que ocorrem ao longo da vida, partindo do pressuposto de que as pessoas em transição estão mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde, necessitando de cuidados de enfermagem. Meleis classificou as transições em 4 tipos: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais, podendo as mesmas ocorrer de forma isolada ou simultaneamente. Durante o processo de transição, surgem padrões que os enfermeiros devem reconhecer para desenvolver estratégias que permitam ajudar os indivíduos/famílias a compreender as transições. Esta teoria pretende expor as interações entre enfermeiros e utentes, explicando de que forma os primeiros influenciam as experiências dos segundos durante as transições. No contexto dos cuidados de enfermagem, o objetivo é lidar com os problemas potenciais que surgem durante as experiências transitórias e desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas de apoio ao indivíduo e à sua família, promovendo um *coping* saudável (Malta et al., 2023).

Durante o primeiro estágio, ao analisar o ficheiro, foi perceptível que 8 famílias estavam a vivenciar uma transição para a parentalidade, considerada uma transição desenvolvimental. Constatou-se ainda que, as famílias a quem foi diagnosticado, num dos seus membros, hipertensão arterial, diabetes mellitus, ou uma outra situação de doença vivenciaram transições saúde-doença.

Os dados disponíveis evidenciaram, no primeiro estágio, além dos números elevados, relacionados com as doenças crónicas e as transições existentes, um aspeto particularmente preocupante: o programa de Saúde Familiar abrangia apenas 3 famílias, de um total de 871. Esta realidade sublinha a necessidade urgente de empreender esforços significativos para aumentar a visibilidade da SF e trabalhar mais com as nossas famílias. É imperativo reconhecer a importância do longo caminho que temos pela frente, reforçando o compromisso de integrar a SF como um elemento essencial na saúde das populações.

Partindo desta premissa sensibilizou-se a equipa, destacando a necessidade de implementar o programa de SF nas famílias que frequentam a unidade. Objetivou-se assim consciencializar sobre a relevância do programa e, conseqüentemente, aumentar a adesão ao mesmo, refletindo-se num aumento de famílias (82) com o programa inserido.

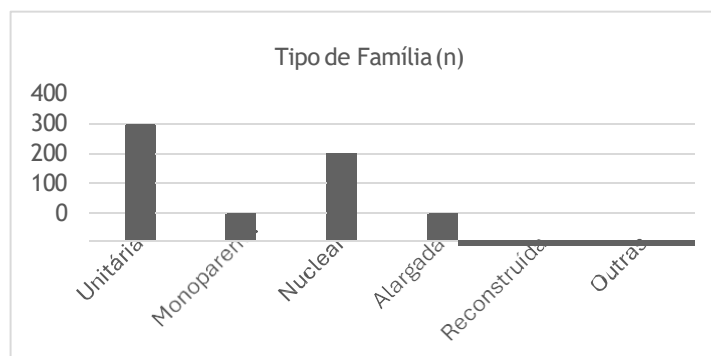
Ventura (2010) refere que, de acordo com a sua estrutura, a família é vista como um grupo de pessoas cooperantes que convivem sob o mesmo teto, sendo classificada em unitária, nuclear, alargada, reconstruída e monoparental, sendo esta a classificação adotada pelo

Sclínico. A família unitária é constituída por uma pessoa a viver sozinha, representando os idosos uma parte considerável destas estruturas familiares. A família nuclear é caracterizada por uma única união entre adultos e um único nível de descendência, ou seja, pais e filhos, tendo sido, predominante num passado recente, mas, nas últimas décadas, houve uma diminuição da sua representatividade entre as estruturas familiares nos países desenvolvidos. As famílias alargadas incluem várias gerações, frequentemente compreendem a família nuclear, avós e, por vezes, membros colaterais como tios e primos. Uma família reconstruída é aquela em que, pelo menos, um dos cônjuges tem um histórico de casamento anterior. Quando há filhos de relacionamentos anteriores de um ou de ambos os parceiros, a situação é complexa visto que o casal parental e o casal conjugal não coincidem, formando assim dois núcleos familiares distintos. A família monoparental é formada por um dos pais juntamente com o(s) seu(s) filho(s), existindo várias causas para este tipo de estrutura, como viuvez, nascimentos fora do casamento, separação/ divórcio. No passado estas famílias eram principalmente compostas por viúvos(as) com filhos, atualmente o aumento significativo é atribuído à separação/ divórcio, e em menor dimensão, às mães solteiras com filhos.

Considerando esta classificação (adotada pelo Sclínico), após avaliação do processo familiar, verificou-se que existem 378 famílias unitárias, 306 famílias nucleares, 88 famílias monoparentais, 70 famílias alargadas, 15 famílias reconstruídas e 14 designam-se por outras por não se enquadrarem em nenhuma das tipologias anteriores (Figura 3).

Figura 3

Caracterização das famílias do ficheiro da enfermeira cooperante quanto ao tipo de família



Aquando da caracterização do ficheiro e posterior análise de dados, foi constatado um número significativo de famílias unitárias (n=378). Umas das causas apontadas foram erros

administrativos, relacionados com a inscrição de utentes, visto que em algumas situações existiam famílias unitárias em que o único membro da família era um menor. No entanto, este é um número que acompanha o crescimento destas famílias neste município, como mostram os censos de 2021, havendo um aumento significativo de famílias unitárias, ao longo dos últimos anos (1250 em 1960 e 4088 em 2021) (PORDATA 2024). Outras justificações prendem-se com a maioria destas famílias serem de migrantes e elementos da mesma família terem enfermeiros de família diferentes.

Noutras situações, embora os agregados familiares fossem compatíveis com a tipologia alargada (pais, avós, filhos) constatou-se, pelo conhecimento da EOC, que não correspondia à realidade. Este foi um processo moroso, não sendo possível, por vezes, efetuar as devidas correções por diversas situações, nomeadamente: o elevado número e a recente atribuição de utentes à EOC, muitos deles migrantes e ainda sem consulta de enfermagem, e falhas administrativas e nos contactos telefónicos, o que impossibilitou a comunicação com o utente.

Durante o seu percurso, a família percorre várias etapas de transição previsíveis definindo o seu desenvolvimento, nas quais são redefinidas as expectativas mútuas e a organização da vida familiar. O ciclo de vida descreve a história, a evolução e a transformação de cada família ao longo do tempo. Duvall foi um dos primeiros que considerou as etapas do ciclo de vida do indivíduo e as tarefas específicas a cada etapa aplicadas à unidade familiar, considerando-o como uma série de trajetórias entrelaçadas e interdependentes. Descreveu oito etapas, cada uma com problemas específicos e tarefas a serem realizadas, sendo o seu cumprimento crucial para o bem-estar da família e o desenvolvimento biopsicossocial dos seus membros. O incumprimento pode resultar em frustração, dificultar a realização das tarefas dos estádios seguintes e causar disfunção familiar (Ventura, 2010).

Este modelo tem sido muito contestado, uma vez que surgiu após a Segunda Guerra Mundial, num contexto sociocultural bastante distinto do atual. Foi concebido especificamente para famílias nucleares de classe média, deixando de lado outras estruturas familiares, não sendo de modo algum reflexo da realidade atual. Como consequência, ao longo do tempo, foram surgindo outros modelos na tentativa de superar as limitações do modelo de Duvall (Rebelo et al. 2011).

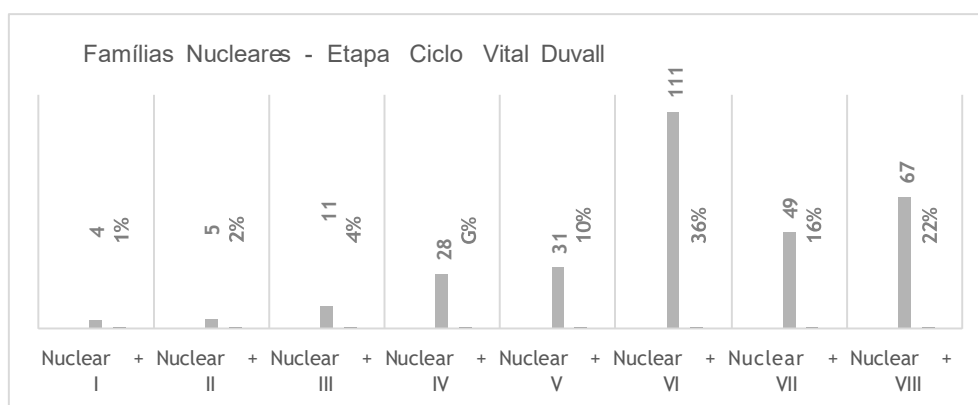
Adotado no Sclínico, o ciclo de vida de Duvall tem sempre em consideração o filho mais velho e contempla os seguintes estádios: I- Família sem filhos; II- Família com filhos pequenos; III- Família com filhos em idade pré-escolar; IV- Família com filhos em idade escolar; V- Família com adolescentes; VI- Família com filhos adultos jovens; VII- Família de

meia-idade e VIII- Família idosa (Ventura, 2010).

Tendo em conta a especificidade do referido modelo, ao trabalhar os dados, fiz a caracterização das famílias nucleares. Assim, como é perceptível graficamente (Figura 4) também é o estadio VI do ciclo vital de Duvall aquele que predomina nas famílias nucleares, representando 111 famílias de um total de 306 com esta tipologia.

Figura 4

Caracterização das famílias nucleares do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante quanto à etapa do ciclo de vida segundo Duvall



Apesar de não representarem a percentagem mais significativa do ficheiro da EOC, foram seleccionadas, para caracterização, as famílias com adolescentes devido às dificuldades relatadas, pela equipa, na sua abordagem. Torna-se assim, essencial, caracterizar estas famílias, uma vez que o estudo de investigação se relaciona com as famílias com adolescentes.

O período que delimita a adolescência não é consensual, existindo várias definições. Habitualmente considera-se um período de desenvolvimento do ciclo vital com início na puberdade até à idade adulta. De acordo com a OMS (2002), corresponde à faixa etária compreendida entre os 10 e os 19 anos, sendo dividida em três momentos: adolescência inicial (10-13 anos), adolescência intermédia (14-15 anos) e adolescência tardia (16-19 anos) (OMS, 2002).

Após a análise da lista de utentes inscritos no ficheiro da EOC, verificou-se que existem 137 famílias com adolescentes, totalizando 166 jovens sob responsabilidade da mesma. Este número representa 15,6% da população registada no ficheiro, evidenciando uma proporção de adolescentes superior à média da população portuguesa, que se situa nos 9,7%, segundo

os dados da PORDATA (2024).

A adolescência é uma fase sensível e de grande necessidade de atenção, pois é um período marcado pela construção da identidade, pela formação de valores e crenças, por mudanças físicas e emocionais, além de transformações que impactam tanto a vida social quanto o bem-estar psicológico (Crocetti et al., 2023).

Dada a relevância deste grupo no ficheiro e considerando algumas inquietações relativamente à abordagem a estas famílias, procedeu-se à sua caracterização. A recolha de dados foi realizada através da plataforma Mimuf@. No que respeita à distribuição por género, a maioria dos adolescentes (10-19 anos) é do sexo masculino, contabilizando-se 88 rapazes (53%), e 78 raparigas (47%).

Seguidamente, procedeu-se à caracterização das famílias quanto à sua tipologia, conforme explicitado na Tabela 1. As famílias nucleares são aquelas que têm maior predominância no ficheiro da EOC, com um total de 75. Em seguida, em igual número (26) surgem as famílias monoparentais e alargadas, enquanto as famílias reconstruídas representam apenas 10. Durante esta análise, verificou-se a existência de duas famílias classificadas como unitárias, não correspondendo à realidade. Para este esclarecimento foi imprescindível o conhecimento que a EOC tem do seu ficheiro, permitindo o enquadramento das mesmas na tipologia de família nuclear.

Tabela 1

Caracterização das famílias com adolescentes quanto à sua tipologia

Tipo de família	
Monoparental	n=26
Reconstruída	n=10
Alargada	n=26
Nuclear	n=75

Optou-se por não analisar o ciclo vital, pois o objetivo foi incluir todas as famílias com adolescentes, independentemente da sua etapa de desenvolvimento.

O desenvolvimento familiar tem sofrido influências das mudanças sociais e da diversificação das estruturas familiares ao longo das décadas, levantando questões sobre a adequação da perspetiva do ciclo vital como única explicação. As famílias modernas são diversas em termos de estrutura, dinâmica e trajetória, e uma abordagem que

valorize apenas uma perspectiva pode não capturar toda essa complexidade. Torna-se assim importante reconhecer a multiplicidade de influências que moldam as famílias e adotar uma abordagem mais holística, que permita uma compreensão mais completa e contextualizada do desenvolvimento familiar (Martins, 2018).

2– ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A SF define-se como a maximização do potencial de saúde da família, por meio de um processo dinâmico de adaptações e ajustes às mudanças normativas ou situacionais, decorrentes das transições. Este conceito reflete a capacidade de o sistema familiar promover estratégias que garantam a sua funcionalidade como unidade, mantendo a sua organização, e produzindo mudanças estruturais, enquanto simultaneamente responde às necessidades individuais de cada membro. A saúde dos membros e o funcionamento familiar estão interligados, influenciando-se mutuamente (Figueiredo, 2012; 2020).

A ESF, enquanto disciplina, reconhece a importância do sistema familiar como determinante na promoção da saúde dos seus membros. O empoderamento da família concretiza-se no seu envolvimento, identificação e resolução dos seus problemas de saúde, no planeamento e na execução das intervenções, tendo assim um papel ativo na melhoria do bem-estar de todo o sistema familiar. Este modelo de atuação favorece o desenvolvimento de estratégias de *coping*, fundamentais, para decidir autonomamente, e essenciais ao longo de todo o ciclo de vida familiar (OE, 2011).

O EEECASF, possui uma abordagem de parceria efetiva com as famílias, fundamentada nas forças da pessoa, da família e da comunidade. Considera a família como unidade de cuidados, valorizando a interação entre a saúde individual dos seus membros e a saúde global da família. Aplica conhecimentos especializados na avaliação da SF, considerando as relações dinâmicas entre os seus membros, tendo como foco o processo familiar e a família como um todo. As necessidades dos indivíduos são vistas holisticamente. Detentor de um conjunto robusto de conhecimentos, habilidades e competências orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão compartilhada, mesmo em contextos complexos, fortalecendo a resiliência familiar. Assim os conhecimentos especializados são essenciais para capacitar as pessoas e as famílias na gestão dos problemas de saúde (OE, Tomada de Posição nº01/2023, 2023).

Este capítulo descreve as atividades desenvolvidas, que serviram de fio condutor, ao longo dos estágios, na aquisição das competências comuns do EE (Regulamento nº140/2019 de 6 fevereiro, 2019) e concomitantemente na aquisição das competências específicas do EEECASF (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018), considerando sempre os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESF (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015). A análise reflexiva sobre a prática clínica evidencia a aquisição e a consolidação das competências comuns e específicas do EEECASF, articulando a teoria com a prática e sustentando a abordagem baseada na evidência,

considerando a família como unidade central dos cuidados.

2.1- PRÁTICA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS

A família, numa perspectiva sistémica, tem como base um conjunto dinâmico de relações sustentadas por laços afetivos, influenciadores da sua identidade e autonomia. Integra dimensões evolutivas e contextuais, sendo caracterizada por princípios como a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização. A sua identidade resulta da interação contínua entre os seus membros e o meio envolvente, num processo de influência mútua e permanente transformação (Figueiredo, 2012; 2023).

As relações familiares, evoluindo ao longo do tempo, desenvolvem-se numa rede de interconexões múltiplas, possibilitando a evolução dos seus membros. A interdependência entre os indivíduos gera um contexto de coesão e adaptação, permitindo que a família funcione como uma unidade estruturada. Assim, a família é simultaneamente um todo e um conjunto de partes interligadas, tendo características que vão além da mera soma dos seus membros. Qualquer mudança num dos membros afeta toda a dinâmica da família, impondo a realização de ajustes que garantam o equilíbrio e a estabilidade familiar (Figueiredo, 2012; 2023).

Para compreender a família na sua totalidade, é essencial considerar não apenas os indivíduos que a compõem e os seus vínculos, mas também o contexto social onde estão inseridos (Figueiredo, 2023). Sendo um sistema em constante evolução, a família desempenha diversas funções ao longo do seu ciclo de vida. Entre elas, destacam-se a adaptação às mudanças internas e externas, a definição de objetivos comuns como forma de compromisso entre os seus membros, a promoção da coesão e solidariedade para a preservação da identidade familiar e a gestão das tensões através da regulação dos comportamentos esperados dentro da família. Além dessas funções, também é responsável por garantir as necessidades fundamentais dos seus membros, como a alimentação, a segurança e a proteção. Paralelamente, desempenha um papel essencial no apoio mútuo de todos os seus membros, promovendo também um espaço de promoção da sexualidade (Figueiredo, 2023).

Segundo Hanson (2005), a prática de enfermagem envolve sempre a família, considerando que saúde e doença são acontecimentos familiares. A condição de um indivíduo afeta todos os seus membros, assim como a família influencia os cuidados prestados e os seus resultados. A SF, portanto, é um estado dinâmico com fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais de todo o sistema familiar.

A ESF entende-se como o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias. Constitui-se, como a primeira etapa desse processo, a recolha de dados da família, seguida

da análise da informação, formulação do diagnóstico, planeamento, implementação das intervenções, avaliação dos resultados e, por fim, a reavaliação dos dados. Dessa forma, constitui-se o processo da enfermagem de família, caracterizado pela sua natureza contínua e estruturada (Hanson, 2005).

Figueiredo (2009; 2012) destaca o processo de enfermagem da família como norteador da prática dos enfermeiros.

O EEECASF envolve-se com as famílias através de um processo organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre SF. Desenvolve competências específicas, sustentadas na evidência científica, permitindo-lhe realizar avaliações, diagnósticos, intervenções e cuidados centrados na família (Regulamento n.º 428/2018 de 16 julho, 2018).

Silva (2016), refere que o conhecimento em enfermagem de família se baseia nas diversas teorias e modelos de enfermagem, os quais têm desempenhado um papel fundamental na expansão das práticas direcionadas ao sistema familiar e na sua conceptualização. As diferentes escolas de pensamento em enfermagem, aliadas ao desenvolvimento das ciências sociais e da terapia familiar, representaram contributos significativos para a criação de modelos de avaliação e intervenção na enfermagem de família.

Nesse contexto, a prática avançada em enfermagem de família exige compreender a família como uma unidade de mudança, reconhecendo a sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2012).

Os modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar são fundamentais na prática da ESF, dada a complexidade do sistema familiar, que exige abordagens sistémicas (Hanson, 2005). Integrar as famílias na prática de cuidados requer suporte em teorias de enfermagem e modelos estruturados que orientem a prática.

Os modelos conceptuais fornecem um quadro de referência para compreender a família sob diferentes perspetivas, considerando a estrutura, processos e funcionamento, o que permite identificar necessidades e definir intervenções adequadas. A integração de vários modelos e teorias, torna-se essencial para desenvolver intervenções ajustadas à realidade de cada família (Hanson, 2005).

Segundo Figueiredo (2012), o Modelo Sistémico ou Pensamento Sistémico tem as suas raízes na Teoria Geral dos Sistemas, de Ludwig von Bertalanffy, na Cibernética, de Norbert Wiener e na Teoria da Comunicação Humana de Paul Watzlawick. Essas abordagens permitiram compreender a família como um sistema aberto, dinâmico e interdependente, no qual os seus membros influenciam e são influenciados pelo contexto em que estão inseridos.

A Teoria Geral dos Sistemas, pauta-se por três princípios, os quais, a família na perspectiva sistémica obedece: totalidade, o sistema deve ser entendido como um todo, e não apenas pela soma das suas partes; equifinalidade, os elementos da família, ainda que por diferentes caminhos, participam para uma finalidade comum; e autorregulação, são as adaptações que os membros da família fazem para manter a harmonia ou ajustar-se a novos desafios. O pensamento sistémico destaca a importância das interações e dos padrões relacionais, orientando a prática clínica na identificação de dinâmicas familiares e na implementação de intervenções ajustadas à realidade de cada sistema familiar (Alarcão 2006).

A Cibernética estuda os sistemas de controlo e de comunicação em máquinas e seres vivos. Foca-se em processos de feedback e autorregulação, que permitem que os sistemas mantenham o equilíbrio e se ajustem a mudanças. Os principais princípios da cibernética incluem a retroalimentação (*feedback*) e a capacidade de adaptação. A cibernética contribuiu significativamente para o pensamento sistémico, fornecendo uma compreensão sobre como os sistemas dinâmicos podem autorregular-se e como as interações entre partes de um sistema afetam o todo (Figueiredo, 2012).

A Teoria da Comunicação Humana, foca-se nos processos de comunicação entre os seres humanos e como esses processos influenciam as relações e interações. A teoria propõe que a comunicação não é apenas a transmissão de informações, mas um processo complexo que envolve tanto o conteúdo explícito quanto as relações implícitas entre os interlocutores. Esta teoria contribuiu para o pensamento sistémico, ao destacar como a comunicação dentro dos sistemas (como as famílias) afeta o comportamento e o funcionamento de todo o sistema, influenciando tanto as relações interpessoais quanto as dinâmicas familiares (Figueiredo, 2012).

Desta forma os modelos e as teorias de enfermagem funcionam como uma estrutura para compreender e direcionar a prática, assegurando um exercício profissional rigoroso, fundamentado em pressupostos científicos e filosóficos. Reconhecem a família como sistema e promovem o bem-estar e a coesão familiar, ajudando a família a mobilizar os seus recursos internos permitindo-lhe realizar as transições de uma forma mais saudável (OE, Tomada de Posição nº1/2023, 2023).

Considerados como referenciais pela *International Family Nursing Association* (2020), existem diversos modelos abordados na componente teórica deste mestrado. Destacam-se, entre eles, o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário de Forças de Pressão do Sistema Familiar, proposto por Hanson (2005), que abordam a família como um sistema dinâmico, onde as interações entre os seus membros influenciam o funcionamento do todo. Destacam a importância de identificar as forças internas e externas que afetam a saúde e o

bem-estar familiar, sendo que a avaliação e a intervenção são centradas em promover o equilíbrio e a adaptação do sistema familiar frente às pressões e mudanças; o Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (1998), que propõe um modelo de avaliação que considera a família como uma unidade social e dinâmica, tendo como foco a análise das suas funções e necessidades. Enfatiza a identificação de padrões de saúde e de problemas familiares, objetivando a promoção da saúde global da família, considerando fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Figueiredo, 2012); o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, que tem como foco a colheita de dados sobre a estrutura, as funções e as dinâmicas familiares, considerando a interação entre os membros e o impacto nas questões de saúde; e o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary que se baseia nas informações obtidas na avaliação, oferecendo uma estrutura para intervenções práticas que visem melhorar o funcionamento e o bem-estar da família (Wright & Leahey, 2012).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, baseando-se em pressupostos, considera o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (não distingue o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar) como o referencial teórico fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas em ESF. O referido órgão defende que este é o modelo orientador na prática clínica de enfermagem por proporcionar uma visão sistêmica da família, abordando a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento; por ser detentor de uma estrutura multidimensional e integrada, fundamentada nas teorias dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança; visto que é influenciado pelo pós-modernismo, caracterizado pela fragmentação das grandes narrativas, e pela biologia da cognição; porque permite uma avaliação transversal abrangente da estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar; e pelo reconhecimento pelo *International Council of Nurses* como um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de ESF. Este órgão releva ainda a importância de outros modelos, designadamente o Modelo de Forças, e outras teorias, nomeadamente a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria das Transições que tem como foco o indivíduo como um sistema aberto em constante interação e transformação (OE, Tomada de Posição nº1/2023, 2023).

Embora os modelos discutidos anteriormente forneçam um quadro teórico importante para a prática da ESF, o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), elaborado por Figueiredo (2012), destaca-se por estar ajustado à realidade dos enfermeiros portugueses. Este modelo, desenvolvido e validado por meio de pesquisa nos CSP, oferece um referencial teórico-metodológico que responde às novas exigências da saúde, consolidando a ação dinâmica do enfermeiro de família. Ao focar-se nas necessidades das famílias, o MDAIF também impulsiona o desenvolvimento e a organização de novas práticas que são

essenciais para o trabalho atual dos enfermeiros de família (Figueiredo, 2012).

Durante os estágios, optou-se pelo MDAIF pela sua adaptação à realidade dos enfermeiros portugueses e à sua integração no sistema de informação existente no contexto clínico, o Sclínico.

Baseado no Modelo de Calgary de Avaliação da Família e no Modelo de Calgary de Intervenção Familiar, o MDAIF incorpora os pressupostos, conceitos e postulados associados à ESF. Operacionaliza-se através de áreas de atenção específicas aos enfermeiros de SF, através das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional que o constituem, e pelo processo que sustenta a tomada de decisão clínica dos enfermeiros (desde o diagnóstico à avaliação de resultados) (Figueiredo, 2012; 2023).

A dimensão estrutural identifica a composição da família, os vínculos entre os seus membros, a família extensa e os sistemas mais amplos, entre outros aspetos do contexto ambiental que possam representar riscos à saúde. As áreas de atenção nesta dimensão incluem: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2012).

A dimensão de desenvolvimento compreende o contexto evolutivo, reconhece o ciclo vital como um caminho comum a todas as famílias e destaca os processos de evolução específicos e únicos de cada família. A compreensão desse caminho permite a implementação de cuidados antecipatórios, capacitando as famílias e preparando-as para lidarem com futuras transições. A abordagem do ciclo vital torna-se assim essencial aos cuidados de enfermagem centrados na família. A satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental, são as áreas de atenção desta dimensão (Figueiredo, 2012).

Os padrões de interação familiar permitem a execução de funções e tarefas e estão abrangidos pela dimensão funcional. Esta integra duas áreas de atenção cruciais no funcionamento da família: o papel de prestador de cuidados, enfatiza a dimensão instrumental do sistema familiar, onde são abordadas as atividades de vida diária; e o processo familiar, destaca a dimensão expressiva, referindo-se às interações entre os membros da família, objetivando a identificação das necessidades nessas áreas. Nesta área de atenção há a considerar a comunicação familiar, o *coping familiar*, a interação de papéis familiares, a relação dinâmica e as crenças familiares (Figueiredo, 2012).

A avaliação das famílias através de modelos estruturados como o MDAIF traz diversos ganhos em saúde. Pelo facto de serem estruturados, através de uma matriz operativa, permitem uma identificação mais precisa das necessidades das famílias visto que, consideram os aspetos estruturais, de desenvolvimento e funcionais das mesmas,

facilitando assim a elaboração de um plano de cuidados mais adequado e personalizado. A avaliação minuciosa permite direcionar intervenções específicas de acordo com as necessidades das famílias, inclusive, para as interações familiares. Possibilitam um fortalecimento do vínculo entre os seus membros, o que proporciona um ambiente mais saudável e colaborativo, contribuindo para o bem-estar geral, aumentando a eficácia da prestação de cuidados. A compreensão do contexto familiar antecipa potenciais problemas de saúde, permitindo implementar medidas preventivas que reduzam os riscos e promovam a SF. O entendimento da fase do ciclo vital, onde se localiza a família, permite o fornecimento de um apoio adequado durante as transições. Estes modelos, ao permitirem uma avaliação e acompanhamento contínuo, possibilitam ajustes necessários para que as intervenções sejam de acordo com as necessidades. Capacitam ainda as famílias no entendimento da sua condição de saúde e gestão de necessidades, promovendo assim a sua autonomia o que contribui para um aumento do seu bem-estar físico, social e emocional. Esta abordagem do EEECASF remete para aqueles que são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em ESF, nomeadamente no que respeita à organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015).

O conhecimento da conceptualização da ESF foi a base necessária para o desenvolvimento das atividades clínicas realizadas durante os estágios, permitindo-me integrar a equipa de SF e adaptar-me ao contexto clínico. O uso do MDAIF foi essencial para aprofundar as competências do EEECASF, com foco no acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital.

2.1.1– Avaliação e Intervenção Familiar

Este ponto apresentará uma descrição detalhada das atividades clínicas desenvolvidas ao longo dos estágios, as quais contribuíram para a consolidação do julgamento clínico necessário à prática especializada, a par com a caracterização da unidade e do ficheiro da EOC apresentados previamente.

No decorrer dos estágios, os cuidados de enfermagem prestados, foram rigorosamente fundamentados no código deontológico profissional, nos valores, nas crenças e na legislação que regem a profissão de enfermagem, revelando um domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Durante todo o desempenho considerou-se a promoção e a proteção dos direitos humanos, garantindo o respeito pelos direitos dos utentes e das famílias no que ao acesso à informação, confidencialidade, direito de escolha, privacidade e valores diz respeito, considerando ter realizado uma prática clínica que me permitiu adquirir

esta competência (Regulamento nº140/2019 de 6 fevereiro, 2019).

O contacto com as famílias ocorreu em diferentes contextos, nomeadamente durante as consultas de vigilância de saúde e doença, no âmbito das visitas domiciliárias e durante a realização de tratamentos em regime de ambulatório. Esta diversidade permitiu uma compreensão abrangente do contexto familiar, possibilitando uma avaliação estruturada e a elaboração de um plano de cuidados colaborativamente com as próprias famílias. A avaliação das mesmas teve sempre como principal objetivo capacitar as famílias, promovendo a maximização do seu potencial de saúde e bem-estar.

Objetivando a apropriação de um conhecimento mais aprofundado do sistema familiar e a criação de oportunidades que direcionem a prática de cuidados para as intervenções em ESF, além de adquirir e desenvolver as competências específicas do EEECASF na avaliação familiar, foi selecionada uma família, da lista de famílias atribuídas à EOC, para realizar um estudo da mesma. Esta seleção prende-se com o facto desta família ser o ponto de partida para o desenvolvimento de competências. Após obtenção do consentimento informado, realizou-se a sua avaliação utilizando a matriz operativa do MDAIF. A sua aplicação permitiu uma abordagem estruturada e sistemática da dinâmica familiar, possibilitando uma compreensão aprofundada das necessidades e potencialidades do núcleo familiar.

A seleção desta família, designada por ABCD, de forma a garantir a confidencialidade, foi realizada em conjunto com a EOC pelo seu conhecimento aprofundado. Como forma de proporcionar um enriquecimento da experiência a seleção da mesma teve por base a sua tipologia, a etapa do ciclo vital, as transições a vivenciar e as prioridades de intervenção. Para a colheita de dados, recorreu-se ao Sclínico e à entrevista presencial, durante a consulta de enfermagem, aos elementos maiores de idade que compõe esta família. Todos foram informados dos objetivos do estudo, dando o seu consentimento. Salienta-se que apenas se avaliaram as dimensões que se adequam a esta família.

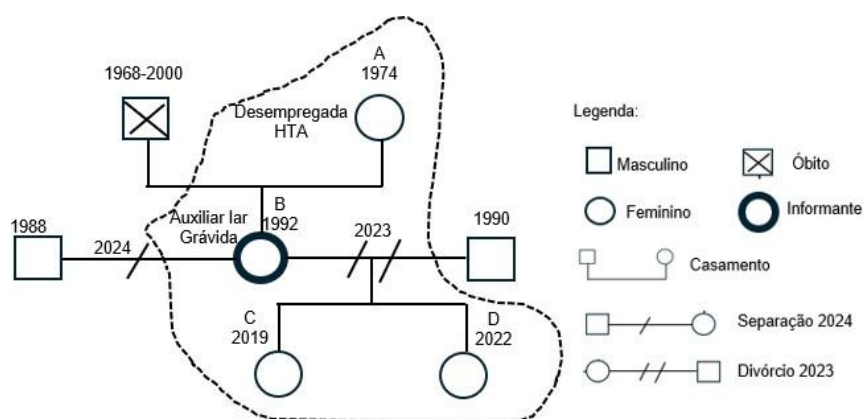
A família ABCD é oriunda de São Tomé e Príncipe, composta por 3 gerações, 4 elementos do sexo feminino, a avó A, 50 anos, a filha B 32 anos e as netas de 4 e 2 anos, C e D, respetivamente, sendo considerada família alargada. Decidem viver em Portugal após B ter ganho uma bolsa de estudo em São Tomé e ter a possibilidade de prosseguir os estudos em Portugal. Na procura por melhores condições de vida, 10 anos após ter enviuvado, A decide vir também. Da união do elemento B, em 2018, resultaram 2 filhas, tendo-se divorciado quando a filha mais nova tinha 1 ano. No início de 2024 iniciou nova relação que terminou antes de saber que estava grávida, motivo pela qual a fez ponderar uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), que acabou por não realizar. Grávida de 10

semanas, foi à primeira consulta de saúde materna nesta UCSP (1º consulta realizou no hospital por considerar IVG) sem ter realizado ecografia do 1º trimestre por recursos económicos insuficientes. Apesar da licenciatura em turismo os trabalhos que conseguiu até então são indiferenciados (empregada doméstica e auxiliar de lar). A está desempregada e assegura os cuidados às netas (uma delas sem idade de frequentar o pré-escolar e sem vaga na valência de creche). Equacionam voltar a São Tomé e Príncipe caso a situação económica, principal problema de momento, não melhore, visto que é o local onde têm casa própria e o apoio da família extensa. Nota: na área de abrangência da UCSP não há clínicas com acordos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para realizar ecografias obstétricas e o hospital distrital não tem capacidade de resposta.

A colheita de dados sobre a composição familiar, a família extensa e os sistemas mais amplos, permitiu a construção do genograma e do ecomapa, permitindo assim uma imagem visual da mesma. Genograma realizado de acordo com a simbologia de McGoldrick, Gerson e Petry, (2012) (Figura 5).

Figura 5

Genograma família ABCD

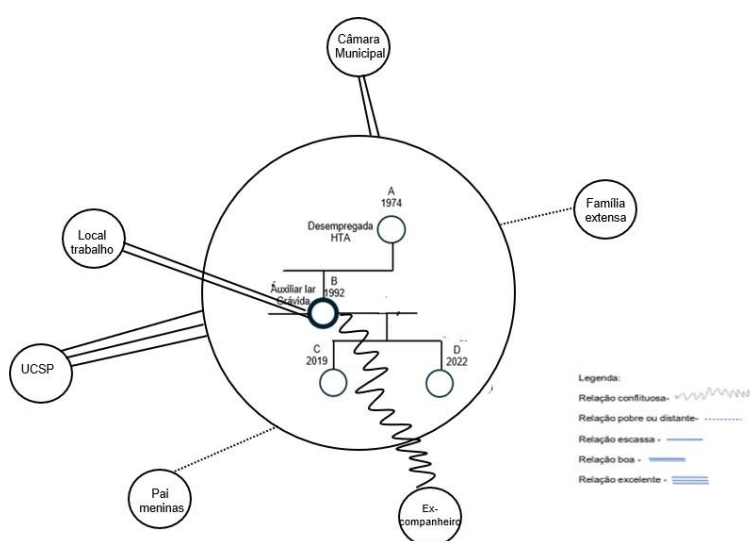


Relativamente aos sistemas mais amplos, o sistema familiar possui uma rede social pequena. Refere uma excelente relação com a UCSP, pela gravidez da B, vigilância de saúde infantil de C e D e vigilância de hipertensão arterial de A. Refere boa relação com os serviços sociais do município, dos quais recebe apoio e apesar de não ser uma relação excecional, B, considera boa a relação com o seu emprego (auxiliar de lar, sem contrato) porque foi quem a auxiliou quando estava desempregada. A família extensa reside no país de origem, mantendo contacto telefónico com a mesma, considerando terem uma

relação distante. É desta forma que também classifica a relação com o pai das meninas, com quem praticamente não mantém contacto, e uma relação conflituosa com o ex-companheiro. Considera que apesar de não estarem num relacionamento vão ter um filho em comum e essa devia ser a sua prioridade. As relações estabelecidas entre os vários elementos que constituem o agregado consideram-nas excelentes (Figura 6).

Figura 6

Ecomapa família ABCD



Classe social da família – aplicação da escala de Graffar – classe média baixa (IV). Foi considerado o elemento B por ter maior nível de diferenciação. Profissão: auxiliar de lar; Instrução: licenciatura em turismo; Origem do rendimento: vencimentos < ao salário mínimo; Tipo de habitação: andar modesto (alugado), com cozinha e casa de banho e eletrodomésticos de menor nível; Local de residência: Bairro social.

O edifício residencial tem escadas de acesso, não causando, de momento, constrangimentos aos vários elementos do agregado. Realizado ensino sobre os riscos associados a estas barreiras arquitetónicas. O aquecimento da habitação é local e elétrico e o abastecimento de gás canalizado. A precaução de segurança, no decorrer da entrevista, não houve nenhuma manifestação de preocupação a este respeito. O abastecimento de água é da rede pública e não têm nenhum animal de estimação.

Estes dados revelaram-se úteis porque não só possibilitaram a avaliação estrutural, os

recursos e as dinâmicas familiares, mas também uma tomada de decisão relativa às consultas a realizar e às áreas de atenção prioritárias desta família.

Através da escala de Graffar, e as preocupações de B, relativamente à capacidade económica para fazer face às despesas familiares (pagamento renda, ecografias, alimentação...) foram identificados como diagnósticos, rendimento familiar insuficiente (grau 4) e edifício residencial não seguro (grau 4). Na primeira consulta foram realizadas como intervenções: o requerimento e a orientação da família para a técnica de serviço social. A implementação destas intervenções possibilitou a B realizar a ecografia (gabinete social do município procedeu ao pagamento) e ficou agendada uma visita domiciliar para aferir as necessidades desta família. Apesar de ter sido apenas a resolução de um dos problemas a família mostrou - se bastante satisfeita e aliviada.

Na avaliação da dimensão desenvolvimental, esta família alargada é composta por duas crianças de 2 e 4 anos, importando reconhecer que o modelo de Duvall, relativamente ao ciclo vital, se revela limitado neste contexto. Nesta dimensão não foram realizados diagnósticos tendo em conta o ciclo vital, mas sim o cenário atual desta família relativamente a uma nova gravidez. Identificou-se, como diagnóstico, adaptação à gravidez não demonstrada por comunicação não eficaz, pela não partilha de expectativas e receios associados à gravidez, e por conhecimento não demonstrado sobre os direitos sociais na gravidez. Estas consultas foram sempre realizadas apenas com a B, sem a presença do ex-companheiro. Achou-se pertinente considerar estes diagnósticos pelas preocupações da utente, necessidade de intervenção da minha parte, enquanto enfermeira, e impacto dos mesmos no funcionamento familiar. As intervenções realizadas no primeiro diagnóstico foram a promoção da comunicação expressiva das emoções e no segundo diagnóstico informar sobre os direitos sociais na gravidez.

Na segunda consulta foi notório um aumento de confiança, por parte da B, na relação enfermeiro-utente, conseguindo já falar sobre as suas preocupações e inquietudes. O facto de já ter informação de que também teria direito a apoios sociais durante a gravidez permitiu que encarasse esta nova fase de transição de uma forma mais positiva.

A realização de uma abordagem sistémica, através deste modelo estruturado, a esta família, permitiu uma adequação de cuidados, indo ao encontro daquelas que eram as reais necessidades desta família. A identificação de necessidades, a formulação de diagnósticos e o estabelecimento de um plano de intervenção, com base nos problemas identificados, resultaram em cuidados de enfermagem eficazes. Isto possibilitou obter ganhos em saúde, com modificações positivas face aos diagnósticos, impactando diretamente a melhoria de saúde desta família. Além disso, a utilização do MDAIF contribuiu para a concretização dos

objetivos pedagógicos da unidade curricular, promovendo o desenvolvimento de competências essenciais para a avaliação e intervenção na enfermagem de saúde familiar.

Dar-se-á assim continuidade, a este relatório, enfatizando outras atividades realizadas, durante os estágios, aquando da prestação direta de cuidados às famílias, tendo os mesmos sido imprescindíveis para a aquisição de competências. Toda a minha atuação teve em consideração a família como unidade de cuidados bem como os indivíduos que a integram.

A realização do segundo estágio, na mesma unidade de saúde, permitiu-me um processo de integração mais facilitado, uma vez que não houve o impacto inicial da adaptação, tanto para mim quanto para a equipa e para a maioria das famílias a quem prestei cuidados. Esta continuidade facilitou o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança, na medida em que as famílias já me reconheciam como um elemento integrante da equipa de enfermagem.

Permanecer na mesma unidade permitiu ainda dar continuidade ao acompanhamento de famílias conhecidas do primeiro estágio, possibilitando uma intervenção mais aprofundada e ajustada às novas fases de transição que estavam a vivenciar, garantindo um cuidado mais consistente e adequado às suas necessidades ao longo do tempo.

O crescimento das famílias ao longo do ciclo vital ocorre por meio de eventos transacionais, os quais, devido à individualidade de cada núcleo familiar, se manifestam de forma singular ao longo desse processo. A capacidade das famílias para lidar com as transições, bem como o tempo necessário para restabelecer o equilíbrio, varia em função do tipo de acontecimento vivido. Quando a transição resulta de um evento normativo, há a possibilidade da preparação antecipada, o que favorece a adaptação da família e minimiza o impacto da crise (Figueiredo, 2023).

Durante o estágio como enfermeira de família, avaliei e acompanhei 34 famílias, direcionando a minha prática para diferentes contextos de cuidados, mas sempre com o foco da família como sistema. Devido aos dias específicos de estágio, a maioria dos cuidados que prestei na unidade foram dirigidos a famílias que frequentavam a consulta de vigilância de saúde infantil, especialmente aquelas com crianças até aos 10 anos, fase em que se cumpre o PNV. Além disso, acompanhei famílias em transição para a parentalidade, através das consultas de vigilância de saúde materna.

Paralelamente, dediquei uma parte significativa do estágio ao acompanhamento de famílias idosas, principalmente no contexto de visitas domiciliárias, que, pelas dificuldades de locomoção, necessitam de cuidados no domicílio.

É importante destacar que todas as famílias avaliadas e alvo de intervenção pertenciam ao

ficheiro da EOC. No entanto, devido ao elevado número de famílias inscritas nesta unidade, a EOC presta cuidados indiscriminadamente a todas as famílias que necessitam de apoio de enfermagem e que se deslocam à unidade. Assim, para além das famílias do ficheiro da EOC, também prestei cuidados a outras famílias que necessitavam de cuidados e não pertenciam a este ficheiro.

A avaliação inicial destas famílias realizou-se através do sistema operativo Sclínico no “Processo Familiar”, o que possibilitou a identificação de diagnósticos e a implementação de intervenções colaborativamente com as famílias, objetivando responder às reais necessidades das mesmas. Para isso utilizou-se o MDAIF como modelo de avaliação e intervenção familiar.

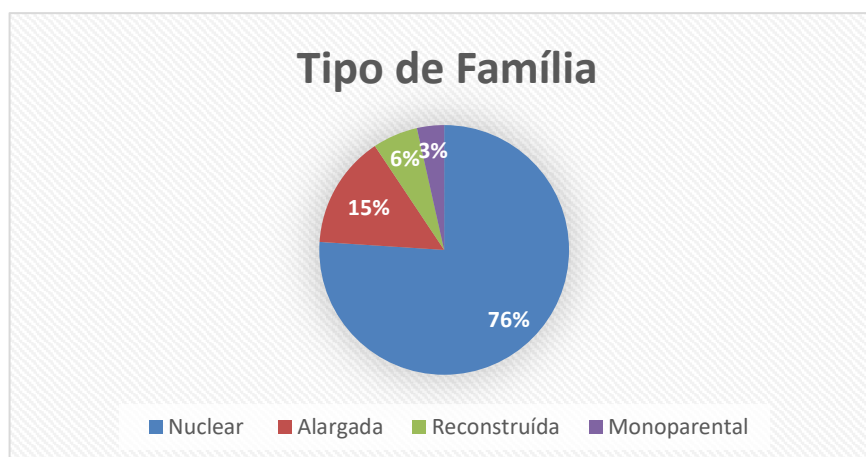
Na dimensão estrutural, tendo por base o MDAIF, procedeu-se à avaliação da Tipologia Familiar, do Edifício residencial, do Rendimento Familiar, da Precaução de Segurança, do Abastecimento de Água e do Animal Doméstico. Esta dimensão incide a sua avaliação na estrutura da família (Figueiredo, 2012).

A Tipologia Familiar, segundo Figueiredo (2012) é uma classificação da família com base na sua composição e nos laços estabelecidos entre os seus membros, identificando algumas das funções que desempenha ao longo do seu desenvolvimento.

Das 34 famílias avaliadas, 26 (76%) correspondem a famílias nucleares, 5 (15%) são famílias alargadas, 2 (6%) são famílias reconstruídas e 1 (3%) é uma família monoparental, como evidencia a Figura 7. A predominância das famílias nucleares está alinhada com a caracterização do ficheiro da EOC, onde apenas as famílias unitárias as superaram. Como mencionado anteriormente, a classificação das famílias unitárias pode ter sido influenciada por erros nos dados administrativos.

Figura 7

Tipologia familiar, das 34 famílias avaliadas do ficheiro da EOC (fevereiro, 2025).



Aplicou-se a Escala de Graffar Adaptada para avaliar o tipo de habitação e as condições socioeconómicas das famílias, permitindo determinar a sua classe social. Esta avaliação permite prever riscos e mudanças nos comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. A identificação da classe social facilita a compreensão dos recursos familiares e dos fatores de stress ligados aos aspetos económicos, instrução, grupo profissional e contexto residencial. O resultado é interpretado numa escala de cinco graus, permitindo uma classificação mais detalhada das condições socioeconómicas das famílias (Figueiredo, 2023).

No que respeita ao tipo de habitação, o maior número foi observado no grau 3, abrangendo 21 famílias, seguindo-se, 9 famílias com habitação de grau 2, e 4 famílias estão classificadas no grau 4. Dada a classificação destas últimas, procedeu-se a uma avaliação mais profunda do Edifício Residencial. Definido como o espaço que abriga a família, proporcionando-lhe proteção, a sua avaliação considera barreiras arquitetónicas, tipo de aquecimento, abastecimento de gás e condições de higiene (Figueiredo, 2012).

Constatou-se que duas dessas famílias se deparam diariamente com barreiras arquitetónicas. São famílias que residem na periferia da cidade, em habitações mais antigas. Uma delas vive numa casa de dois andares, cujo acesso ao piso superior é feito exclusivamente por escadas. A outra família reside numa casa térrea, mas com diferentes níveis no interior possuindo vários degraus. Na área de atenção Prevenção de Segurança, definida por Figueiredo (2012), como a competência da família para garantir um ambiente seguro, prevenindo riscos e protegendo a saúde dos seus membros, identificou-se o diagnóstico "Prevenção de Segurança não Demonstrada" para ambas as famílias. O critério de diagnóstico foi a Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento Não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Com base na avaliação, a intervenção realizada centrou-se em:

- Ensinar e Motivar para adaptar estratégias face às barreiras arquitetónicas existentes que incluíram a instalação de rampas de acesso à habitação e entre divisões internas, bem como a colocação de corrimãos para facilitar a mobilidade.

Ainda no âmbito da área de atenção Edifício Residencial, foi identificada uma família com critério de diagnóstico "Edifício Residencial Negligenciado", por má higiene da habitação e conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não Demonstrado. Esta é uma família constituída por uma idosa acamada, com diagnóstico de demência, que coabita com o seu neto, sendo este o seu cuidador. Para dar resposta a esta situação, foram implementadas as seguintes intervenções:

- Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional ao neto, por ser a pessoa responsável por cuidar do espaço; requerer serviço social através do contacto com a técnica de serviço social, orientando o neto para os serviços sociais disponíveis.

Relativamente às condições económicas, identificaram-se ainda duas famílias com Rendimento Familiar Insuficiente. Uma família com um rendimento familiar de Grau 5, cuja única fonte de rendimento é um subsídio atribuído, não possuindo qualquer atividade profissional. Outra família com rendimento de Grau 4, que se caracteriza por rendimentos incertos, pelo facto de não dispor de um emprego fixo. Figueiredo (2012) define rendimento familiar como a relação entre os recursos económicos e a capacidade de garantir a segurança e as necessidades básicas da família. Diante do exposto foram implementadas as seguintes intervenções:

- Orientar as famílias para o serviço social; promover a gestão do rendimento familiar.

Durante a avaliação estrutural, foi ainda identificada, numa visitação domiciliária, uma família com Animal doméstico Negligenciado. A avaliação do animal doméstico prende-se com o risco biológico que advém do contacto com os animais existentes na habitação (Figueiredo, 2012). Os critérios diagnósticos atribuídos foram: Animal não vacinado e Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade e Animal não desparasitado e Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico. Perante este diagnóstico as intervenções realizadas foram:

- Motivar e Ensinar sobre a vacinação do animal doméstico, reforçando que a vacinação anual é obrigatória e essencial para a saúde pública e bem-estar do animal; orientar para os serviços da comunidade, nomeadamente veterinários; motivar e ensinar sobre desparasitação do animal doméstico, explicando os benefícios para a saúde do animal e da própria família, quando a mesma é realizada de forma regular.

Na avaliação das famílias, todas tinham abastecimento de água adequado, não havendo por isso necessidade de intervir nas mesmas.

A avaliação desenvolvimental destas 34 famílias, permitiu entender os fenómenos ligados ao crescimento familiar de forma dinâmica e contextual (Figueiredo, 2012). Contemplou a Etapa do Ciclo Vital Familiar, considerando Duvall, por estar padronizado no Sclínico, e as áreas de atenção do MDAIF nesta dimensão: Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez e Papel Parental.

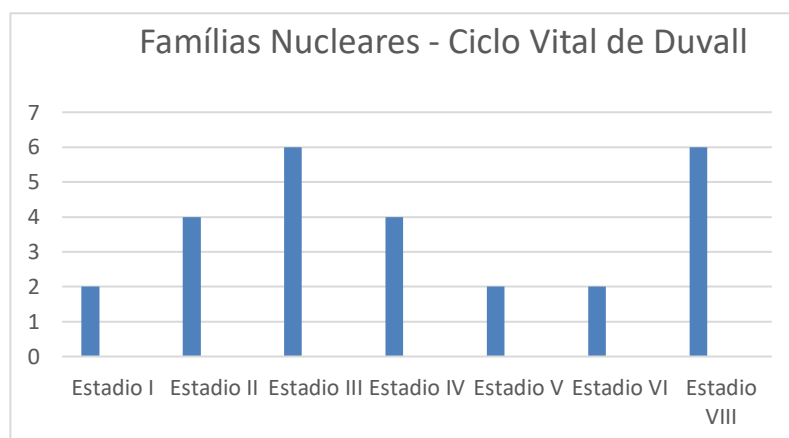
O ciclo vital da família é um conjunto de etapas previsíveis de desenvolvimento, marcado por mudanças na sua estrutura cumprindo diferentes tarefas ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

Ao caracterizar as famílias de acordo com a Etapa do Ciclo Vital Familiar, segundo Duvall, identificaram-se novamente os constrangimentos desse modelo, uma vez que se aplica exclusivamente a famílias nucleares.

Considerando apenas as 26 famílias nucleares, a distribuição pelas diferentes etapas do ciclo vital é a seguinte: estadio I – 2 famílias, estadio II – 4 famílias, estadio III – 6 famílias, estadio IV – 4 famílias, estadio V – 2 famílias, estadio VI – 2 famílias, estadio VIII – 6 famílias, conforme evidenciado na Figura 8.

Figura 8.

Distribuição das 26 famílias nucleares avaliadas por estadios do Ciclo Vital de Duval, do ficheiro da EOC



Considero, no entanto, pertinente referir as características das restantes famílias de forma a tornar mais perceptíveis as intervenções realizadas. As famílias alargadas (5) são compostas pelo casal com filhos pequenos ou em idade escolar ou pré-escolar, coabitando também a figura materna e/ou paterna de um dos membros do casal. As famílias reconstruídas (2) são compostas por filhos em idade escolar de relações anteriores e filhos pequenos em comum

e a família monoparental (1) é composta por uma mãe e um filho pequeno.

Relativamente à área de atenção *Satisfação Conjugal*, definida por Figueiredo (2022) como estando relacionada aos processos de convivência do casal, garantindo a continuidade de uma relação harmoniosa, que se transforma ao longo do tempo, verificou-se que esta não se encontrava mantida em cinco das famílias avaliadas. Identificou-se como critério diagnóstico comum a *Relação Dinâmica Disfuncional*. Segundo Figueiredo (2012), a relação dinâmica baseia-se na partilha de responsabilidades, na expressão de sentimentos e emoções e na flexibilidade dos papéis.

Destas, três famílias apresentaram diagnóstico de *Relação Dinâmica Disfuncional* associada à Não Satisfação do casal com a divisão/ partilha das tarefas domésticas, sendo que a insatisfação foi expressa sempre pelo elemento do género feminino.

Em Portugal, há uma clara desigualdade na divisão das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos entre os casais. Segundo Sagnier et al. (2019), as mulheres realizam mais do triplo dessas tarefas em comparação aos homens. Essa situação é ainda mais acentuada para mulheres com filhos pequenos, que dedicam cerca de 82% do tempo em casa e ancoradas a essas responsabilidades, quase sem tempo para si mesmas.

Face a esta situação, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Motivar e aconselhar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas, permitindo assim uma distribuição mais equitativa destas responsabilidades.

Nas outras duas famílias, a *Relação Dinâmica Disfuncional* foi atribuída à Não Satisfação do casal com o tempo que passam juntos. Os membros do casal relataram que, embora realizassem atividades de lazer, estas eram maioritariamente partilhadas com amigos, resultando num tempo reduzido para a vivência conjunta. Considerando que ambos manifestaram interesse por atividades desportivas, a intervenção centrou-se no planeamento de rituais familiares incentivando à escolha e prática de um desporto comum, permitindo-lhes conciliar o bem-estar físico com o fortalecimento da relação conjugal através do tempo partilhado.

À luz da terapia sistémica, foram utilizadas técnicas transversais e rituais terapêuticos como forma de intervenção. As perguntas terapêuticas tiveram como objetivo facilitar a partilha e a reflexão sobre diferentes perspetivas e possibilidades, valorizando os recursos e as forças das famílias. Entre as estratégias utilizadas, destacam-se as questões circulares, de exceção, questão milagre, reflexivas e de escala (Figueiredo, 2022). Todo o conteúdo abordado durante a consulta foi validado com o casal, sendo ainda realizados elogios.

Os rituais terapêuticos, segundo Figueiredo (2020; 2023), consistem em ações propostas aos

membros da família com a finalidade de promover a criação de novas regras que substituam padrões anteriores, contribuindo assim para a mudança no funcionamento familiar.

Na área de atenção *Planeamento Familiar*, que remete para as decisões do casal relativamente ao número de filhos que planeia ter e ao espaçamento entre eles, pressupondo conhecimentos e acessibilidade dos casais aos métodos de planeamento familiar, (Figueiredo, 2012), não foram identificadas alterações nas famílias avaliadas, pelo que se considerou que todas apresentavam um planeamento familiar eficaz.

A *Adaptação à Gravidez* é uma das áreas pertencentes à dimensão desenvolvimental, que implica que o casal se mova da função conjugal para a função parental (Figueiredo, 2012). Durante a avaliação das famílias, identificaram-se duas famílias com *Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado* relativamente a:

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez; Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/ paternidade; Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez; Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto; Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé.

As intervenções que promovem a parentalidade são essenciais para o desenvolvimento da criança e para um ambiente familiar saudável (Schmidt et al., 2016). A transição para o papel de pai ou mãe implica mudanças na estrutura familiar, podendo gerar instabilidade e vulnerabilidade nos cuidadores, o que pode comprometer o desenvolvimento equilibrado da criança (Martins, 2013).

Neste contexto, a atuação dos profissionais de saúde é indispensável, pois contribui para a adoção de práticas parentais positivas. A ausência dessa intervenção pode ter impactos negativos tanto para a criança quanto para a família (Schmidt et al., 2016; Ulfssdotter et al., 2014).

O enfermeiro tem um papel central neste processo, já que é o profissional qualificado para apoiar os pais na aquisição de novas competências e facilitar a adaptação à parentalidade (Pereira, 2017; Wright e Leahey, 2012).

Idealmente, estas ações de promoção da saúde devem iniciar-se o mais cedo possível, preferencialmente durante a gravidez ou nos primeiros anos de vida da criança (Martins, 2013; Schmidt et al., 2016).

Perante o diagnóstico de *Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado* as intervenções realizadas foram:

- Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez, nomeadamente o abono pré-natal; informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/ paternidade, incluindo os apoios e

abonos; informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez: periodicidade das consultas de vigilância, bem como os exames a realizar; informar e orientar o casal sobre o curso de preparação para o parto, referindo que se realiza nas mesmas instalações das consultas de vigilância, que é ministrado pelas colegas da UCC e que tem uma abordagem teórica e uma componente prática; informar o casal sobre o enxoval da mãe e do bebê através da entrega de um folheto elaborado pela maternidade da ULS.

Na área de atenção *Papel Parental*, considerou-se pertinente realizar uma distinção com base na fase de desenvolvimento dos filhos, tendo sido utilizado, para esse efeito o Ciclo Vital segundo Relvas por ter como referência a realidade sociocultural portuguesa e reconhecer a diversidade familiar. As etapas que compõem este modelo são: formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos em idade escolar, famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos (Figueiredo, 2023).

A parentalidade engloba ações e interações dos pais no desenvolvimento da criança e na construção da identidade parental. O nascimento de um filho traz mudanças nas rotinas familiares, aumenta as responsabilidades e reduz o tempo do casal, podendo causar tensões (Figueiredo 2012; 2023).

Nas Famílias com Filhos Pequenos, o papel dos pais foca-se no desenvolvimento da criança e na construção da sua identidade parental. É uma fase que envolve mudanças significativas na rotina familiar, exigindo adaptação, novas responsabilidades e fortalecimento dos vínculos afetivos (Figueiredo, 2012). Identificaram-se seis famílias com *Papel Parental Não Adequado*, sendo que, duas apresentaram como critério diagnóstico *Papel Parental Não Adequado por Conhecimento de Papel Não Demonstrado no Recém-Nascido*, nomeadamente nas seguintes áreas:

- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical; Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical; Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido; Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde.

As intervenções implementadas foram no sentido de:

- Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais nos cuidados ao coto umbilical, demonstrando como se faz e incentivando-os também eles a fazerem; ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido; ensinar os pais sobre vigilância de saúde.

Além disso, três famílias apresentaram *Conhecimento de Papel Não Demonstrado* relativamente à *prevenção de acidentes* e à *vigilância de saúde/vacinação*. Para responder a estas necessidades, foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes, complementado com a distribuição de um

folheto informativo que identifica os principais riscos de acordo com a idade da criança; ensinar os pais sobre vigilância de saúde e vacinação, esclarecendo a importância das consultas de saúde infantil em idades-chave e explicando a utilização do *Boletim de Saúde Infantil*, onde esta informação está detalhada.

O Comportamento de Adesão Não Demonstrado foi evidente numa família na qual os pais não fomentavam a adesão à vacinação. Perante este critério diagnóstico motivaram-se os pais para a adesão à vacinação da criança, sensibilizando-os para a importância da mesma, reforçando os seus benefícios na proteção da saúde infantil e esclarecendo eventuais dúvidas ou preocupações.

A vacinação visa proteger indivíduos e comunidades contra doenças com alto risco para a saúde. Através da administração de vacinas eficazes, pretende-se, a nível individual, garantir imunidade ou reduzir a gravidade da doença e a nível coletivo, o objetivo é controlar ou eliminar o impacto das doenças, o que requer uma elevada taxa de vacinação na população (SNS24, 2023).

Na área de atenção *Papel Parental*, nas famílias com filhos na escola, foram identificadas três famílias com *Papel Parental Não Adequado por Conhecimento do Papel Não Demonstrado* (desde a infância escolar até ao início da adolescência), especificamente no que respeita ao *Conhecimento dos pais sobre o padrão de sono/repouso adequado à criança*.

São duas as tarefas que as famílias com filhos na escola têm a cumprir, assegurar o bem-estar da criança, satisfazendo as suas necessidades físicas e emocionais e a sua orientação na adaptação aos valores e papéis sociais (Figueiredo, 2023).

Durante a avaliação destas famílias, verificou-se que as crianças não cumpriam as horas de sono recomendadas para a sua faixa etária, uma vez que se deitavam habitualmente por volta das 24h, dormindo apenas sete horas por noite. Esta ideia está alinhada com Figueiredo (2023), que destaca essa fase como um período de mudanças e adaptações nos horários e rotinas das crianças. Face ao diagnóstico identificado, foram implementadas as seguintes intervenções:

- Ensinar os pais sobre padrão de sono/ repouso adequado, esclarecendo-os sobre as necessidades acrescidas de sono durante a infância, bem como sobre as possíveis repercussões nefastas no desenvolvimento da criança.

Na área de atenção *Papel Parental*, das famílias com filhos adolescentes avaliadas, foram identificadas três famílias com *Comportamento de Adesão Não Demonstrado*, uma vez que os pais não fomentavam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente. Concomitantemente, foi identificada uma família com *Comportamento de*

Adesão Não Demonstrado devido à ausência de definição de regras estruturantes entre os subsistemas familiares.

O conhecimento das famílias com filhos adolescentes é essencial, na medida em que esta fase envolve comportamentos sociais e de saúde de risco para os adolescentes. O seu conhecimento contribui para a maximização do potencial de saúde da família. De entre as tarefas inerentes a esta etapa de desenvolvimento encontram-se a renegociação e readaptação de papéis familiares e a redefinição de limites (Figueiredo, 2023).

Face aos diagnósticos identificados, foram implementadas as seguintes intervenções:

- Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente, sensibilizando-os para a importância da realização destas consultas, destacando o seu papel na promoção da saúde e prevenção de problemas futuros; motivar os pais para a importância de regras estruturantes no ambiente familiar, de forma a promover um desenvolvimento saudável e equilibrado do adolescente.

Na área de atenção *Papel Parental*, nas duas famílias com filhos adultos avaliadas, foi identificado o critério diagnóstico *Papel Parental Não Adequado* na dimensão *Conhecimento de Papel Não Demonstrado*, devido à falta de conhecimento sobre as tarefas inerentes a esta nova etapa do ciclo vital. Esta necessidade tornou-se evidente com a entrada dos filhos no mercado de trabalho, o que exigiu uma adaptação do papel parental e das dinâmicas familiares.

A transição para a vida adulta exige que o jovem se envolva no desenvolvimento dos seus projetos, enquanto o sistema parental precisa de se adaptar a esta nova realidade (Figueiredo, 2022).

Tendo em consideração este diagnóstico, foram implementadas as seguintes intervenções:

- Informar a família sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital; motivar para a redefinição das tarefas parentais, promovendo uma adaptação adequada às novas exigências; negociar a redefinição das tarefas parentais como garantia de equilíbrio às necessidades dos diferentes elementos da família.

A avaliação funcional da família abrange duas dimensões essenciais: a instrumental, relacionada às atividades do quotidiano, e a expressiva, que diz respeito às interações e relações entre os seus membros. A avaliação desta dimensão englobou duas áreas de atenção: *Papel Prestador de Cuidados* e *Processo Familiar* (Figueiredo, 2012).

Na avaliação destas famílias, na dimensão funcional, identificou-se, como critério diagnóstico, a 2 famílias, *Papel Prestador de Cuidados Não adequado* por falta de *Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do Prestador de Cuidados (PC)* sobre

Autocuidado Higiene, nomeadamente falta de:

- Conhecimento e aprendizagem de habilidade do PC sobre técnica de lavagem dos dentes; conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre utilização do fio dentário.

Estas duas famílias, incluíam um elemento com demência, tendo sido aplicadas as seguintes intervenções:

- Ensino, instrução e treino do PC na técnica de lavagem dos dentes e utilização do fio dentário, promovendo a aquisição das competências necessárias para garantir uma higiene oral adequada à pessoa com demência.

Ainda no âmbito da dimensão funcional, na área de atenção Papel Prestador de Cuidados, identificou-se uma família com Papel Prestador de Cuidados Não adequado por falta de Conhecimento do PC/ Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-administração de medicamentos, nomeadamente falta de:

- Conhecimento do PC sobre terapêutica prescrita; conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de medicamentos.

Para fazer face a este diagnóstico foram implementadas as seguintes intervenções:

- Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito; ensinar, instruir, treinar PC sobre técnica de administração de medicamento.

Na avaliação da funcionalidade familiar, com base na percepção dos seus membros e utilizando a escala APGAR Familiar de Smilkstein, constatou-se que duas famílias apresentavam níveis de moderada disfunção, com pontuações de 4 e 6, respetivamente. Os membros dessas famílias atribuíram essa disfuncionalidade à insatisfação relativamente ao apoio recebido por parte da família em momentos de preocupação, evidenciando fragilidades relacionais.

A Escala APGAR Familiar de Smilkstein é um instrumento utilizado na área da saúde familiar, fundamentado na premissa de que os próprios membros da família são capazes de perceber e expressar o grau de satisfação face ao cumprimento das funções básicas do sistema familiar (Figueiredo, 2023). Permite avaliar o funcionamento familiar, classificando-o como funcional ou disfuncional. Recomendada, a sua aplicabilidade, no contexto da saúde familiar, uma vez que a sua utilização orienta a avaliação e possibilita uma intervenção direcionada às necessidades reais da família enquanto sistema (Figueiredo, 2012).

Perante este diagnóstico implementaram-se as seguintes intervenções:

- Otimizar o padrão de ligação entre os membros da família; promover a comunicação expressiva das emoções; promover o envolvimento da família.

Para a concretização destas intervenções recorreu-se à utilização de questões circulares hipotéticas que favorecem a elaboração de opções de ações futuras, comunicação circular, na medida em que o comportamento de um gera o comportamento do outro. Utilizaram-se também rituais terapêuticos na otimização das ligações entre os diferentes membros da família (Figueiredo, 2022).

Concomitantemente utilizou-se a Terapia Breve Orientada para as Soluções (TBOS), que, de acordo com Figueiredo (2023), é uma abordagem terapêutica que se centra nas forças e recursos das pessoas e das famílias, com foco no futuro e na construção de soluções, em vez de se deter na análise aprofundada dos problemas. No âmbito desta abordagem utilizou-se a questão milagre, objetivando ajudar as famílias a refletir na mudança que ocorreria no seu dia a dia caso o problema deixasse de existir. Esta terapia enfatiza a identificação e aumento das competências já existentes nos indivíduos, promovendo mudanças positivas de forma eficaz a curto prazo (Figueiredo, 2023).

2.1.2 – Avaliação e Monitorização das Intervenções de ESF

Para demonstrar os ganhos obtidos em saúde e dar visibilidade ao papel fundamental da ESF, elaborou-se um conjunto de indicadores epidemiológicos (taxa de avaliação e de prevalência) e de resultado (efeito das intervenções implementadas), consequência do trabalho desenvolvido com as famílias durante os estágios.

Indicadores de saúde são ferramentas de medição que fornecem informações relevantes, de forma direta ou indireta, sobre diversas dimensões da saúde, além dos fatores que a influenciam. São essenciais para monitorizar a saúde e orientar as políticas de saúde (DGS, 2012).

Na avaliação das necessidades das famílias foram identificados diagnósticos de enfermagem em todas as dimensões do MDAIF, o que possibilitou a realização dos primeiros indicadores (Tabela 2).

Estes incluem a Taxa de Avaliação, definida como a proporção de indivíduos numa população que são avaliados para uma determinada condição de saúde, como uma doença ou risco específico, num dado período. Esta taxa é fundamental para medir o alcance e a eficácia de programas de saúde pública e de triagem (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

Tabela 2

Indicadores epidemiológicos - taxa de avaliação

Dimensão Estrutural	Famílias Avaliadas Escala de Graffar Adaptada/ Total de Famílias X 100	34/871X 100= 3,9% Famílias Avaliadas Escala de Graffar Adaptada
	Famílias Avaliadas em Edifício Residencial/ Total de Famílias X 100	34/871X 100= 3,9% Famílias Avaliadas em Edifício Residencial
	Famílias Avaliadas em Rendimento Familiar/Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas em Rendimento Familiar
	Famílias Avaliadas em Precaução de Segurança/ Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas em Precaução de Segurança
	Famílias Avaliadas em Animal Doméstico/Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas em Animal Doméstico
	Famílias Avaliadas em Abastecimento de Água/Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas em Abastecimento de Água
	Famílias Avaliadas em Tipo de Família/Total de Famílias X 100	871/871 X 100 = 100% Famílias Avaliadas em Tipo de Família
Dimensão Desenvolvidor	Famílias Avaliadas Ciclo Vida/Total de Famílias X 100	871/871 X 100 = 100% Famílias Avaliadas Ciclo Vida
	Famílias Avaliadas Planeamento Familiar/Total de Famílias em idade fértil X 100	28/498 X 100=4,8% Família Avaliadas Planeamento Familiar
	Famílias Avaliadas Satisfação Conjugal/Total de Famílias Sistema Conjugal X 100	34/ 391 X 100=8,7% Famílias Avaliadas em Sistema Conjugal
	Famílias Avaliadas Adaptação à Gravidez/Total de Famílias Grávidas X 100	2/8 X 100 = 25% Famílias Avaliadas Adaptação à Gravidez
	Famílias Avaliadas Papel Parental/Total de Famílias Subsistema Parental X100	26/163 X 100 = 16% Famílias Avaliadas Papel

		Parental
	Famílias Avaliadas Processo Familiar/Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas Processo Familiar
Dimensão	Famílias Avaliadas APGAR Familiar/ Total de Famílias X 100	34/871 X 100 = 3,9% Famílias Avaliadas APGAR Familiar
Funcional	Famílias Avaliadas Papel Prestador de Cuidados/ Total de Famílias com PC X 100	6/11 X 100 = 54,5% Famílias Avaliadas PC

Após a realização da taxa de avaliação, calculou-se a taxa de prevalência (Tabela 3). Definida como a proporção de indivíduos numa população que apresentam uma condição de saúde específica num determinado período. Geralmente, a taxa de prevalência é expressa por 100, 1.000 ou 100.000 habitantes e é útil para estimar o impacto ou peso de uma doença na população (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2018)

A avaliação das 34 famílias, permitiu identificar vários diagnósticos distribuídos pelas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Destacam-se situações de rendimento familiar insuficiente, edifícios residenciais negligenciados, insatisfação conjugal, dificuldades na adaptação à gravidez e, sobretudo, um elevado número de famílias com papel parental não adequado (65,4%). Estes dados evidenciam vulnerabilidades que requerem uma intervenção direcionada por parte do enfermeiro de família.

Tabela 3

Indicadores epidemiológicos – taxa de prevalência

Indicadores epidemiológicos – taxa de prevalência		
	Famílias Rendimento Familiar Insuficiente/Famílias Avaliadas Rendimento Familiar X 100	2/34 X100 =5,9 % Famílias Diagnóstico Rendimento Familiar Insuficiente

Dimensão estrutural	Famílias Prevenção de Segurança Não Demonstrada/Famílias Prevenção de Segurança X100	2/34 X100 = 5,9% Famílias Diagnóstico Edifício Residencial Não Seguro
	Famílias Edifício Residencial Negligenciado/Famílias Avaliadas Edifício Residencial X100	1/34 X100 = 2,9% Famílias Diagnóstico Edifício Negligenciado
	Famílias Animal Doméstico Negligenciado/Famílias Avaliadas Animal Doméstico X 100	1/5X100= 20% Famílias Diagnóstico Animal Doméstico Negligenciado
Dimensão Desenvolvidor	Famílias Satisfação Conjugal Não Mantida/ Famílias Avaliadas Satisfação Conjugal X 100	5/34 X100= 14,7% Famílias Diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida
	Famílias Adaptação à Gravidez Não Adequada /Famílias Avaliadas Adaptação Gravidez X 100	2/8 X100 = 25% Famílias Adaptação à Gravidez Não Adequada
	Famílias Papel Parental Não Adequado/Famílias Avaliadas Papel Parental X 100	17/26 X100 = 65,4% Famílias Papel Parental Não Adequado
Dimensão Funcional	Famílias Papel Prestador de Cuidados Não Adequado/ Famílias Avaliadas em Papel Prestador de Cuidados X 100	3/ 6 X 100 = 50% Famílias Papel Prestador de Cuidados Não Adequado
	Famílias com Processo Familiar Disfuncional/ Famílias Avaliadas em Processo Familiar X 100	2/34 X 100 = 5,9% Famílias com Processo Familiar Disfuncional

Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e elaboração dos respectivos indicadores definiram-se e implementaram-se um conjunto de intervenções, colaborativamente com as famílias, de acordo com as suas reais necessidades. Estas ações, permitiram realizar modificações positivas, traduzidas em ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. No entanto, nem todos os diagnósticos puderam ser resolvidos no tempo útil do estágio, prevendo-se a continuidade da intervenção através da EOC (Tabela 4).

Os indicadores de resultado pretendem assim mostrar o número de casos que resolveram um determinado diagnóstico após a implementação de um conjunto de intervenções de enfermagem (OE, 2007).

Tabela 4

Indicadores de Resultado

Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	2 Famílias com Diagnóstico Rendimento Familiar Insuficiente por origem do rendimento familiar se situar nos graus 4 e 5 (Escala Graffar). $1/2 \times 100 = 50\%$ 50% das Famílias com Diagnóstico Rendimento Familiar Insuficiente tiveram alteração do mesmo para Suficiente, sendo evidenciado pela modificação da Escala de Graffar para grau 3, conseguido pela obtenção de um emprego fixo. Obteve-se 50% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Precaução de Segurança	2 Famílias com Diagnóstico Precaução de Segurança Não Demonstrada (Edifício Residencial – Barreiras Arquitetônicas) na dimensão conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas. $1/2 \times 100 = 50\%$ 50% das Famílias com Diagnóstico Precaução de Segurança Não Demonstrada (Edifício Residencial – Barreiras Arquitetônicas) tiveram alteração do mesmo para Demonstrada, através da colocação de corrimãos. Obteve-se 50% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Edifício Residencial	1 Família com Diagnóstico Edifício Negligenciado por má higiene da habitação na dimensão conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional não demonstrado. $1/1 \times 100 = 100\%$ 100% das Famílias com Diagnóstico Edifício Negligenciado tiveram alteração do mesmo para Não Negligenciado após intervenções de enfermagem. Obteve-se 100% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Animal Doméstico	1 Família com Diagnóstico Animal Doméstico Negligenciado nas dimensões conhecimento não demonstrado sobre vacinação e desparasitação do animal doméstico. $1/1 \times 100 = 100\%$ 100% das Famílias com Diagnóstico Animal Doméstico Negligenciado tiveram alteração do mesmo para Não Negligenciado após intervenções de enfermagem. Obteve-se 100% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.

Dimensão Desenvolvimental	Satisfação Conjugal	5 Famílias com Diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida na dimensão Relação Dinâmica Disfuncional. 3 Famílias por insatisfação do casal com a divisão/ partilha de tarefas domésticas e 2 Famílias por insatisfação do casal com o tempo que passam juntos. $5/5 \times 100\% = 100\%$ 100% das Famílias com Diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida na dimensão Relação Dinâmica Disfuncional tiveram alteração do diagnóstico para funcional. Obteve-se 100% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Adaptação à Gravidez	2 Famílias com Diagnóstico Adaptação à Gravidez Não Adequada na dimensão conhecimento não demonstrado. $2/2 \times 100 = 100\%$ 100% das Famílias com Diagnóstico Adaptação à Gravidez Não Adequada tiveram alteração do mesmo para Adequada. Obteve-se 100% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família
	Papel Parental	17 Famílias com Diagnóstico Papel Parental Não Adequado nas dimensões conhecimento não demonstrado e comportamento de adesão não demonstrado. $13/17 \times 100 = 76,4\%$ 76,4% das Famílias com Diagnóstico Papel Parental Não Adequado tiveram alteração do mesmo para Adequado. Obteve-se 76,4% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
Dimensão Funcional	Papel Prestador de Cuidados	3 Famílias com Diagnóstico Papel Prestador de Cuidados Não Adequado na dimensão conhecimento de papel não demonstrado. $3/3 \times 100 = 100\%$ 100 % das Famílias com Diagnóstico Papel Prestador de Cuidados Não Adequado tiveram alteração do mesmo para Adequado. Obteve-se 100% de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Processo Familiar	2 Famílias com Processo Familiar Disfuncional por Relação Dinâmica Disfuncional avaliadas pela escala APGAR Smilkstein $2/2 \times 100 = 100\%$ 100% das Famílias com Diagnóstico Processo Familiar Disfuncional tiveram alteração do mesmo para Funcional. Obteve-se 100% dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.

Apesar da limitação imposta por uma amostra reduzida, os resultados apresentados evidenciam os benefícios das intervenções de enfermagem desenvolvidas colaborativamente com as famílias. Verificou-se a obtenção de ganhos em saúde,

demonstrando a efetividade das ações desenvolvidas, reforçando a visibilidade e a importância da enfermagem de saúde familiar enquanto área de atuação prioritária.

Neste contexto, os indicadores assumem um papel fundamental, pois possibilitam a identificação das necessidades das famílias, orientam a tomada de decisões clínicas e estratégicas, permitem avaliar a qualidade dos cuidados prestados e promovem a sua melhoria contínua. Tal como sublinhado por Mendes et al. (2015) e por Silva (2016), a utilização de indicadores em Enfermagem de Saúde Familiar não só reforça a visibilidade desta especialidade, como também contribui para uma prática mais informada, orientada para resultados e centrada nas reais necessidades do sistema familiar.

2.2 – EVIDÊNCIAS DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Os cuidados de saúde, e consequentemente os cuidados de enfermagem, adquiriram, ao longo do tempo, uma importância e exigência técnica e científica cada vez maiores. A diferenciação e a especialização tornaram-se uma realidade envolvendo a maioria dos profissionais de saúde. O EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, estando capacitado para prestar cuidados de enfermagem especializados, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e doença, demonstrando um alto nível de julgamento clínico e tomada de decisão. A atribuição do título de EE pressupõe, além da verificação das competências específicas de cada regulamento da respetiva especialidade, que esses profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº140/2019 de 6 fevereiro, 2019).

Competências comuns são partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, evidenciadas pela elevada competência na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. O Regulamento nº140/2019 de 6 fevereiro (2019) explicita as competências comuns do EE nos domínios: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; “Melhoria contínua da qualidade”; “Gestão dos cuidados” e “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Competências específicas surgem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, dentro de um campo de intervenção específico de cada área de especialidade, evidenciadas por um alto nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº140/2019 de 6 fevereiro, 2019).

De acordo com o Regulamento nº 428/2018 de 16 julho (2018), umas das competências específicas do EEECASF é "cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada

um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção". Esta competência é fundamental para o desenvolvimento de uma prática clínica de excelência, pois permite que o enfermeiro interaja com as famílias em situações complexas e de transição. Enfatiza a área de atuação do enfermeiro na família como um todo e nos seus membros individualmente, tendo sido uma premissa central nos estágios, o reconhecimento da família como uma unidade dinâmica, com necessidades e características que evoluem ao longo do tempo. Este entendimento foi crucial para a efetividade das intervenções realizadas em saúde, capacitando as famílias para transições saudáveis.

Outra competência do EEECASF é a capacidade de "liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar", o que implica a prestação de cuidados à família como um todo, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários para garantir o cuidado holístico de todos os membros (Regulamento nº 428/2018 de 16 julho, 2018).

O propósito do perfil de competências, comuns e específicas, é estabelecer padrões e regulamentar o processo de certificação das competências, informando também os cidadãos sobre o que podem esperar dos cuidados especializados prestados pelos enfermeiros. É a garantia que o EE está munido de um conjunto de conhecimentos, competências e aptidões que pode mobilizar, permitindo assim intervir, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo, em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019 de 6 fevereiro, 2019).

Distinguir competências comuns e específicas de um EE pode parecer redundante, visto que estas se sobrepõem em muitos aspetos. A prática clínica demonstra que essas competências não são isoladas, mas sim interdependentes e complementares. As competências específicas enriquecem e expandem as competências comuns, proporcionando uma base sólida para a prática avançada. Portanto, ao considerar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, é crucial reconhecer a interligação entre competências comuns e específicas, sendo ambas fundamentais para uma prática clínica eficaz. A sinergia entre essas competências permite que os enfermeiros proporcionem cuidados holísticos de maior qualidade (Oliveira et al., 2015).

O desenvolvimento das competências para cuidar da família permitirá ao enfermeiro de família, com o seu conhecimento, contribuir para o aumento da literacia em saúde da família, promovendo uma maior atenção ao todo familiar e aos seus membros individualmente. Isso resultará num melhor funcionamento tanto da família quanto dos indivíduos que a compõem. Além disso, facilitará a melhoria das interações familiares e sociais, estimulando comportamentos mais saudáveis e participativos (Santos et al., 2016).

A caracterização das famílias do ficheiro da EOC, a avaliação e intervenção familiar, no decorrer das consultas de enfermagem, assim como todas as outras atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica e noutros contextos, permitiram-me a aquisição de competências essenciais ao EEEECASF, como abaixo descrevo.

As várias consultas de programas realizadas, como saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde do adulto e do idoso, diabetes, hipertensão, planeamento familiar e visita domiciliária foram cruciais para perceber que os vários elementos, que se deslocaram às consultas, são parte integrante de uma família, com dinâmicas próprias e necessidades específicas. A realização das mesmas permitiu-me identificar as várias etapas do ciclo vital em que se encontravam e as várias transições quer desenvolvimentais, quer situacionais, ou de saúde-doença, que estavam a viver, possibilitando-me assim uma maior adequação de cuidados.

As relações estabelecidas ocorreram no âmbito de uma prática profissional centralizada na interação interpessoal, com base numa relação terapêutica e colaborativa com os indivíduos/famílias alvo dos cuidados como preconiza Deodato (2015). A atitude do enfermeiro é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança, fulcral para a eficácia da sua atuação na promoção da saúde, prevenção de doenças e controlo de situações complexas que considero ter tido (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

A disponibilidade, empatia, respeito mútuo e compromisso foram cruciais na construção desta relação de confiança. Da mesma forma a flexibilidade de horários (de acordo com as necessidades individuais) em futuras marcações e a ausência de um limite de tempo durante as consultas, especialmente quando os utentes ou famílias necessitavam de mais tempo, mostraram-se práticas valiosas e fortalecedoras da relação terapêutica, permitindo uma abordagem mais personalizada e abrangente dos cuidados de saúde.

Gaio et al. (2023) referem que a relação terapêutica é uma ligação de ajuda que é estabelecida em benefício do cliente. O Código Deontológico dos Enfermeiros refere que a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissionais são valores universais pelos quais se deve pautar a relação profissional (Deodato, 2015).

A colheita de dados pertinentes sobre o estado de saúde das famílias é uma atividade elementar na prática do enfermeiro especialista em saúde familiar, conforme estipulado pelo Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho (2018). Este processo envolve um conjunto de atividades que permitem uma avaliação precisa da situação de saúde da família, facilitando a identificação das necessidades de cuidados e as interações entre os membros da família e o sistema de saúde. A unidade de competência "Colher dados pertinentes para o estado

de saúde da família" orienta o enfermeiro no desenvolvimento desta prática, que, no contexto da saúde familiar, vai além da simples colheita de informações, abrangendo a análise das dinâmicas familiares e das interações que podem influenciar a saúde dos membros da família.

Durante os estágios, foram várias as oportunidades para realizar esta atividade, permitindo-me observar diretamente como as diferentes formas de comunicação — verbal, não verbal e para verbal — impactam o processo de colheita de dados e, consequentemente, a qualidade da avaliação realizada. A observação dessas interações enriqueceu o processo de colheita de dados, permitindo uma análise mais holística e detalhada das necessidades de saúde das famílias. Isso reforçou a ideia de que, a saúde individual e familiar, estão interligadas, o que é crucial para a atuação do enfermeiro na área da saúde familiar. Essa interdependência foi fundamental para desenvolver uma prática clínica baseada na evidência e direcionada às necessidades reais das famílias, sempre com foco no cuidado integral.

Utilizei a matriz operativa do MDAIF como base para direcionar as questões e colher informações. Nas interações com as famílias, consegui obter dados detalhados sobre o histórico familiar e hereditário, a estrutura familiar e os fatores de risco ambientais, tendo os mesmos ganho visibilidade através da construção de instrumentos de avaliação familiar, colaborativamente com as famílias, como genogramas e ecomapas. A colheita de dados sobre as crenças das famílias revelou-se particularmente interessante devido à diversidade cultural dos utentes da UCSP. Encontrei famílias cujas crenças não afetavam negativamente a sua saúde, enquanto com outras, foi necessário desmistificar algumas práticas culturais, sempre com respeito às suas crenças e tradições, de acordo com o enunciado descritivo satisfação do cliente dos Padrões de Qualidade (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015), mas baseando a prática na evidência científica. Exemplo de uma destas crenças foi o enfaixamento da região umbilical em recém-nascidos. Este tipo de conduta responde assim à unidade de competência na qual o EEECASF desenvolve a sua prática clínica baseada na evidência científica (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

O EEECASF deverá possuir um conjunto abrangente de conhecimentos em enfermagem, complementados por saberes de outras disciplinas científicas, permitindo-lhe assim mobilizar os seus conhecimentos de forma multidisciplinar, como fundamentos das suas decisões clínicas. Durante as consultas realizadas o interesse e a consideração pelo histórico familiar dos utentes, a quem prestei cuidados, as suas interações familiares e o contexto em que estavam inseridos, bem como o seu estado de saúde atual e a forma como eles, enquanto família, respondem a situações complexas, foi crucial na medida em que me permitiu proporcionar cuidados integrados e eficazes, contribuindo desta forma para a

aquisição da unidade de competência na qual o enfermeiro monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

A relação de proximidade e confiança que o EEECASF estabelece com as famílias possibilita a consciencialização destas relativamente às situações complexas que enfrentam. O primeiro estágio foi limitador em termos de tempo, no entanto, tal como no segundo, mostrei sempre a minha total disponibilidade para ouvir as famílias e juntas encontrarmos as soluções mais adequadas, com vista à resolução dos seus problemas. Um exemplo concreto é o da família selecionada, no qual, ao mostrar a minha total disponibilidade, permitiu que o elemento B, sentisse confiança e revelasse que o motivo para estar ansiosa era uma preocupação excessiva com o rendimento familiar. O conhecimento aprofundado das famílias, de que este enfermeiro é detentor, permite-lhe identificar forças e oportunidades de crescimento no seio familiar, bem como compreender as dificuldades existentes e os recursos mobilizáveis para enfrentar as situações desafiadoras. Esta identificação de forças, recursos, oportunidades e dificuldades integram as estratégias deste enfermeiro, com o objetivo de melhorar a dinâmica familiar e, conseqüentemente, facilitar a resposta da família em situações de transição complexas (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

Com a abordagem centrada nas famílias, houve uma mudança de paradigma que passou a colocar a família como protagonista das suas ações e decisões, reconhecendo as suas forças e potencialidades como recursos valiosos para a intervenção. Esta mudança implica um foco na capacitação das famílias, permitindo-lhes assumir um papel ativo no processo de cuidado e tomada de decisão. Ao identificar e valorizar os pontos fortes da família, os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias de intervenção mais personalizadas e colaborativas, promovendo o empoderamento e a autonomia familiar. Essa abordagem não apenas fortalece a confiança das famílias das suas próprias capacidades, mas também contribui para uma resposta mais eficaz e sustentável às necessidades de saúde, resultando num cuidado mais integrado e orientado para o bem-estar familiar (Figueiredo, 2023).

A implementação de intervenções direcionadas às famílias deve considerar as necessidades identificadas pelas mesmas e os objetivos devem ser definidos colaborativamente. Os aspetos físicos, emocionais, espirituais e mentais devem ser considerados, garantindo que todas as áreas do bem-estar familiar sejam tratadas, promovendo assim uma recuperação mais completa e duradoura. O EEECASF com os seus conhecimentos em comunicação familiar, na utilização de técnicas motivacionais, na evidência científica, na resolução de conflitos, no garantir da segurança e na promoção de ambientes saudáveis garante que as suas intervenções sejam resolutivas. Esta abordagem holística e direcionada assume-se como crucial quando a família enfrenta situações complexas, tendo o enfermeiro um papel

fundamental na promoção e recuperação do seu bem-estar

É imperativo um *feedback* contínuo sobre as respostas das famílias às intervenções propostas, compreendendo se foram eficazes e se responderam aos objetivos estabelecidos. Apenas com este *feedback* é possível ajustar estratégias, se necessário, e obter ganhos em saúde. O agendamento de novas consultas, de acordo com a disponibilidade das famílias e enfermeiros, a fim de se ajustarem intervenções e aferirem ganhos em saúde, foi uma prática transversal a todas as consultas. Um exemplo comum, observado na consulta de saúde infantil, é quando se percebe que o bebê não tem um ganho ponderal desejável. Após a colheita de dados com a família, sobre eventuais motivos para esta situação, e a definição colaborativa de intervenções que visem solucionar o problema, foi fundamental agendar uma nova avaliação para confirmar a eficácia da intervenção, permitindo assim adquirir a unidade de competência na qual o enfermeiro monitoriza e avalia as respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

A prática de enfermagem de SF requer um envolvimento ativo e intencional por parte do enfermeiro, sendo que a proatividade é fundamental na garantia da qualidade dos cuidados prestados, objetivando sempre a promoção da saúde e bem-estar familiar. Os meus anos de experiência como enfermeira de família numa UCSP foram consideravelmente importantes nos estágios. Por estar bem familiarizada com o tipo de trabalho e com a forma como ele se desenvolve, pude focar a minha intervenção mais rapidamente na aquisição das competências especializadas do EEECASF. Durante os estágios, mantive consistentemente uma atitude humilde e proativa, procurando orientação e suporte profissional tanto da EOC quanto da restante equipa. A constante troca de experiências, a adesão às diretrizes e protocolos atualizados em saúde, e os *feedbacks* recebidos sobre o meu desempenho foram extremamente valiosos, permitindo-me atingir a unidade de competência que designa o envolvimento de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

Figueiredo (2023) refere que a intervenção na família deve ser realizada em rede, dada a complexidade da mesma, requerendo, por isso, a colaboração de vários profissionais. Durante as consultas de enfermagem, foram vários os exemplos desta colaboração, especialmente na transição para a parentalidade, com referências para o curso de "Preparação para o Parto e Recuperação Pós-Parto", coordenado pela UCC. Pelo elevado número de migrantes desempregados abrangidos por esta UCSP, foi necessário encaminhar várias famílias para instituições de apoio social na comunidade, como o gabinete de ação social do município. Colaborou-se igualmente na referência de famílias com membros dependentes, tanto para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados,

como para a UCC e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, por necessitarem de cuidados que a equipa da UCSP não conseguia assegurar. Relativamente à família selecionada, foi também necessário articular com o gabinete social do município a fim de garantir que a mesma tinha as suas necessidades básicas satisfeitas.

Essas atividades evidenciam a aplicabilidade da unidade de competência do EEECASF, que se refere à articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, 2018), evidenciam ainda a prevenção de complicações dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, na medida em que há uma referenciação para outros profissionais e organizações (Regulamento nº 367/2015, de 29 de junho, 2015) e explanam ainda a gestão dos cuidados de enfermagem, conforme descrito nas competências comuns do EE (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Fui progressivamente constatando, ao longo da minha prática diária na unidade e, em diálogo com a EOC, que poderia dar alguns contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela UCSP. A minha presença poderia ser aproveitada de maneira a maximizar o benefício mútuo: por um lado, permitir-me-ia adquirir as competências necessárias para a prática profissional especializada; por outro, possibilitaria a otimização da prestação de cuidados aos utentes desta unidade.

Uma das dificuldades com que me deparei, no primeiro estágio, foi a compreensão da organização e da dinâmica do serviço, pela inexistência de qualquer documento orientador. Face a essa necessidade, identifiquei a oportunidade de desenvolver um projeto que contribuísse para a melhoria da qualidade da unidade nesse aspeto. Assim, elaborei um Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde, com o objetivo de facilitar a integração de novos colaboradores e futuros estagiários na unidade. Este manual proporciona uma visão clara da missão, dos valores, da estrutura e dos procedimentos internos da instituição, objetivando facilitar a sua adaptação, promovendo um ambiente de trabalho mais coeso e eficiente. Constitui-se ainda como uma ferramenta essencial para alinhar expectativas, uniformizar práticas e fortalecer o compromisso com os objetivos institucionais.

Figueiredo et al. (2020) num estudo realizado referem que a gestão da qualidade na enfermagem exige a reflexão diária e o comprometimento dos enfermeiros, tanto de forma individual quanto coletiva, para atingir altos padrões de cuidado. A colaboração e a reflexão crítica são vistas como essenciais para a melhoria contínua da qualidade na profissão.

Esta atividade evidencia a aquisição da unidade de competência do EEECASF ao nível da gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, 2018). Adicionalmente reflete os Padrões de

Qualidade garantindo a uniformização das práticas na unidade (Regulamento nº 367/2015, de 29 de junho, 2015) e integra as Competências Comuns do EE na melhoria contínua da qualidade, promovendo iniciativas organizacionais que aperfeiçoam os processos internos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019)

Aquando da auscultação da EOC sobre projetos de melhoria da qualidade, foi-me informado que, nesta unidade, não existem projetos dessa índole nem implementados ou em fase de planeamento. Diante dessa realidade e após consulta da listagem dos indicadores, percebi que estes estavam claramente focados no indivíduo e não na família, considerou-se assim relevante dar o meu contributo para melhorar os indicadores contratualizados.

Tendo em conta que os utentes diagnosticados com hipertensão arterial representam 294 pessoas do ficheiro da EOC, elaborei um Manual de Boas Práticas para Enfermeiros no Cuidado de Famílias com Membros Hipertensos. Este manual serve como guia orientador para alcançar objetivos específicos no acompanhamento e tratamento destes doentes e respetivas famílias, descrevendo as atividades a serem realizadas na Consulta de Enfermagem. A inexistência de uma consulta organizada e sistematizada tem sido um dos principais entraves à obtenção dos valores pretendidos nos indicadores contratualizados. Assim, este projeto contribuiu para a estruturação do planeamento dos cuidados de enfermagem, a melhoria no acompanhamento e vigilância destes utentes e, em última instância, para o aumento da eficácia dos indicadores contratualizados pela unidade, ainda que sejam direcionados ao indivíduo e não às famílias.

Considerando ainda a listagem dos indicadores contratualizados o indicador “Proporção de obesos $\geq 14A$, com consulta de vigilância de obesidade 2A”, despertou-me especial interesse pelo elevado número (316) de indivíduos abrangido pelo mesmo. Assim, partilhei com a EOC um projeto de melhoria da qualidade previamente desenvolvido na UC de Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade, intitulado “Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a Criar um Futuro mais Saudável e Feliz”, com vista à sua implementação na unidade.

Este projeto, com um horizonte temporal de cinco anos, objetiva a prevenção da obesidade, capacitando as famílias com crianças para adotarem hábitos de vida mais saudáveis. Embora os ganhos em saúde não possam ser aferidos durante o período do estágio, a iniciativa sublinha a importância da ação preventiva no combate à obesidade, possibilitando a obtenção de indicadores que evidenciem os benefícios em saúde no contexto familiar. Além disso, o projeto promove a saúde, oferecendo informações e orientações para cuidados preventivos, potenciando a capacidade das famílias na prevenção da obesidade.

Esta atividade atua na promoção da saúde, na medida em que fornece um conjunto de informações e sugestões direcionadas aos cuidados antecipatórios maximizando o potencial

das famílias, combatendo assim a obesidade (Regulamento nº367/2015 de 29 junho, 2015). A sua divulgação permitiu aprofundar e enriquecer os conhecimentos dos profissionais que constituem a unidade, permitindo ainda demonstrar a unidade de competência na qual o EEECASF gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº428/2018 de 16 julho, 2018).

A constante troca de experiências com a equipa multiprofissional, onde desempenhei um papel ativo no incentivo e no apoio às iniciativas institucionais na área da governação clínica (melhoria dos indicadores contratualizados), a colaboração com a EOC na identificação de áreas de risco suscetíveis a intervenções de melhoria dos cuidados e a utilização dos sistemas de informação foram fundamentais para uma compreensão mais profunda dos princípios da gestão dos cuidados de saúde. Essas práticas proporcionaram um aumento significativo do conhecimento e aumentaram a visibilidade da ESF, também no seio da equipa, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento das competências comuns do EE, principalmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019 de 6 fevereiro (2019).

A aquisição de competências EEECASF é um processo contínuo e permanente, que não se esgota com a obtenção do título de especialista. Ao longo dos estágios, tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências essenciais para a minha prática na área da ESF, com o objetivo de desenvolver uma prática especializada e centrada nas necessidades das famílias. Todas as atividades realizadas ao longo deste percurso académico foram cruciais para consolidar estas competências. A execução deste relatório reflete e evidencia claramente o meu progresso, demonstrando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e a minha evolução enquanto profissional, apta a intervir de forma eficaz e contextualizada na promoção da saúde familiar. Assim, o título de especialista não deve ser visto como o fim deste processo, mas como uma etapa importante dentro do desenvolvimento contínuo ao longo de toda a minha prática profissional.

2.3 - OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA

Durante o percurso académico, tive a oportunidade de participar em diversos congressos, seminários e formações, evidenciando proatividade na prática profissional especializada. Considero essas participações fundamentais para a atualização contínua do conhecimento, o aumento das competências e a implementação de novas ideias na prática profissional de enfermagem de saúde familiar. São igualmente oportunidades de apresentação de trabalhos, proporcionando visibilidade académica, permitindo assim o desenvolvimento de

competências. Dessa forma, considero relevante a sua explanação neste relatório, destacando as seguintes:

- I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida: *Colocar o dedo na ferida*, realizado na universidade de Aveiro, nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024, com a duração total de 16 horas. Este congresso promoveu uma plataforma de partilha de conhecimentos e inovação na gestão de feridas complexas (ANEXO 1);
- Webinar subordinado ao tema *Projetos de Melhoria Contínua* decorrido a 27 de março de 2024 com a duração de 2 horas, promovido pela Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros. Esta formação possibilitou-me aprofundar os conhecimentos no domínio da melhoria da qualidade, competências fundamentais ao exercício do enfermeiro especialista, uma vez que é da sua responsabilidade colaborar na conceção e operacionalização de projetos na área da qualidade (ANEXO 2);
- XXII Encontro Nacional *“Novas Políticas, novos rumos para os CSP”* da Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários realizado no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, nos dias 11 e 12 de abril de 2024, com um total de 18 horas. Experiência enriquecedora de partilha de trabalhos, comunicações orais e pósteres, bem como de discussão e reflexão sobre as mudanças e inovações nas políticas de saúde dos CSP (ANEXO 3);
- V Congresso Nacional AUCC, realizado na Universidade de Évora – Auditório nobre do Colégio do Espírito Santo, nos dias 21 e 22 de março de 2024, com um total de 16 horas. A participação neste congresso revelou-se enriquecedora na medida em que possibilitou aquisição de conhecimentos, tanto através da partilha de trabalhos, como dos assuntos apresentados nas mesas redondas que estimularam o diálogo entre os atuais e futuros desafios (ANEXO 4);
- 4º Encontro Internacional *Re(pensar) o VIH e Sida: “Sigamos o caminho dos direitos!”*, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online, no dia 27 de novembro de 2024 com um total de 4:15 horas. Este encontro visou repensar a abordagem ao VIH/SIDA, colocando os direitos humanos no centro das estratégias de combate à doença, promovendo um debate inclusivo e atualizado sobre os desafios e avanços na área. Extremamente enriquecer pelos momentos de partilha e divulgação de projetos de investigação, que apresentaram diferentes abordagens à temática, incluindo várias perspetivas da saúde familiar, evidenciando que este é um tema da responsabilidade de todos (ANEXO 5);
- XVI Encontro do *Dia Internacional da Família: 30 Anos de Comemorações ONU*, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no dia 15 de maio de

2024, em formato online. Este encontro objetivou comemorar as três décadas de reconhecimento do Dia Internacional da Família pela ONU. Através de palestras muito elucidativas este evento foi promotor da reflexão de temas muito atuais sobre os desafios contemporâneos que as famílias enfrentam. Proporcionou ainda um espaço de partilha entre professores e estudantes, permitindo a atualização de conhecimentos sobre a saúde familiar, o seu crescimento e desenvolvimento, reforçando, assim, a sua importância (ANEXO 6);

- Webinar “Enfermagem às Quintas – Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade”, promovido pela Ordem dos Enfermeiros, a 23 de maio, com a duração 2horas através da Plataforma digital “Cisco Webex Events”. Neste webinar discutiram-se as melhores práticas e estratégias para garantir ambientes de aprendizagem promotores de competências de qualidade na área da enfermagem (ANEXO 7);
- “Webinar – Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência”, realizado a 22 de outubro, promovido pela Ordem dos Enfermeiros, com a duração de 2horas através da Plataforma digital “Cisco Webex Events”. Este webinar permitiu a reflexão sobre a aplicação da evidência científica nos cuidados de saúde, enfatizando o papel ativo dos enfermeiros (ANEXO 8);
- III Convenção Internacional dos Enfermeiros “*Tempo de Respostas*”, nos dias 21, 22 e 23 de novembro, em Fátima, com a duração de 12horas. Este evento proporcionou uma oportunidade única de reunião dos enfermeiros, onde se discutiram respostas eficazes aos desafios emergentes da saúde global. O evento facilitou a troca de experiências e práticas inovadoras, além de fomentar o debate sobre estratégias para melhorar os cuidados de saúde em contextos diversos e em constante mudança. Esta convenção permitiu assim atualizar conhecimentos e adquirir novas perspetivas sobre a prática de enfermagem (ANEXO 9);
- Participação no *Workshop* “As perdas na Família: intervenção em saúde familiar” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu no dia 30 de janeiro 2025, em formato híbrido (ANEXO 10);
- Participação no *Workshop* “Emoções na Gravidez” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu no dia 30 de janeiro 2025, em formato híbrido (ANEXO 11);
- Participação no *Workshop* “*Mindfulness* na parentalidade” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, organizado

pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu no dia 30 de janeiro 2025, em formato híbrido (ANEXO 12);

- Participação no *Workshop* “Interpretação do Desenho Infantil” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu no dia 30 de janeiro 2025, em formato híbrido (ANEXO 13);
- Participação no International Congresso Family Health (ICFH'25), nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em regime misto (ANEXO 14).

CAPÍTULO II – ATIVIDADE NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo objetiva apresentar as atividades de investigação desenvolvidas durante este percurso acadêmico. Para Fortin (2009) a investigação científica é um processo sistemático que objetiva respostas para questões que merecem ser investigadas. Tem como características o rigor e a sistematização levando à aquisição de novos conhecimentos. A autora refere ainda que a investigação é essencial na produção de uma base científica que guie a prática e assegure a credibilidade de uma profissão. No âmbito das ciências de enfermagem, a mesma autora, refere que o objeto de investigação se centra no estudo de fenómenos que possibilitam aumentar o conhecimento e um aperfeiçoamento contínuo da disciplina.

Faz parte das competências comuns do EE, a incorporação da investigação científica na sua prática, garantindo assim um cuidado baseado na evidência e orientado para a excelência (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). São competências do EEECASF “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, incorporando a pesquisa e as evidências na implementação das intervenções em enfermagem familiar; e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, assumindo assim um papel ativo na formação contínua, na prática clínica qualificada e na investigação em enfermagem familiar (Regulamento nº 428/2018 de 16 julho, 2018).

O presente capítulo pretende assim descrever o desenvolvimento de um estudo sobre as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes. A fundamentação e o enquadramento do problema constituem o ponto de partida para toda a atividade de investigação, seguida da elaboração do plano metodológico, o qual permitiu responder à questão de investigação. Posteriormente, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos no âmbito do presente estudo e contemplam-se ainda outras atividades desenvolvidas no âmbito da investigação.

1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

A observação diária das famílias que frequentam a UCSP, concomitantemente com a análise do ficheiro da EOC, durante o primeiro estágio, foram reveladoras de um conjunto significativo de informações sobre as famílias a quem se prestam cuidados nesta unidade. Como descrito, no primeiro capítulo, considerando as famílias pelas quais a EOC é responsável, verificou-se a existência de 137 famílias com adolescentes (considerando não apenas o filho mais velho, de acordo com a classificação de Duvall, mas as famílias com filhos entre os 10 e os 19 anos de idade), aumentando, este número substancialmente, quando se consideram todas as

famílias com adolescentes abrangidas por esta unidade.

Durante os estágios, observei que, apesar de existirem famílias com adolescentes, em número significativo, no ficheiro da EOC, e de estas frequentarem regularmente a unidade, a maioria não recorre às consultas de enfermagem para a vigilância de saúde desta faixa etária. Esta constatação despertou a minha curiosidade e levou-me a abordar a EOC sobre o assunto. No diálogo estabelecido, confirmou-se que esta realidade é reconhecida pelos profissionais, uma vez que os números das consultas relativas a esta faixa etária, são significativamente baixos. A equipa manifestou, ainda, dificuldades na abordagem a estas famílias, apontando este fator como uma das possíveis razões para a fraca adesão das mesmas.

O Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) evidencia que os adolescentes realizam menos consultas de vigilância do que as outras faixas etárias. Um dos dados apresentados é que apenas 49,8% das crianças e jovens entre os 11 e os 14 anos foram avaliados em consultas de rotina para parâmetros como peso e altura, o que representa uma diminuição significativa em relação a grupos etários mais novos (ACSS, 2021).

Silva et al. (2020) identificam várias dificuldades na realização de cuidados aos adolescentes nos CSP, como a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, a fraca adesão dos adolescentes às ações planeadas pelos enfermeiros, e a falta de recursos financeiros e estruturais, fatores que comprometem a criação de vínculos e a promoção da saúde nesta faixa etária.

Castro (2023) reforça estas limitações, apontando obstáculos como a dificuldade em envolver a família nas consultas, falhas nos registos, escassez de profissionais e carência de recursos materiais.

Esta inquietação, partilhada pelos enfermeiros e corroborada pela literatura, evidenciou a necessidade de conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes. Com base nestas considerações, reconheci tratar-se de um problema de investigação, que merece ser aprofundado para proporcionar uma prática de cuidados mais informada e adequada às necessidades específicas desta população. A obtenção deste conhecimento constitui um primeiro passo para a reflexão sobre a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros de família.

De acordo com Fortin (2009), um problema de investigação corresponde a uma situação percebida como problemática e geradora de inquietação, sendo necessário investigar para aumentar o conhecimento sobre a situação em questão. A autora enfatiza ainda que o problema deve levar a uma investigação que ajude a entender melhor a situação e que contribua para o conhecimento científico.

No caso das famílias com adolescentes, estas inquietações assumem particular destaque, uma vez que esta etapa do ciclo vital é frequentemente acompanhada por mudanças significativas e desafios que exigem constantes adaptações. Torna-se, assim, essencial conhecer as transições que ocorrem ao longo do desenvolvimento familiar.

Embora os modelos de desenvolvimento familiar variem quanto ao número de etapas e à sequência de transições (Gauthier & Widmer, 2013), todos concordam que o desenvolvimento familiar é marcado por tarefas desenvolvimentais e crises normativas que exigem ajustes. Modelos como os de Duvall (1977), McGoldrick e Carter (1995), Relvas (1996) e Rebelo (2011) defendem que, em cada fase do ciclo, a família mobiliza recursos internos e estratégias próprias para lidar com os desafios impostos pelas transições (Figueiredo, 2023).

Relvas (2006) identifica a etapa da "família com filhos adolescentes" como a quarta do ciclo vital familiar e abrange desde a saída do filho mais velho do ensino primário até ao início dos estudos superiores, incluindo o período da adolescência (Figueiredo, 2012; 2023). A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta (WHO, 2022), sendo um dos períodos mais desafiadores da vida.

Até à adolescência, a criança depende integralmente da família, mas a partir dessa fase, a família adapta a sua dinâmica interna à crescente necessidade de independência do adolescente, exigindo uma adaptação de todos os membros (Wagner et al., 2011). A adolescência afeta significativamente o ciclo vital familiar, criando instabilidade e exigindo novos ajustes para manter as relações e a saúde mental dos membros (Cruz, 2007).

Conforme refere Alarcão (2006), a fase do ciclo de vida familiar em questão é marcada por profundas transformações, sendo um período que exige um constante equilíbrio entre as necessidades do sistema familiar e as aspirações individuais dos seus membros. Nesta fase, é essencial alcançar um equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade, ajustando regras e transformando a comunicação. O objetivo é que o adolescente se torne independente, enquanto os pais redirecionam a sua energia para a vida conjugal e a carreira profissional. Simultaneamente, a família deve abrir-se ao exterior, garantindo harmonia entre as exigências do sistema familiar e as necessidades individuais (Alarcão, 2006). Para manter a coesão e apoiar o adolescente durante este período, a família deve adaptar-se a esta nova fase, equilibrando permissividade, compreensão e afeto com a autoridade (Relvas, 2006).

Segundo Meleis (2010), as transições são momentos críticos ao longo do ciclo de vida, que envolvem mudanças significativas nos domínios biológico, psicológico e social. Embora envolvam períodos de vulnerabilidade, também criam oportunidades para realizar intervenções de enfermagem que podem tornar esse processo mais saudável. A adolescência, em particular, é uma fase de transição importante, marcada pela procura de

identidade, maior independência e reorganização das relações familiares, o que a torna um período de grande vulnerabilidade, mas também de grande potencial para intervenções que favoreçam o desenvolvimento saudável.

Delgado-Martins (2017) destaca o papel crucial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na promoção do bem-estar das famílias, particularmente no contexto da parentalidade. Segundo a autora, este enfermeiro ocupa uma posição estratégica nos cuidados de saúde, permitindo uma abordagem mais abrangente, especializada e integrada no apoio às necessidades físicas, emocionais e sociais das famílias.

A transição vivida pelos adolescentes deve ser vista como um processo adaptativo, positivo e transformador, proporcionando estabilidade e oportunidades de crescimento (Schumacher & Meleis, 2010). Dada a importância da família para o adolescente, é necessário desenvolver estratégias que priorizem a família como centro do cuidado à saúde do adolescente (Carvalho et al., 2011). Os profissionais de saúde devem observar as dinâmicas familiares e como a família e o adolescente enfrentam essa fase da vida (Cruz, 2007).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) constitui uma ferramenta fundamental nas equipas de CSP, no que diz respeito à vigilância dos adolescentes. O PNSIJ sugere a realização de uma consulta aos 10 anos, outra entre os 12 e os 13 anos e uma última entre os 15 e os 18 anos (DGS, 2013b), no entanto não preconiza uma consulta orientada para a família nem para a avaliação da dinâmica familiar.

A intervenção de enfermagem na família não se limita aos indivíduos que a compõem, devendo incluir também uma abordagem ao grupo como um todo, as suas relações internas e interações com o exterior (família extensa, amigos, sociedade) (Figueiredo, 2012). Nesse contexto, o EEECASF desempenha um papel significativo na capacitação da família para novos papéis e no desenvolvimento de novas competências para a família com filhos adolescentes.

Um estudo de Sehnem et al. (2019) destaca a consulta de enfermagem como fundamental no desenvolvimento de uma prestação de cuidados integral ao adolescente, bem como a articulação entre os cuidados de saúde primários, a escola e a família, refletindo o papel fulcral que este enfermeiro desempenha.

O enfermeiro, devido ao seu contacto de proximidade e, especialmente à sua função como educador, pode atrair as famílias com adolescentes para o acompanhamento da sua saúde (Bittencourt et al., 2023).

A realização da consulta de enfermagem, como atividade do enfermeiro, requer regulamentação, sistematização e objetivos previamente definidos, com o intuito de corresponder às exigências da prestação de cuidados. Trata-se de uma prática complexa, que

exige competências profissionais específicas e deve ser contemplada na formação do enfermeiro (Andrade et al., 2018).

Silva & Figueiredo (2016), ao analisarem as percepções dos enfermeiros sobre a consulta de enfermagem, referem que estes a destacam como diferenciadora na sua formação, conferindo-lhes competência para desenvolverem intervenções de educação para a saúde, sendo a mesma um espaço adequado para o desenvolvimento dessas atividades.

Os enfermeiros procuraram sempre evidenciar a sua importância ao tornarem visíveis as suas atividades, registando os cuidados realizados e responsabilizando-se pelas suas práticas. No entanto, enfrentam desafios significativos na estruturação e realização da consulta de enfermagem (Castro, 2023).

A sociedade encontra dificuldades em reconhecer a consulta de enfermagem como uma abordagem distinta e crucial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Portanto, é imprescindível que os enfermeiros criem estratégias que aumentem o reconhecimento e a valorização desta consulta (Castro, 2023).

Embora os profissionais de saúde reconheçam os benefícios de uma abordagem sistémica e holística da família como unidade de cuidados, frequentemente cuidam um dos membros da família de forma isolada. Segundo Neves (2021), essa prática pode ser explicada por diversos fatores, tais como a ausência de estudos apropriados na área, a limitada divulgação de oportunidades de formação e a falta de evidências claras que comprovem os benefícios em saúde resultantes dessa abordagem.

Magnago & Pierantoni (2015), referem que existem dificuldades na identificação das fragilidades do processo formativo dos enfermeiros e na implementação de mudanças no ensino que contribuam para a que a formação profissional tenha em consideração as características deste grupo populacional, criando assim limitações aos enfermeiros aquando da prestação de cuidados às famílias com adolescentes.

Os EEECASF devem assim compreender e analisar as interações, a estrutura e a dinâmica familiar, visto serem fatores influenciadores da saúde dos membros da família (Figueiredo, 2012; 2023).

Ferreira et al. (2021) afirmam que os enfermeiros de família possuem um papel fundamental na acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde, particularmente aos cuidados de enfermagem. Deste modo é fundamental que possuam uma prática especializada que responda às necessidades das famílias enquanto unidade de cuidado, nas várias transições que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Um estudo realizado por Silva et al. (2018) destaca que, ao envolver as famílias no processo

de cuidado e capacitá-las na gestão da saúde, os enfermeiros podem promover mudanças positivas nos comportamentos de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Além disso, a pesquisa de Santos et al. (2016) enfatiza que a intervenção do enfermeiro de família, ao focar na capacitação das famílias, contribui para a melhoria das interações familiares e promove comportamentos mais saudáveis e participativos, resultando em ganhos em saúde.

A forma como os enfermeiros percebem as mudanças no funcionamento das famílias, pode influenciar as suas decisões clínicas durante o processo de avaliação e intervenção familiar. Dessa forma, as percepções dos enfermeiros orientam as suas ações, conduzindo à adoção de práticas que promovem a apropriação e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem (Ferreira et. al, 2021).

Torna-se, portanto, essencial conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família, na prática clínica, relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes.

Considerando a problemática em estudo definiu-se a seguinte questão de investigação: “Quais as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes?”

O ponto seguinte descreve os procedimentos metodológicos adotados neste estudo, com o objetivo de responder à questão formulada.

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia de investigação consiste num conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos que orientam e organizam as práticas da investigação com vista à obtenção de conhecimento científico (Pocinho, 2012). Freixo (2018) acrescenta ainda que os procedimentos metodológicos incluem todos os elementos que ajudam a conferir à investigação um caminho ou direção. Assim sendo, apresentar-se-á uma descrição detalhada da forma como foi concretizada a atividade de investigação, abrangendo os objetivos do estudo, o tipo de estudo, os procedimentos de colheita de dados, os participantes do estudo, as considerações éticas, o processo de análise dos resultados, bem como a apresentação e discussão dos mesmos.

2.1 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Segundo Freixo (2018), o objetivo de um estudo define o que o investigador pretende realizar ao longo da investigação, incorporando implicitamente as variáveis principais, a população

alvo e a direção que a investigação deverá seguir.

Assim sendo, de forma a dar resposta à questão de investigação, anteriormente explicitada foi definido como objetivo:

- Conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes.

2.2 – TIPO DE ESTUDO

Considerando os objetivos do estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa de natureza qualitativa com abordagem descritiva. Esta escolha fundamenta-se na literatura existente sobre metodologia qualitativa. Vilelas (2022) refere que a investigação qualitativa tem como foco a forma como as pessoas interpretam e atribuem significado àquilo que experienciam no mundo em que vivem, permitindo um conhecimento aprofundado da sociedade. Utiliza métodos descritivos, permitindo explorar comportamentos, perspetivas e experiências, focando a subjetividade humana na construção do sentido da realidade. De acordo com Pocinho (2012), a metodologia qualitativa é um processo investigativo que relata as perspetivas detalhadas dos informantes e é conduzido num ambiente natural. Freixo (2018) considera ainda que, o objetivo deste tipo de investigação, utilizada para o desenvolvimento do conhecimento, mais do que avaliar, serve para descrever ou interpretar. Vilelas (2022) refere que os estudo descritivos objetivam conhecer as características de uma determinada população ou estabelecer relações entre fatores, permitindo aumentar os conhecimentos sobre um problema. São considerados “fotografias” da realidade, visto que oferecem uma visão detalhada, e, por conseguinte, mais completa, da situação em análise.

2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Freixo (2018), o processo de colheita de dados realiza-se de acordo com um plano previamente estabelecido, consistindo na obtenção sistemática de informações junto dos participantes do estudo. Objetiva obter, junto de múltiplas fontes, informações, que permitem passar de um nível de conhecimento para outro nível.

Nesta etapa, o investigador seleciona os métodos de colheita de dados a utilizar, considerando a diversidade existente para a obtenção sistemática de informações junto dos participantes. A entrevista é um exemplo desse processo, sendo um meio fundamental na investigação qualitativa (Vilelas, 2022).

Concretamente, neste estudo, utilizou-se uma entrevista aberta (APÊNDICE 1), elaborada a partir de um guião orientador, desenvolvido com base no objetivo previamente definidos para

a investigação. De acordo com Vilelas (2022), a entrevista, do ponto de vista metodológico, constitui uma forma específica de interação social, cujo objetivo é a colheita de dados para uma investigação, e por isso mesmo, é muito utilizada em estudos qualitativos.

O guião orientador foi composto por duas partes distintas: a primeira dirigida à colheita de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, enquanto a segunda consistiu em três questões abertas direcionadas ao tema em estudo, tendo como finalidade conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes, durante a prestação de cuidados a estas famílias.

As entrevistas, tal como previsto anteriormente, foram realizadas no local mais conveniente a cada participante do estudo, com variação em termos de tempo de entrevista, entre os 30 e os 35 minutos. Relativamente ao horizonte temporal das mesmas, foram realizadas entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025.

2.4 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram enfermeiros que exercem funções como enfermeiros de família (EF), nos CSP da ULS onde decorreram os estágios. Os critérios de exclusão consideraram enfermeiros que não aceitaram participar no estudo e que não exercem funções em CSP como EF.

A amostragem adotada foi de natureza não probabilística, por conveniência. Vilelas (2022) refere que uma amostra não é mais do que uma parte de um todo a que se chama população. Existem diferentes tipos de amostras, sendo que nas não probabilísticas os vários elementos de uma população não têm todos a mesma probabilidade de fazer parte da amostra. Refere ainda que numa amostra por conveniência, os participantes obtêm-se sem nenhum plano preconcebido, sendo resultado de circunstâncias fortuitas.

Após a seleção dos enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, procedeu-se à recolha de dados utilizando a técnica de amostragem em bola de neve. Esta técnica, de natureza não probabilística, é frequentemente utilizada em investigação qualitativa nas ciências sociais. De acordo com Fortin (2009), a amostragem em bola de neve caracteriza-se por um processo de recrutamento em cadeia, em que os participantes iniciais recomendam novos participantes que preencham os critérios de inclusão, ampliando progressivamente a amostra. Assim, neste estudo, após a realização da primeira entrevista, o participante indicou um novo profissional, que por sua vez sugeriu outro, e assim sucessivamente, até se alcançar o número necessário de entrevistas.

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo, conforme a

abordagem proposta por Bardin (2016; 2018), sem recurso à quantificação das unidades de registo. O número total de participantes foi determinado com base no critério de saturação teórica dos dados, tendo-se alcançado este ponto após a realização de 18 entrevistas, momento em que a continuidade da recolha já não fornecia novas informações relevantes ao objeto de estudo.

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Pocinho (2012) afirma que as considerações éticas estão sempre associadas a valores filosóficos como o bem, a liberdade, a justiça, a solidariedade e o prazer, devendo estar sempre presentes nas diferentes fases de investigação. Ressalva que embora não haja uma regra geral para aquele que deve ser o comportamento ético em investigação, há um conjunto de condutas éticas que devem ser consideradas.

Para a condução do presente estudo, foram rigorosamente asseguradas todas as questões éticas. Inicialmente, foi solicitado um parecer à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) (ANEXO 15). Após a obtenção de parecer favorável, foi submetido um pedido adicional à Coordenadora da UCSP (ANEXO 16), à Comissão de Ética da ULS (ANEXO 17) e EOC (ANEXO 18) onde decorreram os estágios. Todos os pareceres obtidos foram igualmente favoráveis.

Os participantes do estudo foram devidamente informados sobre a natureza, os objetivos e a duração da investigação, sendo-lhes garantido o direito de interromper a sua participação a qualquer momento, considerando-se assim voluntária. O consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes foi obtido e encontra-se documentado no APÊNDICE 2.

Garantiu-se total anonimato e confidencialidade do estudo, objetivando proteger a identidade dos participantes, sendo que os dados recolhidos apenas foram utilizados para fins académicos e identificados com um código alfanumérico, assegurando assim a anonimização e a proteção dos dados. A acessibilidade aos mesmos (entrevistas e respetiva transcrição) foi protegida com uma palavra-passe de acesso único à investigadora.

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, com as disposições do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) n.º 2016/679, de 27 de abril (2016), garantindo a confidencialidade e a segurança das informações dos participantes. Após a análise dos dados, os mesmos foram completamente destruídos, garantindo a proteção e confidencialidade das informações recolhidas.

2.6 – PROCESSO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

As entrevistas, correspondentes aos 18 participantes do estudo, obtidas com recurso a gravador áudio, foram integralmente transcritas, após audição repetida. Para realizar a transcrição das entrevistas utilizou-se a ferramenta do programa informático *Word Ditar®*, da *Microsoft Office®*.

Como garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, não permitindo a identificação dos participantes do estudo, as entrevistas transcritas foram codificadas de forma sistemática, seguindo a ordem em que foram realizadas. Cada entrevista foi identificada com a letra 'E', seguida de um número sequencial de 1 a 18, em que 'E' representa 'entrevista' e o número atribuído corresponde ao participante e à ordem de realização da entrevista.

Para a análise do conteúdo das entrevistas, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, (2016; 2018) técnica mais comumente utilizada, fundamentando-se na sua ampla utilização nas ciências humanas e sociais (Vilelas, 2022). O *corpus* textual, composto pelo discurso direto dos participantes, obtido por meio das entrevistas, foi analisado segundo essa metodologia.

Bardin (2016; 2018) preconiza que o processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, promovido pela Análise de Conteúdo, organiza-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Importa salientar que as três fases preconizadas por Bardin (2016) têm características e finalidades próprias, ainda que se conectem e se complementem, criando uma relação de coerência e interdependência entre elas. Cada fase é formada por etapas específicas, que sustentam o seu desenvolvimento e mantêm a continuidade do processo de análise. Detalhar-se-ão, em seguida, as fases investigativas propostas por Bardin (2016).

A primeira fase é a pré-análise, que corresponde à etapa de preparação do material, na qual o investigador organiza as suas primeiras impressões e sistematiza as suas ideias iniciais. O objetivo desta etapa é permitir que o investigador avalie a relevância e a adequação dos documentos disponíveis, distinguindo os que efetivamente contribuem para a pesquisa daqueles que têm pouca utilidade (Bardin, 2016).

Diante do exposto, a fase de pré-análise, conforme Bardin (2016), organiza-se em quatro momentos fundamentais: leitura flutuante, caracterizada pela etapa inicial de contacto livre com o material, em que o investigador se deixa guiar pelas impressões iniciais, permitindo-se ser absorvido pelo conteúdo; a seleção do *corpus* que, após o primeiro contacto, reside na escolha dos documentos que farão parte efetivamente do *corpus* da análise, devendo respeitar quatro critérios essenciais: exaustividade (considerar todo material relevante), representatividade (os documentos selecionados têm que refletir o universo estudado),

homogeneidade (assegurar que os materiais estão alinhados tematicamente e seguem critérios comuns de inclusão e exclusão) e pertinência (verificar se os documentos respondem ao objeto da pesquisa); a definição ou ajuste de hipóteses e objetivos na qual, com base nos dados iniciais, o investigador pode elaborar ou reformular hipóteses e objetivos, os quais serão postos à prova nas etapas subsequentes da análise; e construção de indicadores preliminares, identificando-se, neste ponto, os elementos mais recorrentes ou significativos nos materiais analisados. Esses indicadores orientarão a próxima fase – a exploração do material – delimitando as categorias ou unidades de análise (Bardin, 2016).

A fase de exploração do material tem início com o processo de codificação, que consiste em transformar os dados brutos — como textos, imagens ou áudios — em unidades significativas de análise. Essas unidades podem ser palavras, expressões ou trechos que apresentem relevância para os objetivos da pesquisa. A codificação implica atribuir códigos a esses dados, representando ideias, conceitos ou temas relevantes, podendo ser aberta, quando o investigador não parte de categorias previamente definidas, permitindo que os dados revelem temas emergentes, e fechada, quando utiliza categorias previamente estabelecidas para verificar a presença ou frequência de determinados conteúdos (Bardin, 2016). Após a codificação, procede-se à categorização, defendida por Bardin (2016, p. 147) “como uma operação que classifica os elementos analisados por meio da diferenciação e posterior agrupamento segundo critérios de semelhança”. Devem obedecer aos critérios de exclusão mútua: cada elemento só pode ser classificado numa única categoria; homogeneidade: as categorias devem manter coerência, seguindo um mesmo critério de organização; pertinência: as categorias têm de ser adequadas ao material analisado e alinhadas ao referencial teórico adotado; e objetividade e fidelidade: diferentes análises devem produzir os mesmos resultados quando aplicadas à mesma grelha categorial, garantindo a consistência do processo (Bardin, 2016).

Na fase final da Análise de Conteúdo, o investigador realiza o tratamento dos resultados e a interpretação, atribuindo sentido às informações extraídas do material analisado, articulando-as com os objetivos da pesquisa e com o referencial teórico adotado. A interpretação, segundo Bardin (2016, p. 165), “baseia-se na inferência, entendida como um processo que deve considerar os elementos centrais da comunicação: a mensagem (o seu conteúdo e forma de codificação), o canal utilizado, bem como os papéis do emissor e do recetor”. Desta forma, interpretar é ir além da descrição, é produzir significados, compreendendo as manifestações presentes no material e estabelecendo conexões entre o que foi encontrado e os fundamentos teóricos que sustentam a análise (Bardin, 2016).

Tendo em consideração o que acima foi descrito, Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), procedeu-se à organização dos dados das entrevistas realizadas. Na fase de pré-

análise, efetuou-se uma leitura flutuante do conteúdo das mesmas, destacando os aspetos mais relevantes e organizando o corpus da investigação em consonância com o objetivo do estudo.

Durante a fase de exploração do material, os dados foram codificados e agrupados segundo semelhanças e significados subjacentes. Neste processo, emergiram *a posteriori* categorias que deram resposta ao objetivo, permitindo identificar padrões, percepções e experiências comuns.

Objetivando assegurar maior rigor metodológico e fidelidade na análise, recorreu-se à participação de dois juízes com experiência em pesquisas qualitativas e conhecimento sobre o tema e os objetivos deste estudo. Seguindo as recomendações de Bardin (2016), os juízes desempenham um papel essencial na revisão e validação das categorias de análise. Este procedimento contribuiu significativamente para a consistência e objetividade das interpretações garantindo coerência com a abordagem metodológica adotada. A concordância entre os juízes reforçou a credibilidade dos resultados e assegurou os propósitos da investigação.

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção, apresentam-se e discutem-se, de forma clara e estruturada, os achados obtidos nas entrevistas realizadas com os participantes do estudo. Segundo Freixo (2018), no âmbito das metodologias qualitativas, a análise dos dados consiste na organização sistemática das informações recolhidas, constituindo uma etapa fundamental que antecede a fase de interpretação.

Num primeiro momento, apresentar-se-ão os participantes em estudo através das características sociodemográficas e profissionais, resultado da primeira parte da entrevista. De seguida, analisar-se-ão os dados obtidos nas entrevistas, considerando o objetivo do estudo, destacando as categorias que emergiram. Freixo (2018) refere que os dados obtidos neste tipo de estudos consistem, na maioria dos casos, em pequenas narrativas dispersas. Cabe ao investigador a sua organização, conferindo-lhes sentido e lógica.

Será igualmente desenvolvida uma análise dos resultados emergentes, em diálogo com a literatura existente. Este processo visa promover uma reflexão crítica, não se limitando à descrição dos dados, mas procurará contextualizá-los à luz dos referenciais teóricos, proporcionando um conhecimento aprofundado da problemática investigada.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo teve como participantes 18 enfermeiros, todos eles a exercerem funções em CSP, como enfermeiros de família, e que aceitaram participar no estudo.

A análise dos dados, referentes à primeira parte da entrevista, explanados na tabela 5, que considerava as questões sociodemográficas e profissionais dos participantes revelou que a idade mínima dos participantes é de 39 anos e que a idade máxima é de 64 anos, o que perfaz uma média de idades de 51,2 anos. Dos 18 enfermeiros participantes, 17 são do género feminino, constituindo assim a maior percentagem, com 94,4% da amostra. No que respeita ao grau académico, 1 enfermeiro tem bacharelato, 12 enfermeiros licenciatura e 5 enfermeiros são mestres. Relativamente à categoria profissional nas áreas de especialização quatro enfermeiros possuem especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Pública, um enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar. O facto de apenas dois enfermeiros terem a especialidade em Saúde Familiar faz-nos refletir no longo caminho a percorrer em Portugal no que diz respeito à formação em Saúde Familiar, não cumprindo o Decreto-Lei n.º 73/2017, que estabelece que os enfermeiros que integram as Unidades de Saúde Familiar devem possuir o título de especialista em ESF (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, de 2017)

Afere-se ainda que o enfermeiro com maior tempo de exercício profissional atua há 42 anos, enquanto o com menos tempo de experiência atua há 16 anos. O tempo de exercício profissional, como enfermeiro de família, varia entre os 37 e os 5 anos, perfazendo uma média de 20,7 anos.

Tabela 5

Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos participantes

Entrevistado	Idade	Género	Grau Académico e Categoria Profissional	Tempo Exercício Profissional	Tempo Profissional como EF
E1	58	Feminino	Licenciatura	30	27
E2	47	Masculino	Mestre Sociopsicologia da Saúde	24	5
			Especialista Reabilitação Saúde Familiar		

E3	49	Feminino	Mestre Saúde Comunitária Área Saúde Familiar	28	28
E4	64	Feminino	Mestre Saúde Comunitária Área Saúde Pública	42	27
E5	56	Feminino	Licenciatura	35	19
E6	61	Feminino	Licenciatura	39	37
E7	59	Feminino	Licenciatura	34	27
E8	46	Feminino	Mestre Saúde Comunitária Área Saúde Pública	23	21
E9	45	Feminino	Licenciatura	23	23
E10	52	Feminino	Bacharelato	29	29
E11	64	Feminino	Licenciatura	41	5
E12	39	Feminino	Licenciatura	17	5
E13	40	Feminino	Licenciatura	17	17
E14	39	Feminino	Licenciatura	16	8
E15	58	Feminino	Mestre Saúde Comunitária Área Saúde Pública	37	28
E16	49	Feminino	Licenciatura	28	26
E17	41	Feminino	Especialista Saúde Comunitária Área Saúde Pública	20	14
E18	55	Feminino	Licenciatura	28	27

3.2 – DIFICULDADES SENTIDAS POR ENFERMEIROS DE FAMÍLIA RELATIVAS ÀS CONSULTAS DE ENFERMAGEM A FAMÍLIAS COM ADOLESCENTES

A análise das dificuldades dos enfermeiros baseou-se na avaliação do corpus resultante das entrevistas realizadas, com a finalidade de responder ao objetivo deste estudo: conhecer as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas às consultas de enfermagem a famílias com adolescentes, tendo emergido as seguintes categorias: **Dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias, Dificuldades organizacionais, Dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências e Dificuldades relacionadas com a falta de adesão das famílias às consultas.**

A categoria **Dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias** ressalta das narrativas como uma das dificuldades expressas pelos enfermeiros. A Teoria da Relação Interpessoal de Hildegard Peplau destaca a importância da interação entre o enfermeiro e o utente/família como um processo terapêutico essencial para o cuidado de saúde. De acordo com a teoria a relação interpessoal desenvolve-se em fases progressivas – orientação, identificação, exploração e resolução – sendo a confiança, o respeito e a empatia elementos fundamentais para criar um ambiente seguro que favoreça o desenvolvimento do utente/ famílias. Assim, a qualidade dessa relação interpessoal é determinante para o sucesso do cuidado de enfermagem (Almeida et al., 2005).

A construção da relação de confiança é um processo dinâmico, no qual enfermeiros e clientes atuam como parceiros em constante desenvolvimento. O enfermeiro desempenha um papel central nesse vínculo, sendo ele próprio um instrumento terapêutico no cuidado prestado (Lourenço et al., 2011, citando Sellman, 2007; Honoré, 2004).

As **Dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias** está presente nas seguintes narrativas: *“Um exemplo de uma dificuldade ilustradora de falta de confiança é quando o Adolescente está em consulta e se pergunta se tem hábitos de consumo de drogas, a resposta é sempre, NÃO, pela fraca relação de confiança (...).” E10; “A minha principal dificuldade é conseguir a confiança do adolescente para naquele momento específico da consulta, estabelecer comunicação eficaz.” E10; “Tem a ver com a falta de relação que estas famílias têm comigo enquanto enfermeira de família.” E13.*

A identificação desta dificuldade vai ao encontro do estudo de Cupertino et al. (2023) onde destacam que as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na realização da consulta não se limitam apenas aos aspetos técnicos e práticos, mas também envolvem desafios relacionados à interação. Também o estudo realizado por Viegas et al (2015), aponta que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde incluem, entre outras, as fragilidades no vínculo entre o profissional e o usuário. Por outro lado, Guedes et al. (2024) argumentam que alguns profissionais de saúde têm práticas bastante diferentes daquelas que são as recomendações, acabando por intensificar as dificuldades na construção de relações de confiança entre os profissionais, os adolescentes e as suas famílias.

Ao reconhecerem as **Dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias**, os enfermeiros demonstram que essa relação é um pilar fundamental da sua prática enquanto enfermeiros de família. A identificação dessa dificuldade revela, de forma implícita, que a confiança é indispensável para o acompanhamento eficaz das famílias, pois, sem ela, torna-se inviável oferecer cuidados de qualidade e centrados nas suas reais necessidades. Isto vai ao encontro do que um estudo de Frade et al. (2021) refere, na medida em que, a relação entre o enfermeiro e a família envolve o estabelecimento de uma ligação interpessoal relevante e com valor terapêutico. Lourenço et al. (2011) também referem que a confiança é uma característica fundamental para o desenvolvimento de uma relação, sobretudo considerando a experiência única de cada pessoa e da sua família, especialmente em momentos de vulnerabilidade.

As **Dificuldades organizacionais**, surgem como outra categoria relatada pelos discursos dos enfermeiros participantes no estudo. O conceito de qualidade, destacado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pela OE (2001), envolve não apenas o desempenho individual do enfermeiro, mas também o ambiente no qual ele se insere. O

ambiente da prática de enfermagem refere-se aos aspetos organizacionais do local de trabalho que podem promover ou limitar o desempenho profissional dos enfermeiros (Dorigan et al., 2017).

Na prática dos cuidados, os enfermeiros precisam de focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente. Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, devem garantir a adequação dos recursos e a criação de estruturas favoráveis para o exercício profissional da enfermagem (OE, 2001).

A falta de tais condições adequadas pode resultar em **Dificuldades organizacionais** que são evidentes nas seguintes narrativas: “(...) o tempo limitado das consultas.” E3; “Não faço muita consulta, só quando me solicitam, devido à sobrecarga de trabalho.” E5; “(...) podemos fazer muito mais com mais recursos humanos.” E5; “(...) assim como por vezes não terem horários compatíveis com os serviços de saúde.” E9; “Muitas vezes os serviços de saúde não reúnem as condições necessárias em termos de ambiente, um espaço que garanta total privacidade e confidencialidade para abordar estas questões.” E17.

As dificuldades organizacionais, que os participantes do estudo identificam, vão ao encontro das dificuldades identificadas noutros estudos. De acordo com estudo de Pereira & Rockembach (2022), os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros estão relacionados com a sobrecarga de atividades no seu dia a dia de trabalho, o que resulta na diminuição da qualidade e adequação dos cuidados prestados. Facto que é corroborado com as narrativas dos participantes quando os mesmos se referem à sobrecarga de trabalho que têm, sendo esse o motivo pelo qual não fazem consultas. Já um estudo de Vieira et al. (2023), aponta como desafios significativos os ambientes inadequados e as estruturas físicas precárias existentes, comprometendo a efetividade e a qualidade do atendimento prestado. Figueira et al. (2018) refere que as dificuldades existentes são físicas e materiais, tendo como exemplo a estrutura inadequada, a falta de recursos humanos e materiais, além da sobrecarga de trabalho. Por outro lado, um estudo de Vinagre & Barros (2019) dá ênfase ao facto de os serviços de saúde serem desenhados por adultos e para adultos, indo ao encontro apenas das suas necessidades e não das necessidades dos jovens. Carvalhais et al. (2024), num estudo realizado em três Unidades de Saúde Familiar, identificam a incompatibilidade laboral e de horários como motivos frequentes para a ausência às consultas, sublinhando a importância de ajustar os períodos de atendimento às necessidades dos utentes. Os autores referem ainda que as faltas ocorrem com maior frequência entre as 10h e as 14h, sendo menos comuns entre as 18h e as 20h.

A categoria **Dificuldades organizacionais**, evidencia dificuldades como a escassez de

recursos humanos, a sobrecarga de trabalho, as limitações do espaço físico, a inadequação dos horários às famílias e a limitação de tempo disponível para as consultas. Estas dificuldades limitam a capacidade dos enfermeiros em responder de maneira eficaz às necessidades das famílias, comprometendo também o desempenho da sua função. O reconhecimento dessas dificuldades promove a reflexão por parte dos enfermeiros, permitindo-lhes procurar alternativas para superar as dificuldades e promover um ambiente organizacional que favoreça a qualidade dos cuidados prestados. A prática da enfermagem é diretamente influenciada por diversos fatores ambientais e organizacionais, e, quando esses fatores não são adequadamente estruturados, podem representar dificuldades significativas para a efetividade dos cuidados.

As **Dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências** é outra categoria que emerge da análise das narrativas dos enfermeiros de família. A competência profissional é um dos principais pilares na prática de enfermagem, refletindo a capacidade de o enfermeiro aplicar conhecimentos, habilidades, valores e atitudes de maneira eficaz ao longo do ciclo de vida dos utentes (Oliveira et al., 2015).

Segundo Le Boterf (2003), a competência resulta da interação entre três dimensões: a pessoa, a sua formação académica e a experiência profissional. Para o autor representa uma predisposição para agir de forma adequada face a uma situação concreta, exigindo a capacidade de articular diferentes saberes e ações, destacando a ideia de um “saber combinado” e o carácter contextual da competência.

Benner (2001) descreve a aquisição das competências como um processo dinâmico, com evolução por cinco estádios: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. A evolução depende da aplicação prática dos conhecimentos, da perceção das situações e da transição de observador para executante, com a experiência prática a ser crucial para a formação contínua e a qualidade dos cuidados prestados.

As **Dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências**, que emergiram da análise das entrevistas com os enfermeiros, envolvem diferentes aspetos, que se revelam como obstáculos significativos à eficácia da prática clínica - sobretudo em contextos considerados complexos, como o acompanhamento das famílias com adolescentes. A falta de formação, a escassa prática profissional e as dificuldades de comunicação estão na base desta dificuldade, influenciando diretamente a capacidade dos enfermeiros de prestar cuidados de forma eficaz.

Nas narrativas a falta de formação foi uma preocupação recorrente entre os enfermeiros, conforme evidenciam os seguintes excertos: *“O nosso percurso académico também não aborda muito estas questões nesta fase, acabamos por fazer um atendimento a estas famílias*

incompleto.... Falta-nos formação, falta atualizarmos conhecimentos sobre isto.” E1; “(...) o que considero é que seria necessário mais preparação e formação em termos pessoal, académico e profissional por parte dos enfermeiros (...).” E17. “Uma vez que não expressam o que realmente necessitam, muitas vezes também não sei por onde questionar para ajudar. No meu caso, enquanto enfermeira, sinto que não estou totalmente preparada para lidar com estas dificuldades (...).” E12. Estes excertos evidenciam uma lacuna na formação, sendo corroborados pela literatura.

Silva (2016) reforça que a formação académica e profissional dos enfermeiros é crucial para moldar as suas atitudes em relação à família. Os enfermeiros com atitudes de mais apoio face à família são aqueles que possuem maior qualificação académica e profissional, como os mestres e especialistas na área de enfermagem de saúde familiar. No presente estudo, apenas seis enfermeiros são especialistas, e apenas dois possuem formação específica em enfermagem de saúde familiar. Esta lacuna na formação específica pode influenciar a forma como os enfermeiros cuidam as famílias.

Neste contexto, a formação especializada em enfermagem de saúde familiar é essencial para que os enfermeiros possam lidar de forma eficaz com a complexidade da prática que a abordagem às famílias exige. Isso requer uma articulação constante entre a teoria e a prática, como defendem Carteiro & Nené. (2015). De acordo com Lima et al. (2023), a falta de preparação e qualificação é um desafio significativo na realização da consulta. Enfermeiros que não possuam o conhecimento necessário podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, não realizando a consulta de forma sustentada.

Os excertos das entrevistas evidenciam a preocupação dos enfermeiros com a falta de formação, o que é corroborado pelos estudos de Silva (2016), Carteiro & Nené (2015) e Lima et al. (2023). Estes estudos destacam a importância da formação contínua, tanto teórica como prática, para o desenvolvimento de competências essenciais à prática clínica.

A falta de prática profissional emerge como uma das dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências. De acordo com Benner (2001), essa falta de prática contínua constitui um obstáculo para a evolução das competências dos enfermeiros. Nos estádios "iniciado avançado", os enfermeiros aplicam o conhecimento em situações reais, mas ainda enfrentam dificuldades em reconhecer todos os aspetos de uma situação e estabelecer prioridades. A falta de prática reflexiva contínua impede a consolidação das habilidades necessárias para tomar decisões rápidas e eficazes, limitando a capacidade do enfermeiro de atuar de forma competente e de se adaptar a novos desafios.

Estas dificuldades expressam-se nas seguintes narrativas: *“Acabo por ter dificuldade... se fizesse mais consulta a verdade é que tinha mais experiência e talvez tivesse mais à vontade*

(...)." E4; "(...) acabo por fazer pouca consulta e isso também me vai limitando." E14.

Silva (2016) observa que o tempo de experiência profissional influencia diretamente as atitudes dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros com mais anos de prática possuem atitudes de maior suporte às famílias. No entanto, neste estudo apesar de alguns enfermeiros possuírem muitos anos de experiência, a falta de experiência específica nestas consultas pode comprometer a eficácia do atendimento prestado. O estudo de Silva et al. (2020) também corrobora essa ideia, apontando a falta de experiência com a população adolescente como um dos principais desafios que precisa de ser superado.

As dificuldades relacionadas com a comunicação emergem do estudo como um repto significativo, configurando-se como um obstáculo ao desenvolvimento das competências dos enfermeiros. Esse problema é particularmente notório considerando que a adolescência é uma fase com características específicas e complexas com que as famílias se deparam.

Como destaca o estudo de Silva et al. (2020), a falta de capacitação dos profissionais de saúde na realização de consultas com adolescentes é um dos principais obstáculos à eficácia dessa prática. O estudo enfatiza a necessidade urgente de uma preparação mais robusta dos enfermeiros para dar resposta às particularidades dessa fase desenvolvimental, garantindo que as consultas sejam realizadas de forma mais eficaz dando resposta às necessidades dos adolescentes de maneira adequada.

Benner (2001) destaca que essas dificuldades podem afetar a tomada de decisões e o estabelecimento de interações eficazes. À medida que os enfermeiros avançam nos estádios de competência, a sua perceção das situações torna-se mais holística. No estágio "competente", embora os enfermeiros já possuam uma maior capacidade de planear e analisar intervenções, ainda podem ter dificuldades em comunicar de forma clara e eficaz em situações complexas.

Essas dificuldades comunicacionais são evidentes nas seguintes narrativas: *"Apresentam várias dificuldades que podem interferir com a qualidade das mesmas... a meu ver as principais dificuldades são: dificuldade de comunicação (...) É muito difícil fazer uma consulta com dificuldades de comunicação... (...)"*. E3; *"A minha principal dificuldade é estabelecer uma comunicação eficaz"* E10; *"Uma vez que não expressam o que realmente necessitam, muitas vezes também não sei por onde questionar para ajudar"* E12

Campos (2017) destaca que o desenvolvimento de competências comunicacionais é fundamental para os profissionais de saúde, pois possibilita o apoio a indivíduos e comunidades na implementação de mudanças com impacto positivo, resultando em ganhos em saúde.

Um estudo de Guedes et al. (2024) aponta que, embora alguns profissionais de saúde

preferiram realizar as consultas com adolescentes na presença da família, essa abordagem pode intensificar as dificuldades de comunicação. O estudo sugere que a consulta ao adolescente deve ocorrer em dois momentos distintos: um com a família presente e outro de forma exclusiva com o adolescente, a fim de melhorar a comunicação e assegurar que o adolescente se sinta à vontade para compartilhar suas preocupações.

A comunicação desempenha um papel fulcral no trabalho dos enfermeiros, uma vez que permite estabelecer uma conexão emocional, facilitando a prestação de cuidados eficazes. Além disso, quando o adolescente percebe que a comunicação com o profissional de saúde é de qualidade, a sua satisfação relativamente aos cuidados recebidos aumenta, fortalecendo a sua dignidade o que contribui para uma melhor adesão aos cuidados que necessita (Weston et al., 2023).

A análise desta categoria revela que as dificuldades no desenvolvimento de competências, por parte dos enfermeiros, têm um impacto direto na eficácia da consulta. O estudo sugere que estas dificuldades estão associadas à ausência de formação específica e à falta de experiência profissional neste tipo de acompanhamento. Silva (2016) refere que a formação especializada em enfermagem de saúde familiar, aliada a uma prática reflexiva, é determinante para que os enfermeiros assumam a família como unidade de cuidados. Assim, o reduzido número de participantes com formação nesta área poderá contribuir para explicar as fragilidades observadas, nomeadamente no domínio das competências comunicacionais e na capacidade de uma intervenção eficaz com estas famílias.

A categoria **Dificuldades relacionadas com a falta de adesão das famílias às consultas**, foi outra categoria que emergiu da análise das narrativas dos enfermeiros.

O conceito de adesão é definido, pelo *International Council of Nursing*, como a medida em que o comportamento do cliente está alinhado com as recomendações do prestador de cuidados. Os enfermeiros desempenham um papel central nesse processo, promovendo a participação ativa dos clientes, em diversas atividades, como a marcação e o comparecimento às consultas de cuidados de saúde (ICN, 2008b). A assiduidade das famílias é, assim, um elemento central da adesão e constitui um requisito essencial para garantir a continuidade dos cuidados.

A falta de adesão das famílias nas consultas, é evidenciada nas narrativas dos participantes: *“Pouca adesão dos adolescentes e famílias à consulta de enfermagem.” E2; “A maior dificuldade existente é a falta de adesão desta faixa etária que pouco frequenta os cuidados de saúde primários (...).” E9; “Outra dificuldade prende-se com a não adesão à consulta por parte das famílias com adolescentes (...).” E13; “A falta de adesão das famílias faz com que não se realizem as consultas.” E14*, representa um entrave significativo à implementação dos

planos terapêuticos delineados e compromete a eficácia da intervenção, dificultando a promoção do bem-estar e a obtenção de ganhos em saúde.

Esta dificuldade é corroborada por Silva et al (2023) que referem que os jovens e os adolescentes são o grupo de utilizadores que menos frequentam os serviços de saúde. Também Vinagre & Barros (2019), num outro estudo, corroboram esta ideia ao referirem que, em Portugal, se observa uma baixa procura pelos CSP por parte dos adolescentes. Essa utilização reduzida torna a adolescência uma fase de risco, representando uma ameaça significativa à saúde e ao bem-estar dos jovens, uma vez que é um período caracterizado por uma elevada prevalência de comportamentos de risco.

Globalmente os dados obtidos revelam que a dificuldade relacionada com a falta de adesão das famílias às consultas constitui um obstáculo transversal afetando toda a dinâmica da prática dos enfermeiros de família. Esta ausência compromete não só a continuidade dos cuidados e a implementação dos planos terapêuticos, mas também a criação de uma relação de confiança, como evidenciado pelas narrativas: *“A relação que se estabelece é diferente à medida que vêm mais vezes às consultas”* (E10), e *“(…) as famílias que não são frequentadoras, em que não está estabelecida esta relação de ajuda, vêm sempre com muita dificuldade em falar sobre o que as preocupa”* (E13).

A falta de adesão impede, assim, uma aproximação efetiva à família e ao adolescente, dificultando a identificação das suas reais necessidades e comprometendo a prestação de cuidados direcionados e reais. Esta problemática repercute-se ainda no desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros, como evidencia esta narrativa: *“A falta de adesão das famílias faz com que não se realizem as consultas”* (E14), limitando a possibilidade de uma prática continuada e desenvolvimento das competências.

Silva et al. (2020) reforçam esta interligação, embora sublinhem que a ausência de vínculo com os profissionais poderá ser a principal causa da não adesão. Ou seja, estas duas dificuldades — falta de adesão e ausência de relação de confiança — encontram-se numa relação circular, retroalimentando-se e perpetuando a ineficácia do acompanhamento.

Neste quadro, emergem também as Dificuldades organizacionais que dificultam a mobilização das famílias, como a rigidez nos métodos de convocatória, evidenciada pela narrativa: *“(…) as dificuldades que sinto é face às convocatórias via telefónica e envio pelo correio e não comparecem”* (E2). Esta limitação organizacional agrava o afastamento e aponta para a necessidade de rever a abordagem familiar nos CSP.

A perspetiva central desta investigação reforça a responsabilidade dos enfermeiros no desenvolvimento contínuo de competências para garantir cuidados de qualidade às famílias. Esta visão é corroborada por Silva (2016), destacando que, na literatura em enfermagem, o

papel fundamental da família nos cuidados é amplamente reconhecido, sendo que a qualidade desses cuidados depende diretamente das atitudes dos enfermeiros (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2012).

Neste contexto, destaca-se a significativa heterogeneidade na formação dos participantes entrevistados: apenas dois possuem especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, enquanto os restantes baseiam a sua prática em formação generalista ou noutras especialidades. Esta diversidade pode contribuir para a fragmentação das práticas e para a dificuldade em consolidar uma intervenção verdadeiramente centrada na família como unidade de cuidados.

O investimento em formação especializada e na prática reflexiva revela-se, assim, essencial para promover intervenções mais eficazes. Conforme assinala Silva (2016), integrar a família como unidade de cuidados exige formação especializada e prática experiencial. De forma semelhante, Mendes e Santos (2016) sublinham que a abordagem centrada na família deve constituir uma componente essencial da prática nos CSP, sobretudo no acompanhamento de adolescentes.

Considerando o exposto, a análise das entrevistas permitiu identificar quatro categorias de dificuldades enfrentadas por enfermeiros de família relativas às consultas a famílias com adolescentes: dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias, dificuldades organizacionais, dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências e dificuldades relacionadas com a falta de adesão das famílias às consultas. Estas categorias, embora distintas, revelam-se profundamente interligadas, influenciando-se e influenciando mutuamente a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia da intervenção do enfermeiro (Figura 9).

Figura 9

Influência mútua e recíproca das categorias que emergiram do tema Dificuldades Sentidas por Enfermeiros de Família Relativas à Consulta de Enfermagem a Famílias com Adolescentes



Este estudo, ao identificar estas dificuldades, tem assim um papel fundamental ao permitir uma reflexão aprofundada sobre as mesmas, promovendo o seu reconhecimento no contexto da prática diária. Este reconhecimento é essencial, pois permite que se implementem estratégias adequadas para mitigar essas dificuldades, melhorando, assim, a qualidade dos cuidados prestados às famílias com adolescentes. Conclui-se que, para superar as dificuldades identificadas, é necessário não apenas implementar mudanças organizacionais, mas também fortalecer a qualificação dos profissionais. Apenas por meio da valorização da formação contínua, da adoção de uma prática centrada na família e da criação de condições adequadas para as intervenções de enfermagem de família, será possível garantir cuidados de enfermagem eficazes, humanizados e ajustados às reais necessidades das famílias com adolescentes.

4 - OUTRAS ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

Divulgam-se sob este título algumas atividades de investigação que foram realizadas ao longo deste percurso académico, em eventos científicos na Área de Enfermagem de Saúde Familiar:

- Participação com uma comunicação livre com o título *“Impacto da Úlcera de Perna na Família”, no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida: Colocar o dedo na ferida*, que decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024 na Universidade de Aveiro (ANEXO 19). Esta participação evidenciou a grande importância da Saúde Familiar na prevenção e tratamento das feridas, destacando o seu papel essencial no cuidado contínuo e na promoção da saúde das famílias;
- Realização de uma comunicação em poster intitulada *“Queda no Idoso – O Envolvimento da Família”, no V Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade: Reforçar as UCC; “Uma associação em Prol da Comunidade”*, que decorreu nos dias 21 e 22 de março de 2024, promovido pela AUCC (ANEXO 20). Este trabalho teve por base um projeto de melhoria contínua realizado na UC Promoção e Vigilância da Saúde Familiar lecionada no primeiro semestre deste mestrado;
- Participação com um póster com o tema *“Funcionamento Familiar na Transição Desenvolvimental da Adolescência”, no XXII Encontro Nacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários “Novas Políticas, Novos Rumos para os CSP”*, realizado nos dias 11 e 12 de abril de 2024 no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 21). Este foi um trabalho adaptado de um *Journal Club* realizado no âmbito da UC Família como Unidade de Cuidados lecionada no primeiro semestre deste mestrado;
- Realização da comunicação em formato de póster intitulada *“A transição desenvolvimental da adolescência e dinâmica familiar”*, enquadrado no eixo temático Promoção da saúde da família, no âmbito do *XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU*, decorrido a 15 de maio de 2024, em formato on-line, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 22);
- Realização da comunicação em formato de póster intitulada *“Prevenção da Obesidade Infantil: “Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz”*, enquadrado no eixo temático Promoção da saúde da família, no âmbito do *XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU*, decorrido a 15 de maio de 2024, em formato on-line, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 23). Esta participação proporcionou a integração prática dos conhecimentos adquiridos e a troca de experiências e trabalhos entre os estudantes fortaleceu a aprendizagem colaborativa;

- Realização da comunicação em formato de póster intitulada *“Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS”*, enquadrado no eixo temático Promoção da saúde da família, no âmbito do *XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU*, decorrido a 15 de maio de 2024, em formato on-line, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 24);
- Apresentação de uma comunicação em formato e-poster com o título *“Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar”*, no *4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: “Sigamos o caminho dos direitos!”*, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 25). Este foi um trabalho onde se apresentou o projeto de investigação desenvolvido ao longo dos estágios. Foi um encontro extremamente enriquecedor, pelas diversas abordagens realizadas sobre esta temática, permitindo concluir que este é um assunto uma responsabilidade coletiva;
- Participação com uma comunicação oral com o título *“Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos”*, no *II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar*, que decorreu no dia 31 de janeiro de 2025, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém (ANEXO 26);
- Apresentação de uma comunicação em poster intitulada *“Investigação em saúde familiar: desafios e limitações na abordagem às famílias com adolescentes”*, que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto, no *International Congress Family Health (ICFH’25)* (ANEXO 27);
- Participação no *International Congress Family Health (ICFH’25)* com uma comunicação livre (poster) intitulada: *“Intervenções Mágicas para Cuidar: famílias a criar um futuro mais saudável e feliz: boas práticas na prevenção da obesidade”*, que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (ANEXO 28).

CONCLUSÃO

O relatório em questão objetivou colocar em evidência a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo deste mestrado, articulando-os com os estágios realizados. Foram descritas e analisadas as atividades desenvolvidas, tendo por base uma fundamentação teórica e a melhor evidencia científica, o que permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências essenciais como futura EEECASF.

Os estágios foram oportunidades valiosas de mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a componente teórica deste mestrado, desenvolvendo as minhas competências profissionais e interpessoais.

A prática profissional revelou a importância do papel do EEECASF na proximidade com as famílias, possibilitando intervenções mais direcionadas e eficazes. Compreendi o impacto dos cuidados centrados na família, que promovem uma abordagem holística, fortalecem vínculos e são fundamentais na promoção da saúde e prevenção da doença, pilares fundamentais da SF. Este período revelou-se assim essencial na consolidação de uma prática profissional centrada na família.

A experiência em CSP, como EF, constituiu uma vantagem significativa, permitindo-me direcionar os estágios, desde a sua fase inicial, para a aquisição das competências específicas do EEECASF. Ainda assim, revelou-se uma oportunidade enriquecedora para observar e praticar cuidados distintos dos habitualmente praticados na UCSP que integro.

A integração na equipa multidisciplinar representou uma experiência positiva pela facilidade com que ocorreu. O ambiente colaborativo, vivenciado nesta unidade, reforçou a importância da colaboração e da comunicação eficaz na prestação de cuidados holísticos às famílias, proporcionando-me uma compreensão mais aprofundada da dinâmica da equipa, ressaltando a relevância desse fator na obtenção de ganhos em saúde.

O facto de, no contexto clínico, não ser prática usual a utilização de um modelo conceptual estruturado, revelou-se uma dificuldade inicial, sendo posteriormente ultrapassada com o início da utilização do mesmo. Compreender a importância dos ganhos em saúde alcançados quando o enfermeiro utiliza um método organizado, dinâmico e sistematizado, direcionado à família como unidade de cuidados, foi fulcral. Acredito que a minha atuação contribuiu não só para o meu desenvolvimento profissional, mas também para o enriquecimento da equipa com a qual colaborei, evidenciando a relevância de uma abordagem de enfermagem centrada na família.

Apesar dos avanços, há ainda um percurso significativo a percorrer na área da ESF. Nos sistemas de informação, nomeadamente o Sclínico, é imperativo que incorpore, de forma mais abrangente, os modelos de avaliação e intervenção familiar. A incorporação de instrumentos

específicos para a SF também contribuiria para uma maior adequação dos cuidados, ampliando, assim, a visibilidade e reconhecimento da ESF, nomeadamente através de indicadores, e dos ganhos em saúde promovidos por esses profissionais.

No decurso dos estágios, através da observação direta e da consulta do ficheiro da EOC, constatei existir uma discrepância entre o número de famílias com adolescentes existentes e o reduzido número de consultas de enfermagem especificamente nesta faixa etária.

Esta constatação foi corroborada pelos enfermeiros de família, que reconheceram não só a baixa realização destas consultas, como também admitiram enfrentar dificuldades na abordagem às famílias com adolescentes.

Esta realidade constituiu o ponto de partida para a investigação, cuja questão central se consubstanciou em: “Quais as dificuldades sentidas por enfermeiros de família relativas à consulta de enfermagem a famílias com adolescentes?”.

A análise do corpus textual, obtido através das entrevistas realizadas, permitiu identificar um conjunto de dificuldades experienciadas por enfermeiros de família, sistematizadas em quatro categorias principais: dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com as famílias; dificuldades organizacionais; dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências; e dificuldades relacionadas com a baixa adesão das famílias às consultas. Estas categorias apesar de terem sido expressas de forma compartimentada, interagem e influenciam-se mutuamente, podendo assim condicionar a qualidade dos cuidados prestados a estas famílias.

A identificação destas dificuldades constitui um contributo relevante, na medida em que permite uma reflexão crítica sobre a prática atual junto de famílias com adolescentes, possibilitando o desenvolvimento de estratégias concretas. Entre estas, destacam-se a elaboração de guiões estruturados para a consulta de enfermagem familiar e/ou a formação contínua dos profissionais na área da comunicação, especialmente dirigida a esta fase do ciclo vital.

Ao dar voz aos profissionais, tornam-se visíveis lacunas que orientam intervenções mais eficazes, como projetos de capacitação para enfermeiros de família, espaços de partilha de boas práticas, entre outros. Estas iniciativas visam o fortalecimento da relação terapêutica, o aumento da adesão das famílias às consultas e o desenvolvimento de competências específicas centradas na família enquanto unidade de cuidados. Os resultados destes estudos, permitem ainda, orientar projetos de intervenção mais ajustados, promovendo uma abordagem mais eficaz, humanizada e holística.

Deste modo, reforça-se a importância da investigação como instrumento fulcral na transformação e valorização dos cuidados de enfermagem em CSP, com impacto direto na

qualidade dos cuidados prestados e no desenvolvimento saudável das famílias.

Apesar do contributo, este estudo apresenta algumas limitações. Destaca-se o reduzido número de enfermeiros com formação específica em ESF, o que limitou o conhecimento sobre a importância que esta formação pode ter na abordagem às famílias com adolescentes. Também o facto de ser um estudo desenvolvido num contexto específico, os resultados refletem apenas essa realidade.

Em suma, os estágios constituíram uma experiência profundamente enriquecedora e transformadora, engrandecendo os meus horizontes profissionais, consolidando também a minha prática na área da SF, reforçando a relevância dos cuidados centrados na família. Considero ter alcançado, de forma global, os objetivos propostos para esta UC, bem como os propósitos definidos para a elaboração deste relatório. Orientei sempre a minha prática considerando os princípios éticos e legais da profissão de enfermagem, destacando o respeito pelos direitos dos utentes e famílias, bem como o dever de confidencialidade. Estou convicta de que as competências adquiridas terão um impacto positivo na minha prática profissional e na saúde das famílias que acompanho diariamente. Expresso o meu sincero agradecimento a todos os profissionais e famílias que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo deste percurso.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (2021). *Relatório de acesso aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e convencionados*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/12/Relatorio_Acesso_Cuidados_SNS_2021.pdf
- Alarcão, M. (2006). (Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica. (3ª edição) Coimbra, Portugal: Quarteto
- Almeida, Vitória., Lopes, M. & Damasceno, Marta (2005) Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 202-210 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil
- Andrade, F; Vaz, M.; Caldeira, S.; & Deodato, S. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 48-53. 2018. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/5287/9369>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo: Edição revista e atualizada*. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A. & Saveman, B. I. (2008). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes - An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 1 (14), 97-117.
- Bittencourt, F., Reis, G. & Guimarães, J. (2023). Saúde na adolescência: uma abordagem na área da enfermagem. Trabalho conclusão de curso (Bacharelato em enfermagem)
- Campos, C. (2017) A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Doutor Fernando Fonseca*, 15 (1)
- Carta de Compromisso (2021). Plano de Ação 2021 – UCSP Abrantes, ACES Médio Tejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo
- Carteiro, D. & Nené, M. (2015). A importância da formação na área da sexualidade em enfermagem. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16
- Carvalhais, A., Pestana, J. & Santiago, L. (2024). Razões para a falta a consultas médicas em unidades de medicina geral e familiar: um estudo transversal. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 40, 49-56 DOI: 10.32385/rpmgf.v40i1.13741

- Carvalho, J.; Erdmann, A. & Santana, M. (2011). Autonomia do cuidado na perspectiva de viver saudável do adolescente. *Revista de Enfermagem Referência: III* (4), 17–25. <https://doi.org/10.12707/RII1038>
- Castro, P. (2023) Perceção do Enfermeiro de Família na Promoção da Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar. (Relatório Final de Estágio, Politécnico de Leiria)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Prevalence and incidence: What's the difference? Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/incidence.htm>
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H. & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - um estudo de caso. *Revista Egítania Scientia* 1(28). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/355766165>
- Crocetti, E., Albarello, F., Meeus, W., & Rubini, M. (2023). Identity matters for well-being: The longitudinal associations between identity processes and well-being in adolescents with different cultural backgrounds. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01901-8>
- Cruz, T. (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolesc Saude*, 4(3), 45–50. http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=100
- Cupertino, G., Vilasso, T. & Brandão, E. (2023). A importância da assistência do enfermeiro no crescimento e desenvolvimento infantil na atenção primária. *Adson, Enfermagem* 27 (18)
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República n.º 118/2007 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Delgado-Martins, E. (2017). Intervenção Terapêutica Na Transformação construtiva de conflitos parentais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 221–234. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2488/pdf>
- Deodato, S. (2015). Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). Indicadores e Metas em Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*
- Direção Geral da Saúde (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Em Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Dorigan, G. & Guirardello, E. (2017) Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 30(1):129-35 Recuperado de

http://dx.doi.org/10.1590/1982_0194201700021

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). Guia Orientador: Estágio com Relatório. Coimbra, Portugal: ESEnfC.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar: Guia Orientador. Coimbra, Portugal: ESEnfC.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M.J., Paiva, M., & Figueiredo M.H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. doi.org/10.37914/riis.v3i2.84. Recuperado de: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

Ferreira, M., Figueiredo, M., Guedes, V., Marques, A., Lopes, A., Moreira, A., Santos, M., Lopes, M., Gomes, T. & Peixoto, M. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem* 25 (2)

Figueira, A., Barlem, E., Amestoy, S., Silveira, R., Barlem, J. & Ramos, A. (2018) Advocacia em saúde por enfermeiros na estratégia saúde da família: barreiras e facilitadores. *Revista Bras. Enferm* 71 (1), 57-64 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência

Figueiredo, M. (2020). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência

Figueiredo, M. (2023) Enfermagem de Saúde Familiar. Editora Lidel

Figueiredo, M. H., Martins, M. M., Silva, L. W. & Oliveira, P. C. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22. Recuperado <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483/4700>

Figueiredo, M., & Lima, S. (2020). Gestão da Qualidade em Enfermagem: O Envolvimento dos Profissionais de Saúde

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidata

Frade, J., Henriques, C. & Frade, M. (2021) A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de*

- Freixo, J. (2018) Fundamentos, Métodos e Técnicas - 5ª Edição. Edições Piaget
- Friedman, M. (1998). Family nursing: Research, theory and practice. Stamford: Appleton&Lange
- Friedman, M. (1998). Family nursing: Research, theory and practice. Stamford: Appleton&Lange.
- Gaio, E. (2023) a relação terapêutica de enfermeiro e cliente ou família nos cuidados de enfermagem num serviço de cirurgia, Hospital Nacional Guido Valadares Dili Timor-Leste. *AJMCRR*, 2(12): 1-10.
- Gauthier (2013). Conceiving a first child: fathers' perceptions of contributing elements to their decision. *Journal Reprod Infant Psychol*, 31(1), 274- 284.
- Gauthier, J. &Widmer, E. (2013). Cohabital trajectories and the family life cycle. Em R. 75 Levy & E. D. Widmer (Eds.), Gendered life courses between standardization and individualization: A European approach applied to Switzerland (53–71)
- Guedes, E., Fernandes, D., Parmejiani, E. & Cunha, A. (2024) Dificuldades e possibilidades na atenção à saúde dos adolescentes: percepções de profissionais da atenção primária à saúde. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais*, 17 (7),1-17. DOI:10.55905/revconv.17n.7-325
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Loures: Lusodidacta
- Henriques, C. & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV (23). Recuperado de 388262389004.pdf (redalyc.org)
- International Council of Nurses. (2008b). *Nursing care continuum framework and competencies*. ICN.
- International Family Nursing Association (IFNA) (2020). IFNA Position Statement on Planetary Health and Family <https://internationalfamilynursing.org/2020/04/18/ifna-position-statement-on-planetary-health-and-family-health/>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed
- Lima, A., Arnaldo Falcão, B., Granjeiro, M., Damasceno, C., Oliveira, A. & Magalhães, J. (2023). Uma atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual In Derme* 97(1) Recuperado de: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/140>

- Lopes, I. (2024). Atitudes dos Enfermeiros Face à Família na Consulta com Adolescentes (Relatório final de estágio, Instituto Politécnico de Leiria)
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M., Mendes, O., Tolleti, G., Lopes, M. & Gândara, M. (2011). Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro--Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem* 15 (2)
- Magnago, C., & Pierantoni, R. (2015). Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde em Debate* [online], 39(104), <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TWX6Kmgys8H3vmm3QktG7Kv/?format=pdf> 9-17.
- Malta, H., Fernandes, I., Santos, E., Batista, R., Pereira, M. & Parente, P. (2023). Comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. Recuperado de <https://doi.org/10.48492/servir0204.2839>
- Martins, A. (2018). Revisão Sistemática do Ciclo Vital da Família (Tese de mestrado, ISMT, Coimbra)
- Martins, C. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa)
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Meleis, A. (2010). Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research research and practice. Recuperado de https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, I. A. C., Ventura, C. A. A., Trevizan, M. A., & Marchi-Alves, L. M. (2015). Indicadores de Qualidade e a Enfermagem em Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* 68(6), 1032-1038
- Ministério da Saúde do Brasil. (2012). *Avaliação de programas e políticas públicas de saúde*. Recuperado de <https://www.saude.gov.br/>
- Minuchin, S. (1988). Famílias, Funcionamento e Tratamento. São Paulo: Artes Médicas.
- Neves, A. (2021). Intervenção Familiar Sistémica nos CSP. In Gouveia-Pereira & Miranda. Manual de Terapia Familiar (pp. 213-223). Lisboa. Edição PACTOR - Edições de Ciências

Sociais, Forenses e da Educação

Oliveira, L., Queirós, P. & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de psicologia*, 2(1) DOI: 10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: OE. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2 – CIPE2. Estudo Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de Posição nº1/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem comunitária - referencial em enfermagem de saúde familiar

Organização Mundial Da Saúde (2002). Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.

Pereira, F. & Cunha, P. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Lisboa: Ministério da Educação – Direção [1] Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde.

Pereira, M. (2017). Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes (Tese Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa)

Pereira, R. & Rockembach, J. (2022). O papel do enfermeiro nas consultas de puericultura na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto*, 9 (2),143-168

Pocinho, M. (2012) Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lidel

PORDATA (2024) Município. População. Recuperado de <https://www.pordata.pt/tema/municipios/populacao-48>

PORDATA (2024) Município. População. Famílias. Recuperado de [https://www.pordata.pt/municipios/familias+unipessoais+segundo+os+censos+\(percentagem\)-593](https://www.pordata.pt/municipios/familias+unipessoais+segundo+os+censos+(percentagem)-593)

Rebelo, L. (2018). A Família em Medicina Geral e Familiar. Conceitos e Práticas. Coimbra. Almedina

Rebelo, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A.M., Antão, C., Rosendo, I., Laginha, T. (2011). A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas. Lisboa: *Health & Pharma Publishing*.

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

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

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Em Diário da República, 2º série, n.124, 17384- 17391

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Em Diário da República: 2º série, n.135, 19354- 19359

Regulamento nº 118/2014 de 5 de agosto (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Em Diário da República: 1º série, n. 149, 4069- 4071

Regulamento nº 42/2020 de 16 de janeiro (2020). Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Em Diário da República: 2º série, n. 11, 209-225

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em Diário da República: 2º série, n. 184, 128-155

Relvas, A. (2006) – O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica. Porto: Edições

Afrontamento

- Sagnier, L., Morell, A., Mesa, M., Yanguas, G., Morcillo, R., Baumberger, B., Torres, S. & Torres, E. (2019). As mulheres em Portugal, hoje: quem são, o que pensam e como se sentem. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Santos, F., Acioli, S., Rodrigues, V., Machado, J., Sauza, M., & Couto, T. (2016). Nurse care practices in the family health strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6),1060-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016- 0273>
- Schmidt, B., Pontello A. & Staudt, Wagner A. (2016). Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Sehnem, G., Crespo, B., Lipinsk, J., Ribeiro, A., Wilhelm, L., & Arboit, J. (2019). Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. *Avances en Enfermería*, 37(3), <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/78933/72289> 343–352.
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Sclínico/ Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Programa Nacional de Vacinação. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/>
- Serviço Nacional de Saúde (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140100/Pages/default.aspx>
- Silva, B., Lima, R., Diniz, A., Ribeiro, G., & Santos, K. (2018). Dinâmica Das Relações Familiares Dos Idosos: Revisão Integrativa. *Revista Saúde.Com* 14(4). <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v14i4.4574>
- Silva, M. (2016). Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários (Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) Repositório Aberto da Universidade do Porto, Portugal
- Silva, M., & Figueiredo, M. (2016). Modelos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 147-156.
- Silva, M., & Lopes, C. (2019). "A abordagem individual e familiar na Enfermagem de Saúde Familiar." *Revista de Enfermagem em Saúde Comunitária*, 7(2), 45-60
- Silva, M., Barros, T. M., Loureiro, H., Ferreira, M., & Figueiredo, M. (2023). Desafios das

- famílias no decorrer da pandemia por COVID-19: Perspetivas de enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 6(1), 7–18. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.208>
- Silva, T., Shibukawa, C., Demitto, C., Baena, A., Higarashi, A., & Merino, L., (2020). A (in)visibilidade do adolescente na atenção primária na percepção do profissional da saúde: estudo descritivo. *OBJN: Online Brazilian Journal of Nursing* 19(3). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1129550/6407pt.pdf>
- Silva, L., Nunes, B., Lima, J., Tomasi, E., & Facchini, L. A. (2023). Características contextuais e procura por serviços de saúde entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(12), e00070223. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT070223>
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 60-63.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos (4ª edição). Lisboa: Lusociência
- Ulfsdotter, M., Enebrink, P., Lindberg, L. (2014). Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus. *BMC Public Health*, 14 (1083). doi: 10.1186/1471-2458-14-1083
- Valle, P.& Ferreira, J. (2024). Análise de conteúdo na perspectiva de bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>
- Ventura, T. (2010). Tipologias Familiares: Caracterização e Singularidade dos seus Ciclos Vitais. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa
- Viegas, A., Carmo, R. & Luz, Z. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 100–112. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008SciELOBrasil+6>
- Vieira, D., Soares, A., Lucena, D., Santos, N., Nascimento, J. & Reichert, A. (2023) Fatores que influenciam a prática do enfermeiro na consulta de puericultura na atenção primária. *Rev. baiana enferm.* 37, DOI <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v37.51023>
- Vilelas, J. (2022). Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento. (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Vinagre, M. & Barros, L. (2019) Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1627-1636 DOI: 10.1590/1413-81232018245.04362019

- Wagner, A., Tronco C. & Armani, A. (2011). Os desafios da família contemporânea. In A. Wagner (Ed.), *Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões*, 19-35. Porto Alegre: Artmed
- Weston, F., Pedroso, M., Santos, D. & Dias, A. (2023) Comunicação de adolescentes hospitalizados com a equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. enferm. UERJ* (1): e68547. Recuperado de: <https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerej/article/view/68547>
- World Health Organization (2012). *Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services* Recuperado de [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150359 4](https://doi.org/ISBN_978_92_4_150359_4)
- World Health Organization (2022). *Adolescent health*. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ªed.). São Paulo, Brasil: Roca

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado De Participação - I Congresso Internacional de Viabilidade Tecedular e Cuidados À Pessoa Com Ferida: Colocar o Dedo na Ferida



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos certifica-se que,

Sofia Alexandra Marques Soeiro

participou no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecedular e Cuidados à Pessoa com Ferida:
Colocar o Dedo na Ferida, que decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024,
na Universidade de Aveiro, com a duração de 16 horas.

Aveiro, 27 de janeiro de 2024

O Diretor da ESSUA:



A Comissão Científica:



 universidade
de aveiro

 ESSUA

Centro Académico
Clínico Egas Moniz
Health Alliance

ANEXO 2 – Certificado De Participação – Webinar: Projetos de Melhoria Contínua

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro**, nascido a 25/02/1985, nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Cartão de Cidadão nº 12827020 9 ZX7, participou na acção de formação/**Webinar** subordinado ao tema **Projetos de Melhoria Contínua**, com a duração de 2 Horas, no dia **27/03/2024**.

Ovar, 28 de março de 2024

(A Presidente da Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros)

ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS

ANEXO 3 – Certificado De Participação – XXII Encontro Nacional da APECSP

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

XXII ENCONTRO NACIONAL “*Novas Políticas, novos rumos para os CSP*”

Coimbra, 11 e 12 de Abril 2024

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifico que, Sofia Alexandra Marques Soeiro
natural de Montargil, nascido(a) a 25/02/85, de nacionalidade portuguesa,
portador(a) do BI/Cartão Cidadão n.º 12827020 válido até / / , esteve presente, no XXII
Encontro Nacional da APECSP, realizado no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra, nos dias 11 e 12 de Abril de 2024, com um total de 18 horas.

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Coimbra, 12 de Abril de 2024

A Presidente
APECSP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários
Margarida Maria da Silva
Assinada 11/04/2024



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, declara-se que Enfermeiro(a) Sofia Alexandra Marques Soeiro esteve presente no V Congresso Nacional AUCC, realizado na Universidade de Évora - Auditório nobre do Colégio do Espírito Santo, no dia 21 e 22 de março de 2024, num total de 16H.

22 março 2024

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima

ANEXO 5 – Certificado De Participação – 4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: “Sigamos o caminho dos direitos!”

4º ENCONTRO INTERNACIONAL

(RE)PENSAR O VIH E Sida



Certificado

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro**, nascido(a) a 1985-02-25, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 12827020, participou no **4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!"**, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *online*, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024.

Coimbra, 03 de dezembro de 2024

Pel'A Comissão Organizadora



Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

O Presidente da ESEnFC



Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583

Certificado nº C004293-1282/2024

ANEXO 6 – Certificado De Participação – 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 **Sofia Alexandra Marques Soeiro**, nascido(a) a 1985-02-25, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 12827020, participou no **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, no dia 15 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *online*.

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

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C001538-1154/2024

ANEXO 7 – Certificado De Participação – “Enfermagem às Quintas: Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA ALEXANDRA MARQUES SOEIRO

membro nº **61912** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade**", realizado no dia **23 de Maio de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 23 de Maio de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Miguel Vasconcelos".

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 8 – Certificado De Participação – “Webinar – Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA ALEXANDRA MARQUES SOEIRO

membro nº **61912** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência"**, realizado no dia **22 de Outubro de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Luís Filipe Barreira".

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,00** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 9 – Certificado De Participação – III Convenção Internacional dos Enfermeiros



III CONVENÇÃO INTERNACIONAL
DOS ENFERMEIROS

Tempo de Respostas

21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024
CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA ALEXANDRA MARQUES SOEIRO

membro nº **61912** desta Ordem, esteve presente na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”**, nos **dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024**, com **duração de 12 horas**, em Fátima.

Fátima, 23 de Novembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira



enida Almirante Gago Coutinho, n.º 75 · 1700-028 Lisboa · (+351) 218 455 230 · bastonario@ordemenfermeiros.pt · ordemenfermeiros.pt



ANEXO 10 – Certificado De Participação – Workshop – “As perdas na Família:
intervenção em saúde familiar”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro** participou no Workshop “**As perdas na Família: intervenção em saúde familiar**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 11:00 e as 12:30 Horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 11 – Certificado De Participação – Workshop – “Emoções na Gravidez”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro** participou no Workshop “**Emoções na Gravidez**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 14:00 e as 15:30 Horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 12 – Certificado De Participação – Workshop – “Mindfulness na parentalidade”



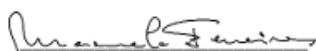
CERTIFICADO

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro** participou no Workshop “**Mindfulness na parentalidade**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 15:30 e as 17:00 Horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 13 – Certificado De Participação – Workshop – “Interpretação do Desenho Infantil”



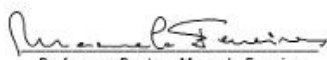
CERTIFICADO

Certifica-se que **Sofia Alexandra Marques Soeiro** participou no Workshop “Interpretação do Desenho Infantil” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 17:00 e as 18:30 Horas.

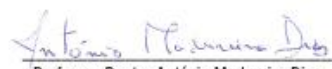
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 14 – Certificado De Participação – International Congresso Family Health (ICFH'25)



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Sofia Alexandra Marques Soeiro

participou no International Congresso Family Health (ICFH'25) que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 14 de fevereiro de 2025

Diretor ESSUA/UA

Presidente da Comissão Científica



ANEXO 15 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) 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** (EEnFC)

Parecer n.º P1062_07_2024

Título do Projeto:

"Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar"

Identificação das Proponentes:

Nome(s):

Sofia Alexandra Marques Soeiro

Filiação Institucional:

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – III Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Investigador Responsável:

Sofia Alexandra Marques Soeiro

Orientadores:

Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira e Professora Doutora Margarida Moreira Silva

Relator:

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

Exmo.(s) Senhor(es) Investigador(es),

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra analisou a submissão do seu projeto com o intuito de obter a avaliação ética do projeto supramencionado. Foram analisados os documentos remetidos.

Nenhum dos investigadores deste estudo participou da tomada de decisão e do procedimento de votação para esta avaliação.

Com base na análise dos documentos, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra emite um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado.

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra espera ser informada sobre o progresso do estudo, qualquer revisão no protocolo e na informação/consentimento informado dos participantes, e solicita que lhe seja fornecida uma cópia do relatório final.



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
www.esenfc.pt



COMISSÃO DE ÉTICA

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

O relator:

Data: 18/09/2024

A Presidente da Comissão de Ética:

ANEXO 16 – Parecer da Coordenadora da UCSP

De: Sofia Soeiro <soeiro.sofia@gmail.com>

Data: 31 de julho de 2024, 12:36:26 WEST

Para: [REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt

Assunto: Envio de Resumo do Projeto "Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar"

Exm^a Dr^a [REDACTED]

Espero que esta mensagem a encontre bem. Serve o presente e-mail para enviar o resumo do projeto que pretendo realizar com os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a exercerem funções como Enfermeiros de Família na ULS Médio Tejo, intitulado "Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar". O objetivo do projeto é conhecer a perceção dos enfermeiros de família sobre a consulta de enfermagem a famílias com adolescentes.

Segue, em anexo, o resumo detalhado do projeto e um pedido dirigido também a si. Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,
Sofia Alexandra Marques Soeiro

No dia 28/08/2024, às 22:40, [REDACTED] | Coordenação UCSP
[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt> escreveu:

Boa noite Sofia,

Peço desculpa ainda não ter respondido.
Da minha parte tem o meu aval e tudo o que precisarem da minha parte.

Cumprimentos

[REDACTED]

ANEXO 17 – Parecer da Comissão de Ética da ULS



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MÉDIO TEJO

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC) N.º: 02/CIIC/25 Data: 09-01-2025 Pág.: 1

Para: Conselho de Administração

C.c.:

Assunto: ESTUDO 77/2024 – Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar

PARECER

Concordo com a aplicação do estudo Reded Pinto 16/1/25

Enfermeira Diretora Piedade Pinto

DESPACHO

ULS MÉDIO TEJO, E.P.E. 16/1/25

Em reunião do Conselho de Administração deliberou-se, *autuado*.

Presidente do Conselho de Administração Casimiro Ramos

Vogal Executiva Carla Oliveira

Vogal Executivo Carlos Gil

Diretor Clínico CSP Flávio Ribeiro

Diretor Clínico Carlos Luís Lousada

Enfermeira Diretora Piedade Pinto

Com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde e da Encarregada da Proteção de Dados, ambos em anexo, proponho ao Conselho de Administração a aprovação do estudo “Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar”, proposto pela Enfermeira Sofia Soeiro.

A Coordenadora Executiva do CIIC



Assinado por: Ana Rita Belgas da Costa Reis
Identificação: 8111681816
Data: 2025-01-09 às 15:47:59

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, E. P. E.

Unidade Hospitalar de Abrantes: Largo Eng.º Biucas, 2200-202 Abrantes | Unidade Hospitalar de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro – Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade Hospitalar de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão, 2350-399 Torres Novas
Telefone: 249 810 100

Email: geral@ulsmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt

IMP.GRL.025.03 / junho 2024

1 / 1

Exma. Sr.^a Enf.^a Sofia Soeiro,

Em resposta à carta que me foi endereçada a solicitar a minha aceitação para cooperar no seu ensino clínico e na implementação do seu trabalho de investigação cujo tema é “Desafios e limitações na abordagem às famílias com adolescentes : Práticas de enfermagem de Saúde Familiar”, tenho a referir que foi um enorme prazer acompanhar o seu 1º ensino clínico, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, portanto é com todo o gosto que gostaria de acompanhar o seu percurso no próximo ensino clínico como Enfermeira Cooperante.

Como Enfermeira de Família (Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar), tenho a família como unidade de cuidados e cada um dos seus elementos, ao longo do seu ciclo de vida, capacitando-os com ferramentas para ultrapassarem momentos de transição. Para tal tenho presente que o Enfermeiro de Família, deve integrar a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de Enfermagem Familiar. Por outro a gestão dos Cuidados de Saúde à Família nos diversos níveis de prevenção, passam também por promover uma cultura de formação e investigação, pois só com base na evidência científica podemos melhorar a prática do Cuidar em Enfermagem.

Aceito colaborar com a colega como cooperante e no que for necessário para melhorar os resultados de Saúde Familiar e dar visibilidade aos mesmos.

Grata por tudo

Atentamente

[Redacted Signature]

(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar)

ANEXO 19– Certificado de Apresentação de uma Comunicação Livre- “Impacto da úlcera de perna na família”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que,
Susana Calado, Cláudia Silva e Sofia Soeiro
participaram com uma comunicação livre intitulada: "Impacto da úlcera de perna na família",
no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidual e Cuidados à Pessoa com Ferida: Colocar o dedo na
ferida, que decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024, na Universidade de Aveiro.

Aveiro, 27 de janeiro de 2024

O Diretor da ESSUA:


A Comissão Científica:


 universidade
de aveiro

 essua

Centro Académico
Clínico Egas Moniz
Health Alliance

ANEXO 20 – Certificado de Apresentação de um Póster - “Queda no Idoso—O envolvimento da Família”



V Congresso Nacional AUCC

Reforçar as UCC

“Uma associação em Prol da Comunidade”

Universidade de Évora – Auditório nobre do
Colégio do Espírito Santo



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Claúdia Silva, Sofia Soeiro e Susana Calado** apresentaram o póster **“Queda no Idoso – O envolvimento da Família”** no **V Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade**, promovido pela AUCC, nos dias 21 e 22 de março de 2024.

Évora, 22 de março de 2024

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima



ANEXO 21 – Certificado de Apresentação de um Póster- “Funcionamento familiar na transição desenvolvimental na adolescência”

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
XXII ENCONTRO NACIONAL “*Novas Políticas, novos rumos para os CSP*”
Coimbra, 11 e 12 de Abril 2024

CERTIFICADO

Póster

Para os devidos efeitos certifico que, *Sofia Soeiro*, participou com um Póster subordinado ao tema “*Funcionamento familiar na transição desenvolvimental na adolescência*” em co-autoria com *Susana Calado* e *Cláudia Silva*, no XXII Encontro Nacional da APECSP, realizado no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, nos dias 11 e 12 de Abril de 2024, com um total de 18 horas.

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

A Presidente
APECSP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários
Maria Helena Sousa
Apontado 1106

ANEXO 22 – Certificado de Apresentação de um Póster- “A transição desenvolvimental da adolescência e a dinâmica familiar”

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



Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de póster “**A transição desenvolvimental da adolescência e a dinâmica familiar**”, do(s) autor(es) Sofia Alexandra Marques Soeiro, Susana Cristina Moreira Lopes Santana Calado e Cláudia Maria Lopes da Silva, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por *Sofia Alexandra Marques Soeiro*, 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

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C001868-1154/2024

ANEXO 23 – Certificado de Apresentação de um Póster- “Prevenção da Obesidade Infantil: Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz”

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



Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de póster **"Prevenção da Obesidade Infantil: "Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz"**", do(s) autor(es) Cláudia Maria Lopes da Silva, Sofia Alexandra Marques Soeiro, Susana Cristina Moreira Lopes Santana Calado e Maria Liliana Duarte Pires, enquadrado no eixo temático *Promoção da saúde família*, foi apresentado por *Cláudia Maria Lopes da Silva*, 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

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado n.º C001869-1154/2024

ANEXO 24 – Certificado de Apresentação de um Póster- “Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS”

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



Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de póster "**Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS**", do(s) autor(es) Cláudia Maria Lopes da Silva, Susana Cristina Moreira Lopes Santana Calado e Sofia Alexandra Marques Soeiro, enquadrado no eixo temático *Promoção da saúde família*, foi apresentado por *Cláudia Maria Lopes da Silva*, 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

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado n.º C001866-1154/2024

ANEXO 25 – Certificado de Apresentação de um Póster- “Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar”

4º ENCONTRO INTERNACIONAL		
(RE)PENSAR O VIH E Sida		
Certificado		
Certifica-se que o e-póster “Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar”, da autoria de Sofia Alexandra Marques Soeiro, Margarida Moreira da Silva e Ana Sofia Amaro Mendes, foi apresentado por <i>Sofia Alexandra Marques Soeiro</i>, no âmbito do 4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: “Sigamos o caminho dos direitos!”, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024, em formato <i>online</i>, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.		
Coimbra, 03 de dezembro de 2024		
Pel’A Comissão Organizadora 	O Presidente da ESEnFC 	
Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira	Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral	
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra NIF 600081583 Certificado nº C004359-1282/2024		

ANEXO 26 – Certificado de Apresentação de uma Comunicação Livre – “Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos”



CERTIFICADO

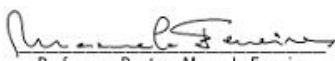
Certifica-se que **Claudia Silva** apresentou a Comunicação Oral com o título “**Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos**” dos Autores

CLÁUDIA SILVA, SOFIA SOEIRO, SUSANA LOPES SANTANA no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

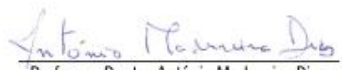
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 27 – Certificado de Apresentação de um Póster – “Investigação em Saúde Familiar: Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes”



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

SOFIA SOEIRO, MARGARIDA SILVA, ANA SOFIA MENDES, ALIETE OLIVEIRA

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação livre (poster) intitulada: “INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE FAMILIAR: DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA ABORDAGEM ÀS FAMÍLIAS COM ADOLESCENTES”, que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)



ANEXO 28 – Certificado de Apresentação de um Póster – “Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a Criar um Futuro mais Saudável e Feliz: Boas Práticas na Prevenção da Obesidade”

 ICFH'25 International Congress of Family Health			
CERTIFICADO			
Certifica-se para os devidos efeitos que			
SOFIA SOEIRO, SUSANA LOPES SANTANA, CLÁUDIA SILVA			
participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada:			
"INTERVENÇÕES MÁGICAS PARA CUIDAR: FAMÍLIAS A CRIAR UM FUTURO MAIS SAUDÁVEL E FELIZ: BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE ", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).			
Aveiro, 27 de fevereiro de 2025			
 _____ Diretor ESSUA/UA (Prof. Doutor Rui Costa)	 _____ Presidente da Comissão Científica (Profª Doutora Helena Loureiro)		
 essua universidade de aveiro escola superior de saúde	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO	 Egás Moniz Health Alliance Centro Académico Clínico	 ibimed institute of biomedicine

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião Orientador da Entrevista Individual Estruturada aos Enfermeiros de Família

Bem-vindo(a) à entrevista!

A mesma será conduzida por Sofia Alexandra Marques Soeiro, aluna do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da escola supracitada, e do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.

Esta entrevista está dividida em duas partes:

1. **Parte 1:** Recolha de dados sociodemográficos
2. **Parte 2:** Questões direcionadas sobre o tema do estudo

Confidencialidade dos Dados

Assegura-se que todos os dados recolhidos serão tratados com estrita confidencialidade. Nenhuma informação que possa identificar os participantes será divulgada. Os resultados do estudo serão apresentados de forma agregada, garantindo o anonimato de todos os respondentes.

Agradeço, uma vez mais, a sua participação e o tempo dedicado!

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. **Idade (anos):** _____

2. **Género:** _____

3. **Formação Académica:**

Bacharelato _____

Especialidade: _____

Licenciatura _____

Mestrado: _____

Pós- Graduação:_____ Doutoramento:_____

Doutorado:_____

Pós-

3. Tempo de Exercício Profissional (anos):_____

4. Tempo de Experiência como Enfermeiro de Família (anos):_____

Parte II – Entrevista Estruturada

Objetivos Específicos	Questões
Analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família nas consultas de enfermagem a famílias com adolescentes;	1. Quais são as principais dificuldades que enfrenta ao realizar consultas de enfermagem com as famílias com adolescentes? 1.1. De que forma é que essas dificuldades afetam e comprometem a consulta? 1.2. Pode dar exemplos concretos de situações que ilustrem essas dificuldades?
Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro de família no acompanhamento das famílias com adolescentes;	2. Quais são as principais estratégias que utiliza para envolver e acompanhar as famílias com adolescentes durante as consultas de enfermagem? 3. Pode descrever uma situação em que uma estratégia específica foi particularmente eficaz no acompanhamento de uma família com adolescentes?
	4. Considera que as consultas de enfermagem a famílias com adolescentes têm impacto na saúde e bem-estar geral das famílias? 5. Qual a importância que atribui à consulta de enfermagem para famílias com adolescentes?

Perceber a importância que os enfermeiros de família atribuem à consulta de enfermagem de famílias com adolescentes.	5.1. Em que medida acredita que essas consultas são essenciais para a prática de enfermagem de saúde familiar? 6. Considera que a sua experiência e/ou formação profissional influenciam a importância que atribui às consultas de enfermagem a famílias com adolescentes?
---	--

Grata pela sua colaboração!

APÊNDICE 2 – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

Declaração de consentimento informado entregue aos participantes do estudo

Exmo. Sr.(a) Enfermeiro de Família dos Cuidados de Saúde Primários da ULS [REDACTED] [REDACTED] peço-lhe que leia com atenção o conteúdo deste documento, não hesitando em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

O enfermeiro de família desempenha um papel essencial na prestação de cuidados às famílias, enfrentando desafios significativos na abordagem às famílias com adolescentes pelo complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial característico desta fase de transição. Este período crítico de desenvolvimento tem impacto na dinâmica familiar, exigindo adaptações. Durante esta fase, a consulta de enfermagem, com a sua abordagem holística e sistémica, é fundamental para a promoção da saúde e resposta às necessidades das famílias com adolescentes. Contudo, os enfermeiros enfrentam vários obstáculos na realização dessas consultas, o que dificulta o acompanhamento adequado das famílias nesta etapa de transição.

No campo de ação do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a mestranda Sofia Alexandra Marques Soeiro, estudante do 2º ano, encontra-se a realizar um estudo intitulado "Desafios e Limitações na Abordagem às Famílias com Adolescentes: Práticas de Enfermagem de Saúde Familiar". O estudo desenvolver-se-á sob a orientação e coorientação científicas das Professoras Doutoras Aliete Cunha Oliveira e Margarida Moreira Silva, docentes na escola supracitada. A Enfermeira Orientadora Cooperante será a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar [REDACTED] a exercer funções na UCSP de [REDACTED].

O estudo objetiva: conhecer a perceção de enfermeiros de famílias sobre a consulta de enfermagem a famílias com adolescentes. Espera-se como resultados identificar os principais desafios e limitações enfrentados pelos Enfermeiros de Família na prestação de cuidados às famílias com adolescentes. Uma melhor compreensão dos mesmos pretende contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem, nomeadamente com a execução e a implementação de projetos de melhoria continua, que possam apoiar os enfermeiros numa prestação de cuidados eficaz a famílias com adolescentes.

O estudo decorrerá entre outubro de 2024 e fevereiro de 2025. Para a concretização do estudo, é fundamental a participação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários

a exercerem funções como enfermeiros de família. Pede-se a sua colaboração na resposta ao instrumento de recolha de dados, composto por dados sociodemográficos e entrevista individual estruturada, realizada pela mestrande, gravada através de áudio. Os dados sociodemográficos e o áudio da gravação ficarão à guarda da mestrande durante o processo de recolha de dados, sendo posteriormente destruídos. Os dados recolhidos serão identificados com um código alfanumérico, durante o processo de tratamento dos dados, assegurando assim a proteção de dados. Assegura-se também que, desta forma, serão mantidos o anonimato, a confidencialidade e proteção dos dados, de acordo Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD, n.º 2016/679). A sua participação é voluntária, pelo que pode desistir durante o estudo em qualquer fase do mesmo, sem acarretar prejuízos. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da escola supracitada, e do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do [redacted].

Desde já se agradece a sua disponibilidade, estando ao dispor para esclarecer qualquer dúvida, ou informar da possível desistência. Poderá contactar a mestrande para o endereço de email soeiro.sofia@gmail.com, ou pelo n.º de telefone 910881307.

(A investigadora, Sofia Alexandra Marques Soeiro)

Declaração do participante no estudo:

- Declaro ter compreendido o objetivo e as condições do estudo explicados pela mestrande, e que me foi dada a oportunidade de elaborar questões sobre o estudo, tendo para as mesmas obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro que me foram assegurados o anonimato e confidencialidade sobre os dados que disponibilizarei, e que a minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a pessoas não relacionadas diretamente com o estudo;
- Declaro que me foi salvaguardado que não haverá prejuízo dos meus direitos, pelo não consentimento ou desistência de participar em qualquer momento no decorrer do estudo.
- Estando devidamente informado das condições do estudo, declaro que autorizo, por minha livre vontade, a colaboração no mesmo, fornecendo dados que serão utilizados só para esta investigação.

_____/____/2024

Assinatura do participante: _____

Este documento será feito em duplicado, entregue uma cópia ao participante e outra para a investigadora.