



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Avaliação e Intervenção em Famílias que Integram Pessoas
Dependentes no Autocuidado que Estão Acamadas- Projeto De
Desenvolvimento De Competências Clínicas Especializadas Na Área De
Enfermagem De Saúde Familiar

Relatório de Estágio

Joana Marina Moreira Rocha

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS QUE INTEGRAM
PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO QUE ESTÃO
ACAMADAS - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES THAT
INTEGRATE DEPENDENT PEOPLE IN SELF-CARE WHO ARE
BEDRIDDEN - PROJECT TO DEVELOP SPECIALISED CLINICAL
SKILLS IN FAMILY HEALTH NURSING

Estágio profissional de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Joana Campos e coorientado pelo
Professora Doutora Teresa Martins

Joana Marina Moreira Rocha

Porto, 2023

“Família é o nosso conjunto de laços mais querido. Não precisa ser do mesmo sangue, basta sentir o mesmo amor. É quem cuida quando se está doente. É quem sabe que somos mais do que defeitos e qualidades. É quem aceita nossas manias. É quem está ao nosso lado nos momentos difíceis. É ohana.”

“e ohana quer dizer família, e família quer dizer nunca abandonar ou esquecer.”

(João Doederlein)

*Dedico este trabalho às
pessoas que representam a palavra amor na minha vida
em especial à minha Maria.*

AGRADECIMENTO

A gratidão é a memória do coração. Apesar do relatório ser um trabalho individual é também fruto de um contributo de várias pessoas às quais não posso deixar de agradecer.

Agradeço à minha família, a base de tudo, por todo o apoio incondicional, por acreditarem sempre em mim.

Ao meu namorado e companheiro de vida, por toda a paciência, por nunca me largar a mão, nunca me deixar desistir e por me incentivar a ser mais e melhor, obrigada por tudo Marco.

À minha amiga Enfermeira Joana Maria Rocha, pela partilha deste desafio, por todos os momentos vividos, entreadjada e principalmente pela amizade, que bom é ter-te como amiga e companheira deste percurso.

A todos os colegas de curso, que bom foi partilhar este percurso com todos vocês, obrigada pela partilha deste desafio e vontade de fazer mais e melhor.

A todas as minhas colegas de unidade pela compreensão e ajuda disponibilizada.

Às professoras doutoras Joana Campos e Teresa Martins pela disponibilidade e contributo de conhecimento na elaboração do relatório.

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela orientação pedagógica, experiência e sabedoria partilhada, muito obrigada.

À minha enfermeira tutora, a Enfermeira Márcia, que todos os dias recebe as famílias com um sorriso na cara, obrigada por toda a ajuda, disponibilidade e compreensão. Também agradecer à unidade de saúde onde foi realizado o estágio pela forma como me recebeu e pela oportunidade.

Não poderia deixar de agradecer também às famílias que cuidei e que estão mencionadas no relatório, sem elas não era possível.

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECESF- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LM- Lesão Medular

MCAF- Modelo Calgary de Avaliação da família

MCIF- Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF- Modelo Dinâmico Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF- Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

NSE- Necessidades de Saúde Especiais

PAI- Processos Assistenciais Integrados

PC - Prestador de Cuidados

SIE- Sistema de Informação em Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF- Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Familiar é uma área especializada de enfermagem que tem sido estudada por diferentes autores. Assente em diferentes perspetivas concetuais que se complementam, desenvolvidas para a prestação de cuidados com as famílias procurando colmatar necessidades em saúde vivenciadas pelas mesmas. No âmbito das unidades curriculares Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e II inseridas no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, decorre o presente relatório, implementado numa Unidade de Saúde Familiar de modelo B, na zona norte do país. Estes contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na abordagem às famílias que integrem pessoas dependentes no autocuidado que estão acamadas. Foi desenvolvida uma *Scoping Review* - Modelos Teóricos usados pelos Enfermeiros na abordagem a famílias que integram pessoas dependentes, com o objetivo de mapear os modelos e intervenções usadas pelos enfermeiros na abordagem a estas famílias. A interação com as famílias com um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico em saúde familiar, foi sustentada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. A realização da colheita de dados sobre cada família permitiu a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos, o planeamento da intervenção, a implementação da intervenção com o contrato de ação com as famílias e ainda a avaliação de resultados. No âmbito da competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção foram ao encontro de objetivos específicos estabelecidos previamente, como a promoção da cultura organizacional, de formação, prática e de investigação através de uma ação de formação realizada com a equipa de enfermagem da unidade de saúde familiar. As atividades desenvolvidas contribuíram para o enriquecimento pessoal e desenvolvimento de competências profissionais a nível da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Os estágios constituíram-se como momentos privilegiados de reflexão crítica reflexiva sobre a prestação de cuidados com as famílias decorrendo daí a identificação de necessidades de autoformação e o estabelecer prioridades.

Palavras chave: Família, Enfermagem de Saúde Familiar, dependentes.

ABSTRACT

Family Health Nursing is a specialised area of nursing that has been studied by different authors. It is based on different conceptual perspectives that complement each other, developed to provide care for families, in order to fulfil the health needs they experience. As part of the curricular units Internship of a professional nature with report - Module I and II included in the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, this report is being carried out in a model B Family Health Unit in the north of the country. These have contributed to the development of specialised competences for Community Nurse Specialists in the area of Family Health Nursing in the approach to families integrating dependent people into self-care who are bedridden. A Scoping Review - Theoretical Models used by Nurses in the approach to families integrating dependent people was developed, with the aim of mapping the models and interventions used by nurses in the approach to these families. Interaction with families using an organised, dynamic and systematised method of critical thinking in family health was supported by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. The collection of information on each family allowed for the identification of problems and the formulation of nursing diagnoses, the formulation of objectives, the planning of the intervention, the implementation of the intervention with the action contract with the families and the evaluation of results. In the area of leadership skills and collaboration in the intervention processes, specific objectives established previously were met, such as the promotion of organisational culture, training, practice and research through a training session held with the nursing team of the family health unit. The activities carried out contributed to personal enrichment and the development of professional skills in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. The internships were privileged moments for critical reflection on the provision of care to families, which led to the identification of self-training needs and the establishment of priorities.

Keywords: Family, Family Health Nursing, dependent.

ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	17
1- <i>CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO</i>	21
2- <i>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	25
3- <i>DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA</i>	37
3.1- Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados.....	37
Família 1.....	40
Família 2.....	44
Família 3.....	47
Família 4.....	50
Família 5.....	52
Família 6.....	54
3.2- Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	56
4- <i>CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</i>	59
4.1- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.	60
4.2- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.	64
<i>CONCLUSÃO</i>	67
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	69
<i>ANEXOS</i>	
ANEXO I- Plano de Formação	
ANEXO II– Questionário de Avaliação Qualitativa	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma da família 1.....	41
FIGURA 2: Genograma da família 2.....	44
FIGURA 3: Genograma da família 3.....	47
FIGURA 4: Genograma da família 4.....	50
FIGURA 5: Genograma da família 5.....	53
FIGURA 6: Genograma da família 6.....	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Estratégia PCC.....	26
--------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, correspondente a 45 ECTS, no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no ano letivo 2022/2023, pretendeu-se adquirir e demonstrar a relevância do desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), concretamente descritas no Regulamento nº 428/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série- Nº 135 – 16 de junho 2018, emitido pela Ordem dos Enfermeiros que pressupõe o cuidar a família enquanto unidade de cuidados e seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, assim como à promoção da liderança e da colaboração nos processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). No âmbito das competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

A finalidade deste relatório, para além de um cumprimento legal, é descrever a reflexão relativa ao desenvolvimento das competências especializadas do EEECESF na abordagem às famílias alargadas que integram grandes dependentes no autocuidado, o que de forma comum se chama de “acamado”, ou seja, caracterizam as pessoas que não saem da cama sem ajuda (Campos, 2019), que no restante trabalho será denominado desta forma. A situação de doença e também de dependência implica um aumento de tarefas para os membros da família e a respetiva reestruturação funcional devido ao novo papel familiar que é necessário iniciar. O Enfermeiro de Família é o profissional de saúde mais próximo das famílias, garantindo cuidados humanizados e adequados à complexidade dos problemas e necessidades tanto das pessoas como das famílias (Sardinha *et al.*, 2021).

Nos últimos anos existem cada vez mais famílias com experiências de grandes dependentes no autocuidado, sendo este novo papel experienciado através de uma multiplicidade de necessidades e sentimentos, muitas vezes contraditórios e antagónicos pelo stresse associado (Fernandes *et al.*, 2017). As novas tarefas muitas vezes não são igualmente distribuídas entre os membros da família, pelo que aquele que é cuidador, muitas vezes, entra em sobrecarga, causando também um desequilíbrio na unidade da família (Fernandes

et al., 2017), associadas a mudanças na dinâmica familiar, sendo assim importante estudar esta temática e perceber como famílias alargadas se reestruturam. Cuidar de um familiar dependente tem um grande impacto na família que muitas vezes recorre a diferentes estratégias de *coping* para conseguir uma adaptação eficaz. Em Portugal, cada vez mais, existem famílias que por diversos fatores como o envelhecimento, doença ou outras situações englobam um membro dependente (Rodrigues, 2020). Segundo Bris (1994) como citado em Costa (2013), é a família que assume a maior importância na satisfação das necessidades da pessoa dependente, considerando esta como “a força de maior suporte em qualquer ambiente em que o indivíduo se encontra”, com o objetivo de garantir o bem-estar dos seus membros, respeitando a solidariedade entre as várias gerações (Costa, 2013).

É pertinente a avaliação e intervenção com as famílias com esta especificidade, pois torna-se primordial assegurar que famílias com grandes dependentes no autocuidado, cujos cuidados de enfermagem são prestados no domicílio, tenham a possibilidade ter acesso a cuidados de saúde especializados no âmbito da ESF nas situações de dependência de um dos seus membros. O índice de envelhecimento aumentou em Portugal entre 2011 e 2019, passando de 127,6 para 163,2 idosos por cada 100 jovens (menores que 15 anos). O índice de dependência também aumentou no mesmo período, de 51,4 para 55,6 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2021). De acordo com os dados dos Censos 2021, na análise do índice de envelhecimento verifica-se que o mesmo aumentou e o índice de dependência de idosos aumentou 27,7%. No que concerne ao índice de dependência total verifica-se que em Portugal equivale a 56,99% e na zona norte a 53,53%. Este envelhecimento traduz-se numa carga de morbilidade e mortalidade cada vez maior na população residente em Portugal, maioritariamente à custa da maior prevalência de doenças crónicas e das complicações daí decorrentes, pelo que será de esperar uma sobrecarga crescente dos serviços de saúde e mecanismos de proteção social (INE, 2021). A orientação do prestador de cuidados e o cuidado ao membro da família com dependência constitui uma preocupação das famílias visto que, nem sempre estão adequadamente capacitadas para cuidar e apoiar no processo de doença (Sanches *et al.*, 2018).

A ESF reconhece o sistema familiar como um sistema de relações aberto e ativo, promotor de saúde que influencia cada uma das partes constituintes e o todo que as engloba (Silva, 2021). O autocuidado é um foco de atenção central da Enfermagem, os cuidados centrados na família constituem uma mais valia para uma gestão e prestação de cuidados especializados de qualidade.

As enfermeiras Wright e Leahey desenvolveram o modelo de avaliação e o modelo de intervenção na família denominados de Modelo Calgary de Avaliação da família (MCAF) e Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como um dos modelos de referência (ICN, 2002). Fixa-se conceptualmente na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Tendo como fonte teórica estes referenciais, realça-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido por Figueiredo (2009), enquanto referencial que orienta as práticas de cuidados com as famílias. Este foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, pretendendo dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, enquanto cliente de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários (Monteiro, 2019), sendo este o referencial teórico utilizado para a avaliação e intervenção familiar, na prestação de cuidados com grandes dependentes no autocuidado.

O MDAIF engloba diversas áreas de atenção o que facilita a compreensão das práticas direcionadas à família no contexto dos cuidados de saúde primários, focadas no sistema familiar como unidade dinâmica co-evolutiva, sendo que em termos funcionais a coevolução é um processo de mútua interação com o ambiente, em reciprocidade com o mesmo. Assim, a conceção de família integra a dimensão da contextualidade, sendo o ambiente um conceito essencial para a compreensão da mesma (Figueiredo, 2012). As interações familiares estabelecidas em situações de stress proveniente da ocorrência de um problema de saúde, influenciam, por sua vez, a evolução do problema. Esta reciprocidade entre a dinâmica familiar e a evolução da problemática da saúde ocorre num processo contínuo e temporal partindo do conceito de coevolução como um atributo do sistema familiar. O objetivo passa por obter ganhos na saúde das famílias, sensíveis, neste caso, aos cuidados de Enfermagem específicos da Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2012). O enfermeiro pode contribuir nos processos de mudança da família, importando perceber que as mudanças são inerentes ao crescimento e desenvolvimento das famílias e estão associadas a desordens do sistema, tendo impacto em todos os membros da família. Assim, a intervenção com as famílias deve considerar as diferenças nos padrões de interação familiar, podendo a sua intervenção acontecer a nível do domínio cognitivo, afetivo ou comportamental de forma individualizada ou em conjunto dependendo da situação vivenciada pela família (Wright & Leahey, 2011).

Estruturalmente este relatório é constituído por uma contextualização do local onde foi realizado os estágios, um enquadramento teórico englobando os resultados da *scoping review* acerca dos modelos teóricos usados pelos enfermeiros de família na abordagem a famílias que integram pessoas dependentes, a descrição das práticas realizadas com seis famílias, a descrição da reflexão sobre o contributo das atividades realizadas para desenvolvimento das competências, e por último a conclusão.

1- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A USF onde foi realizado o estágio é uma das unidades de um ACeS na zona norte de Portugal. É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais. Toda a sua carteira de serviços está disponibilizada aos utentes inscritos residentes no concelho em que se insere.

A USF, modelo B, seguiu os pressupostos assentes da grelha DiOr – USF (Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar) integrando uma ferramenta de trabalho que permite de forma sistemática e rigorosa implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização dos serviços tendo em vista a melhoria do desempenho da unidade, a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

A nível de carteira de serviços a USF presta cuidados aos utentes inscritos a nível da vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida: Saúde infantil e juvenil, Saúde do adulto e do idoso e Saúde reprodutiva. Carteira de serviço a nível da gestão da doença no que concerne aos cuidados em situação de doença aguda e acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla. Prestação de cuidados no domicílio e interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de gestor de saúde do cidadão.

A missão desta USF consiste em acolher as famílias com empatia, oferecendo cuidados de saúde personalizados e de qualidade em tempo útil, segundo as necessidades identificadas, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade de cuidados. No que concerne à Visão da unidade baseia-se em ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo em toda a região serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação.

Tem como valores:

- Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação dos elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;

- Solidariedade;
- Autonomia, na auto-organização funcional e técnica;
- Articulação, com outras unidades funcionais do ACES;
- Avaliação objetiva e permanente;
- Gestão participativa.

Tem na constituição da sua equipa seis médicos, assistentes de Medicina de Medicina Geral e Familiar e seis enfermeiros e três secretários clínicos. A unidade está dividida em duas grandes zonas, a zona assistencial onde circulam os utentes, mediante circuito próprio, onde estão os gabinetes para a prestação dos cuidados de saúde e administrativos e a zona não assistencial de acesso exclusivo aos profissionais.

Os princípios de organização da USF estão centrados no cidadão, segundo o artigo 11º do Regulamento da respetiva Unidade de Saúde Familiar, sempre que possível, de acordo com os direitos dos utentes, a cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família, privilegiando-se a estrutura familiar, e a cada família, um enfermeiro. Um médico, um enfermeiro e um secretário clínico formam uma micro equipa responsável por uma lista de utentes em comum. Todos os contactos presenciais dos cidadãos com a USF são estabelecidos através do secretariado clínico e a informação deverá circular entre todos os profissionais por via eletrónica ou por outro meio que a equipa defina. Todos os cuidados a prestar são preferencialmente agendados para um dia e uma hora que devem ser preferencialmente realizados pelo respetivo médico ou enfermeiro de família, sem prejuízo dos serviços mínimos e da acessibilidade do cidadão.

Cada profissional tem o dever de identificar e registar, em sede de registo de ocorrências, os problemas organizativos e funcionais que identifique ou sejam identificados pelos cidadãos e deles tenha conhecimento de forma direta ou indireta. Os profissionais reconhecem também o direito de serem questionados sobre a sua atuação e têm o dever de o fazer sempre que considerem que determinado procedimento não é correto. Os interesses particulares dos profissionais não devem sobrepor-se aos princípios gerais da USF.

A USF integra diversos processos, como processos de gestão que assentam nos processos de sistema da qualidade e gestão da qualidade. Processos assistenciais/chave que englobam a consulta programada, consulta aberta e consulta domiciliária e também os processos de suporte, que dizem respeito à comunicação, à informática e sistema de informação, aos

recursos humanos e expediente, ao provisionamento e gestão financeira, à instalação e equipamentos ao controlo de infeção, higiene e segurança e formação contínua.

Os projetos de melhoria contínua da unidade integram três Processos Assistenciais Integrados (PAI). O PAI do Acesso que engloba inquirir diretamente todos os utentes com o endereço de email por completar na ficha individual. Melhoria das Práticas Clínicas na Profilaxia da ISO imunização Rh. Para além desses, a unidade integra também um PAI de Melhoria Contínua da Qualidade que assenta na segurança dos utentes e famílias naquilo que são as medidas destinadas á prevenção dos incidentes na atualização do procedimento prevenção e registo de incidentes críticos.

A USF em questão tem como taxa de dependência de jovens 17,1%, um valor aproximado à taxa de dependência de jovens a nível da zona norte (18,84 %), e ao valor nacional de 20,21%. No que concerne à taxa de dependência de idosos na USF é de 25,62% (BICSP, 2023).

Após isso, verificou-se uma prevalência de dependência na análise inicial dos dados recolhidos de 60 famílias do ficheiro da enfermeira tutora em que treze dessas famílias, equivalente a 21,66%, têm um membro dependente, independentemente da idade do mesmo. Posteriormente a análise da listagem de 634 famílias desse mesmo ficheiro, no qual estão identificadas 29 famílias com membro dependente, sendo que 15 família tinham a cargo um grande dependente no autocuidado, equivalente a 51,72%. Sendo seis famílias do tipo alargada, que se decidiram prestar cuidados para promover a capacitação das famílias com um grande dependente a cargo.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cuidar da família deve ser fomentado pela evidência e em modelos científicos de saúde familiar, que ajudem os enfermeiros a identificar os pontos fortes da família, fomentando a promoção da saúde e minimizando os fatores que impedem o seu bem-estar (Monteiro, 2019). A utilização da abordagem sistémica nos cuidados com famílias requer perspectiva-la coevolutivamente, em que a existência de acontecimentos que influenciam um membro da família afeta os restantes elementos da estrutura familiar e funcionamento familiar. Avaliar a estrutura de uma família é orientador, pois permite a explicitação de quem a integra, qual o tipo de vínculos entre os membros em comparação com elementos fora do sistema e também perceber o contexto em que vivem (Rodrigues, 2020). Em qualquer sistema e em particular nas famílias alargadas, se a liderança for eficaz, pode ser um fator agregador que contribuí para manter a unidade, a estabilidade, o equilíbrio e o bem-estar do sistema (Monteiro, 2019). Entende-se por famílias alargadas: constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco (Figueiredo, 2012).

Em famílias com pessoas dependentes no autocuidado, a realização das tarefas de desenvolvimento familiar implica aprendizagens e a utilização de recursos diferentes de famílias que não integram um elemento da família com dependência, sendo o prestador de cuidados fundamental no tomar conta, apoio, vigilância, companhia e apoio social (OPSS, 2017).

Os grandes dependentes no autocuidado são aqueles que exigem mais cuidados e muitas vezes podem gerar uma sobrecarga ao cuidador. Segundo um estudo publicado em 2021, as atividades desenvolvidas pelos cuidadores que, segundo os mesmos, mais sobrecarga física causam são: o dar banho, cuidados de higiene, troca de fraldas, transferências e posicionamentos. Um aspeto também destacado nesse estudo, é que esses cuidados são realizados diariamente, na maioria das vezes sem interrupções, sem ajuda de outros membros da família e sem estrutura física e/ou equipamentos adequados (Simari *et al.*, 2021). Com base no Censos 2011 e no Relatório Primavera 2017, estimam que haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes “acamadas” (OPSS, 2015). Estes dados permitem compreender que o peso das pessoas dependentes a cargo das famílias constitui um verdadeiro problema de

saúde comunitária a que a enfermagem de família deve dar resposta através de intervenções coordenadas e permanentes.

O EEECESF tem que ter como clientes as famílias, como unidade de cuidados e os seus membros individualmente. Nesta perspetiva, a recolha de dados da família torna-se crucial para identificação das principais necessidades em cuidados de enfermagem e a partir daí estabelecer um plano de ação personalizado para a família e os seus membros, baseado num pensamento sistémico e crítico, que integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de saúde familiar, demonstrando competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar, como descrito no regulamento das competências específicas do EEECESF.

Para isso, desenvolvemos uma *scoping review* para dar contributos importantes, com a seguinte pergunta de partida: Quais são os modelos teóricos de enfermagem e família usados pelos enfermeiros na abordagem a famílias que integram pessoas dependentes?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Scopus* e *Ebsco host*, de forma a obter toda a evidência científica dos artigos selecionados e que nos proporcionasse suporte na posterior intervenção com as famílias. Para isso desenvolvemos uma estratégia PCC de pesquisa, usamos o método de *Joanna Briggs Institute* (JBI), que apresentamos em seguida:

Participantes	Conceito	Contexto
<p><i>“Family with dependents on self-care” OR “Family with dependents on daily living activities”</i> OR <i>“Dependents patients”</i></p>	<p><i>(Theory model OR Conceptual framework OR Models theoretical</i> OR <i>StudyStudies OR TheoreticalStudy OR Theoretical Studies OR Nursing Theory) AND Family-Centered care AND (Family Life Cycles OR Family resilience OR Family support OR Family Conflict OR Family relation OR Family function OR Family life cycling)</i></p>	<p><i>Visiting family OR Home health nurse OR Community Health nurse OR Family Nurse</i></p>

Tabela 1- Estratégia PCC

Resultou em 31 artigos incluídos face aos critérios de inclusão e de exclusão para leitura integral e desses ficaram incluídos seis artigos por cumprirem os critérios e responderem à pergunta. Iremos apresentar em seguida uma síntese global dos seis artigos incluídos.

O primeiro artigo tem como título “***Family health evaluated by family members of older patients and nurses in emergency departments***” foi publicado em 2018 no *jornal Nursing Research*, realizado por *Demidenko et al.*, 2018, a partir de dados recolhidos num hospital da Estónia de utentes idosos dependentes nos serviços de urgência. Os autores descrevem que qualquer situação de stresse pode influenciar o bem-estar da pessoa tanto quanto pode afetar a vida de toda a família e assim, conseqüentemente o funcionamento familiar da mesma. Estes autores referem também que a saúde familiar pode ser afetada pela condição de saúde de um membro da família. Para estes, saúde da família refere-se a questões familiares comuns, como valores, bem-estar, conhecimento, mal-estar e atividades como principais componentes para atingir o estado de maior saúde familiar.

Afirmam que quando os enfermeiros trabalham com as famílias, é necessário conhecer os valores destas e a sua cultura, tornando-se assim um suporte crucial para toda a família, onde criam uma relação de confiança. Os familiares cuidadores relatam neste estudo que seria mais fácil atingir um bem-estar psicológico perante uma situação de doença de um membro da família se lhes fosse proporcionada mais assistência.

O modelo descrito para avaliar a saúde da família foi a escala de Funcionalidade Familiar, Saúde e Apoio Social (*Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES)*), instrumento desenvolvido na Finlândia. Esta escala consiste em 21 itens que compreendem componentes de saúde da família que medem valores na família (5 itens), sentimentos de bem-estar (3 itens) e mal-estar (5 itens), conhecimento (5 itens) e atividades relacionadas à saúde (3 itens).

Concluem que o conhecimento relacionado com a saúde da família e o apoio dos enfermeiros pode melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados podendo afetar de forma positiva os cuidados que os familiares cuidadores irão prestar, melhorar os resultados de saúde dos indivíduos e reduzir custos ao evitar readmissões nos serviços de urgência dos hospitais. As famílias têm um grande papel na continuidade do cuidado dos membros da família dependentes após a alta hospitalar, os enfermeiros dos serviços de urgência devem reconhecer o nível de saúde da família, a fim de garantir que a família consiga lidar com a situação de dependência no domicílio. Estes autores acrescentam que a

continuidade dos cuidados e os resultados de saúde dos idosos quando moram sozinhos poderão ser piores do que quando residem com a família, podendo assim resultar em novos internamentos, sobrecarga dos serviços e aumento nos custos de saúde.

O artigo ***“Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke”*** desenvolvido na Suécia por *Sundin et al.*, 2017, referem que toda a família é afetada quando um dos membros da família sofre um AVC, no entanto poucos estudos se focam nas expectativas das famílias após esse acontecimento. O objetivo deste estudo foi então tentar que as pessoas que sofreram um AVC e seus familiares falem através de “Conversas de Promoção da Saúde Familiar” (*Family Health Conversations (FamHCs)*) com foco no futuro, são baseadas nos pressupostos do Modelo de Calgary de Intervenção Familiar e no Modelo das Crenças na Doença (*Illness Beliefs Model*) é uma intervenção destinada a apoiar a saúde e mediar um contexto de mudança para ajudar as famílias a encontrar formas alternativas de gerir uma situação de stresse. Estas consistem em três conversas realizadas quinzenalmente com um enfermeiro e uma carta de encerramento enviada pelos enfermeiros à família para encerrar o ciclo das conversas familiares.

A primeira conversa tem como objetivo identificar problemas vivenciados pela família, que serão aprofundados na segunda conversa que se foca nas dificuldades e sofrimento. A terceira conversa tem uma orientação para o futuro e uma abordagem que se concentra em estratégias para lidar com determinadas situações de stresse e em encontrar recursos familiares e pontos fortes para lidar com essas dificuldades. A carta de encerramento, é então enviada pelo enfermeiro que liderou as *FamHC* e fornecem reflexões escritas sobre o conteúdo das três conversas, reconhecendo cada família, o sofrimento do membro e é vista como uma conclusão voltada para o futuro destacando os recursos e pontos fortes das famílias.

Em suma, estes autores afirmam que as *FamHC* têm como objetivo apoiar as famílias na identificação de seus objetivos conjuntos e individuais e ajudá-las a discutir suas crenças e expectativas de futuro. Através destas conversas os membros da família são capazes de compartilhar as suas visões ou objetivos sobrepostos para o futuro dentro da família. Além disso, estudos anteriores mostraram que as famílias que participam nas *FamHC* melhoraram sua visão, compreensão e comunicação familiar.

Trierveiler et al., 2015 desenvolveram um estudo transversal quantitativo “**Funcionalidade Familiar da Pessoa com Lesão Medular**” com o objetivo de identificar a coesão, adaptabilidade, flexibilidade e funcionalidade familiar da pessoa com lesão medular (LM) em três municípios da Grande Florianópolis no Brasil, através do uso das escalas de APGAR familiar e de Olson. O local de estudo escolhido para o desenvolvimento da colheita de dados foi o domicílio pois consideram o local de maior conforto para as famílias.

Estes autores defendem que o processo de reabilitação envolve a pessoa com lesão e sua família. A adaptação é familiar e não exclusiva da pessoa que sofreu a lesão. A família reorganiza-se após o evento, alterando hábitos e estilos de vida e de funcionamento familiar, a fim de enfrentar o processo. Acrescentam que uma família com caráter mais protetor pode ser prejudicial para a reabilitação, ou seja, a substituição de tarefas ou execução de tarefas no lugar da pessoa com lesão, muitas vezes acompanhada pela infantilização da pessoa que necessita de cuidados. A dificuldade de aceitação e entendimento quanto à lesão são observadas, tumultuando o convívio familiar e provocando, em muitos casos, sua desestruturação.

O referencial deste estudo, a partir das relações anteriormente referidas entre família e pessoa com LM, como já referido, adota as bases do Modelo de Olson. Este compreende três dimensões relevantes em diferentes teorias com abordagem familiar: coesão, flexibilidade e comunicação. A coesão, que considera a ligação emocional entre os membros de uma família, a flexibilidade ou adaptabilidade, que avalia a capacidade da família mudar sua estrutura de poder e suas regras em novas situações e desafios e a comunicação, que está envolvida nas duas dimensões. Este referencial é complementado pelo conceito de funcionalidade familiar, o qual agrega: adaptação familiar (como o uso de recursos, dentro e fora do contexto familiar, com capacidade de amenizar os problemas que ameaçam o bem estar entre a família no momento da crise, participação (no que se refere às decisões e responsabilidades de cada membro da família), crescimento/desenvolvimento (retratando a maturidade física, psíquica e, principalmente, emocional dos membros da família pelo apoio e orientação mútuos), afeto (considerado como relações de zelo e ternura entre os membros familiares, resolução/dedicação ou decisão (compreendida como o compromisso de dedicar seu tempo a um membro da família, encorajando-o física e emocionalmente, tornando a relação estável). A escala de Olson sintetiza o modelo de Olson, que supõe que, entre os diferentes níveis de coesão e adaptabilidade os mais moderados ou não extremos são mais favoráveis ao funcionamento equilibrado da família. Descrevendo a coesão como a

capacidade da família em manter-se unida, e a flexibilidade refere-se às mudanças nas regras e liderança familiar. Foi também utilizada a escala de APGAR familiar (1978), elaborada a partir de cinco questões que analisam e avaliam a percepção do indivíduo quanto à funcionalidade de sua família.

O artigo "***Meeting at home: a proposal of home attendance for families of dependent seniors***" é um estudo qualitativo da autoria de Silva et al., 2007, com o objetivo de descrever como um sistema familiar reage perante a situação de dependência de um membro idoso e quais os recursos que utiliza para manter sua estabilidade e que intervenções de enfermagem podem ser úteis e aplicáveis neste contexto. Neste artigo é abordado que as famílias estão em constante mudança na sociedade e nem sempre podem arcar com as responsabilidades de cuidar da saúde de seus idosos pois pode por exemplo, exigir que um membro da família deixe de exercer a sua atividade laboral. Além disso, o fato de vivenciar a possibilidade da perda também pode ser um aspeto que dificulta o cuidado do familiar caso o idoso tenha certas crenças sobre seu corpo e não se sinta à vontade para que os cuidados de higiene sejam prestados por um filho, por exemplo. Esses exemplos mostram que, para poder cuidar do idoso, a família deve estar incluída no plano de cuidado do profissional de saúde, é necessário adotar medidas como estabelecer horários de descanso e momentos em que os cuidados de saúde devem ser prestados pelos profissionais. Este artigo tem como objetivo apresentar uma intervenção de enfermagem baseada no modelo Calgary, que adota a família como unidade de saúde.

Neste estudo qualitativo, o referencial teórico utilizado foi a abordagem dos sistemas familiares no referencial sistémico e adotou-se como método de trabalho a pesquisa/ação, onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos em cooperação e de forma participativa. Depois de estudarem o modelo de Calgary e a forma que dele decorre, selecionaram uma família a quem o modelo seria aplicado para orientar a avaliação da família e as intervenções de enfermagem adotadas. Referem que a partir do momento em que abordaram a família como um todo, sob uma visão sistémica, foi possível identificar e cuidar do sofrimento da família gerado por esse contexto. Ao atender a família sob essa visão, foi possível interagir com ela e realizar uma avaliação detalhada do grupo familiar (avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional). A partir daí, em parceria com essa família, foram propostas diversas intervenções para melhorar a qualidade de vida da família, para que também desenvolvessem soluções próprias para enfrentar as adversidades.

Portanto, uma das maiores potencialidades do Programa Saúde da Família reside na sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias sob sua responsabilidade. Estes concluem que a referência sistémica tem mostrando-se muito útil na escuta da família como um todo.

Relativamente ao artigo ***“Effects of family nursing conversations on families in home health care”*** desenvolvido por *Broekema et al., 2021*, publicado na Holanda, teve como objetivo avaliar os efeitos das conversas de enfermagem com as famílias, abordar o prestador de cuidados, qualidade de vida dos membros da família, funcionamento familiar e sobre os cuidados de saúde e assistência que recebem. Estes autores afirmam que as conversas de enfermagem devem estar disponíveis para as famílias que se deparam com situações de stresse com o intuito de promover o funcionamento familiar. Acrescentam que as **“Conversas de Enfermagem Familiar”** fornecem uma ferramenta aos enfermeiros na sua tarefa de apoiar as famílias que se confrontam com problemas de saúde, considerando que deveria existir formação para capacitar os enfermeiros a conduzir essas conversas pois são uma mais valia para os cuidados de saúde prestados no domicílio muitas vezes por familiares. Estas conversas são baseadas nos Sistemas Familiares e Enquadramento de Enfermagem, a premissa subjacente são os relacionamentos entre pessoas, saúde e doença que se influenciam mutuamente. Uma conversa familiar de enfermagem é uma conversa planeada onde os membros da família e o enfermeiro conversam sobre diversas situações. A família e o enfermeiro decidem juntos quem deve participar na conversa, considerando 12 componentes principais que são construídos para promover processos de resiliência familiar.

Os componentes incluem uma exploração da estrutura e rede familiar, partilha de experiências, emoções e necessidades identificadas, formulação de uma partilha objetiva e estabelecidos acordos. Outros componentes são, que os enfermeiros incentivam a comunicação, para que se conheçam experiências passadas que provocaram dor, elogiar as famílias pelos seus pontos fortes e discutir, fortalecer e desafiar as crenças dos membros da família sobre saúde e doença. Estes componentes das conversas de enfermagem familiar destinam-se a otimizar o funcionamento familiar, melhorar a coordenação entre profissionais e os familiares cuidadores e em evitar ou diminuir a sobrecarga do cuidador.

Estes autores acreditam que o mau funcionamento familiar está associado à sobrecarga do cuidador. Um bom funcionamento familiar é definido neste artigo através de cinco atributos: manter relacionamentos coesos, cumprir papéis familiares, lidar com problemas familiares, ajustando rotinas familiares e comunicar efetivamente. Esses aspetos

são direcionados na enfermagem de família pelo meio das conversas, e os resultados das conversas devem ser implementados em plano de cuidados. Como resultado, este artigo descreve que as conversas familiares de enfermagem melhoraram o funcionamento familiar e contribuem para o bem-estar dos familiares cuidadores, prevenindo o aumento da sobrecarga do cuidador.

Por fim, o artigo “**Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar**” foi desenvolvido por Costa *et al.*, 2015, apresenta uma investigação qualitativa sobre o autocuidado do prestador de cuidados cujo os objetivos foram identificar os estímulos positivos e negativos que este cuidador recebe da família e analisar as necessidades de cuidados de enfermagem de acordo com estes estímulos considerando a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. Com o aporte da teoria fundamentada nos dados, foram entrevistados 11 familiares cuidadores de adultos e idosos dependentes de cuidados domiciliários após a alta de um hospital universitário no Brasil, em 2011.

O conceito chave da Teoria Geral de Dorothea Orem, é que o autocuidado é o cuidado pessoal que as pessoas realizam diariamente para regular o próprio funcionamento de vida e desenvolvimento humano, sendo uma função humana regulamentar, este conceito expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas, com dependência no autocuidado necessitam da enfermagem. A Teoria do Déficit de Autocuidado engloba a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que identifica a demanda de autocuidado do que pode ser parcial, total ou apenas a necessidade de apoio e educação da enfermagem.

Estes autores referem que observaram com as famílias a existência de uma rotina de alternância entre os familiares cuidadores ou mesmo uma hierarquização do conjunto de ações e cuidados. Todavia, quando é pequeno o número de elementos na família, tal alternância ou hierarquização não acontece, acentuando-se a sobrecarga do prestador de cuidados, na medida em que o cuidador assumia os cuidados ao seu familiar dependente no domicílio, o autocuidado sofria influências conforme os estímulos da restante da família. As duas subcategorias emergentes dos discursos foram analisadas em duas categorias: **Estímulos positivos:** acolhimento, interações afetivas e apoio no interior da família. **Estímulos negativos:** acusações, cobranças e negação de apoio por outros membros da família.

A utilização das Teorias de Dorothea Orem mostrou que a necessidade dos cuidados de enfermagem pelo cuidador familiar aumenta na medida em que são encontrados estímulos

negativos como a falta de apoio e compreensão e a cobrança, que comprometem tanto o cuidado do familiar dependente quanto o autocuidado do cuidador. Um dos estímulos negativos encontrados por estes investigadores foi a falta de compreensão de outros familiares, presenciado quando havia discordância de outros membros da família quanto às atitudes do prestador de cuidados em relação ao cuidado à pessoa dependente. Nos positivos, observaram que ao longo do trabalho de campo que, quando o cuidador recebia apoio e era acolhido no seio familiar, ele desenvolvia o seu papel com mais estímulo e motivação, tendo assim uma menor sobrecarga. A expectativa de melhoria das condições de vida da família constituiu-se num desses estímulos, através da esperança do cuidador em encontrar melhores condições de acesso aos cuidados para o familiar dependente, além da expectativa de melhoria do estado de saúde do membro da família dependente.

Estes autores afirmam que programas de suporte formal devem ser incentivados para promover o equilíbrio familiar, favorecer a redução de conflitos e fornecer aos familiares cuidadores uma referência profissional para orientá-los, capacitá-los e favorecê-los na conciliação do autocuidado com os cuidados do familiar dependente. Dois exemplos de programas que são realizados pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, a estratégia saúde da família, através da realização de visitas domiciliares periódicas e o serviço de atenção domiciliar, reunido em três modalidades de atenção, de acordo com o perfil do familiar dependente. Ao auxiliar e prestar cuidados à pessoa dependente no domicílio, o enfermeiro estará a colaborar tanto para a capacitação do cuidador, quanto para uma assistência integral a partir do momento em que a família também é envolvida no plano de cuidados.

Em síntese, os modelos que conseguimos mapear com esta *scoping review*, abordam que qualquer situação de stresse pode influenciar o bem-estar da pessoa tanto quanto pode afetar a vida de toda a família, centrando-se nas mudanças que ocorrem no ciclo vital decorrentes das diversas transições das famílias. Os modelos encontrados são diversos, que vão desde a teoria do autocuidado de Orem, escala de Funcionalidade Familiar, Saúde e Apoio Social, pressupostos do Modelo de Calgary de Intervenção Familiar e no Modelo das Crenças na Doença, Modelo de Olson, abordagem dos sistemas familiares no referencial sistémico assente no modelo de Calgary e Sistemas Familiares/Enquadramento de Enfermagem. Este mapeamento permitiu aprofundar conhecimentos relativamente à abordagem com as famílias incluindo a melhor evidência.

Alem dos resultados da *scoping review* realizada, da análise da literatura baseada na melhor evidência, foram encontrados resultados bastante pertinentes, podendo verificar que ao

longo dos anos e na atualidade o MDAIF tem permitido distintas perspectivas para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar e serve de guia orientador para a prestação.

Corte *et al.*, 2017, com o objetivo de avaliar a família segundo MDAIF e promover intervenções de acordo com as necessidades da família potenciando os recursos existentes, através de um estudo qualitativo, perceberam que o MDAIF permitiu identificar as necessidades da família e intervir/propor intervenções integrando todos os elementos da família e potenciando os recursos existentes. Contribuiu para ganhos em saúde, principalmente nas competências adquiridas com prestadora de cuidados e melhor satisfação conjugal e partilha de tarefas domésticas.

Brás *et al.*, 2019, realizaram um estudo qualitativo descritivo com o objetivo de avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem numa família em contexto domiciliário à luz do MDAIF, percebeu que o modelo sistematiza e orienta a prática de cuidados de enfermagem na e com a família, mostrou ser sensível às necessidades da família como unidade de cuidados, no concreto contribuiu para a melhoria sensível às necessidades da família como unidade de funcionamento familiar

Também Marques *et al.*, 2020, através de um estudo quantitativo, do tipo descritivo transversal realizou uma avaliação das necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular, com 30 famílias, através da aplicação MDAIF, que lhes permitiu perceber que os portadores de patologia neuromusculares, em geral, apresentam como principais dependências, os autocuidados de higiene, vestuário e uso sanitário. No que se refere ao processo familiar, é possível verificar que existe saturação do papel do cuidado doméstico, sendo este papel muitas vezes assumido pelos pais.

Por fim, Murteiro *et al.*, 2021 realizaram um estudo de caso qualitativo que com o objetivo de encontrar as necessidades de cuidados de enfermagem da família, explorar os ganhos em saúde que decorrem das intervenções do enfermeiro com recurso ao MDAIF. Concluiu que o MDAIF permitiu direcionar e estruturar as práticas de enfermagem com a família, contribuindo para a sustentabilidade do funcionamento familiar.

Posto isto, os modelos referidos, na sua maioria são sustentados no pensamento sistémico centrando-se nas mudanças que ocorrem no ciclo vital decorrentes das diversas transições das famílias. As competências do EEECESF estão alinhadas com os pressupostos dos

referenciais utilizados num contexto específico de cuidados de saúde como é o caso de cuidados de saúde de saúde primários em Portugal.

3- DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

No sentido de demonstrar a forma como foram desenvolvidas as atividades no âmbito da componente clínica em seguida será apresentado detalhadamente essas mesmas atividades realizadas com as seis famílias e também descrever as atividades realizadas no que concerne à liderança e colaboração nos processos de intervenção.

3.1- Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

As atividades desenvolvidas no âmbito da competência da prestação de cuidados à família como unidade de cuidados é sustentada num referencial teórico e operativo de ESF, o MDAIF. A matriz operativa do modelo foi usada na recolha de dados e na identificação dos diagnósticos de enfermagem. A conceção de cuidados de enfermagem às famílias e, conseqüentemente a implementação dos mesmos, tendo por base este modelo, seguiu uma filosofia de cuidados sistémicos, coordenados e holísticos assim como as atividades que concretizam as intervenções. Neste processo, procurou-se identificar e mobilizar os recursos e forças da família. Os resultados em ganhos em saúde familiar, face aos objetivos e critérios de resultados foram definidos colaborativamente com as famílias (Figueiredo, 2012).

É importante salientar que o uso de teorias de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporcionando a descrição, explicação e reflexão sobre a prática, ajudando o enfermeiro a identificar o que é mais adequado a cada situação, assim sendo, na abordagem aos membros da família individualmente tivemos por base a teoria das transições desenvolvida por *Afaf Meleis*, que considera que um acontecimento na saúde da pessoa e família ou até prestador de cuidados é por si só um fator desencadeante de mudança na vida de um individuo. Assim a forma como alguém se percebe previamente à mudança é alterada, tendo necessidade de vivenciar um processo de transição (Silva *et al.*, 2019). A autora da teoria refere que todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições, estas podem ser o resultado da mudança e podem resultar em mudança (Meleis, 2010). Sendo assim, é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição, as condições que as facilitam ou dificultam e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as conseqüências da mesma são: pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010).

Mas também outras, encontradas na *scoping review* como a teoria do autocuidado de Orem, que engloba a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, onde identifica a demanda de autocuidado que pode ser parcial, total ou apenas a necessidade de apoio e educação por parte dos enfermeiros. Tendo como referência o constructo teórico de Orem, ao abordar o autocuidado com o prestador de cuidados no domicílio, apreende-se que, mediante o suporte de uma rede social de apoio informal, instala-se o sistema de enfermagem de apoio e educação, em que o cuidador tem capacidade e disponibilidade para aprender habilidades e o enfermeiro irá orientá-lo no desenvolvimento de sua função (Costa *et al.*, 2015).

Durante os estágios foi possível trabalhar, de forma mais próxima, com seis famílias alargadas que integram grandes dependentes no autocuidado, em contexto de atendimento através de visitas domiciliárias previamente agendadas numa lógica de promoção da saúde, prevenção da doença e também vigilância. Foi possível perceber que estas famílias tinham passado por desafios comuns, mas cada uma num registo específico, ou seja, com as suas próprias características, nos quais o ESF assume um papel relevante ao adotar diferentes abordagens para que os cuidados sejam mais efetivos e que visem a promoção da saúde da família e dos seus membros. De acordo Wright e Leahey (2011), na relação com as famílias não devem existir intervenções padrão, pois estas devem ser definidas em colaboração com a família, respondendo às reais necessidades da mesma, tendo sido seguido esta consideração.

Durante as visitas domiciliárias, o número de elementos da família presentes foi variável, pois nem sempre foi possível que todos os membros participassem, devido aos horários laborais. A abordagem e cuidados às famílias, e aos seus membros individualmente, encontram-se explanados em planos de cuidados específicos para cada família. As seis famílias foram identificadas com números (de 1 a 6) e os seus membros com letras que não correspondem às iniciais dos seus nomes, de forma a garantir o anonimato. Consideramos que seria enriquecedor a presença de todos os elementos da família, mas criamos mecanismos de *feedback* para levar e trazer informação mais relevante. Mesmo assim, foi possível recolher dados pertinentes da dinâmica familiar que permitiram intervir nas necessidades identificadas. Permitiu perceber alguns aspetos de caracterização estrutural, como se as pessoas consideram que rendimento familiar é suficiente para fazer face à situação, as condições da habitação e a presença ou não de animal doméstico e outros dados face a áreas de atenção, que permitiram ou não confirmar hipóteses diagnósticas.

Nos planos de cuidados estão apresentados, os dados que levaram à identificação de diagnósticos de enfermagem. Assim, apresentamos uma breve caracterização de cada família e em seguida um plano de cuidados para a família enquanto cliente e para os indivíduos separadamente onde são apresentados dados, diagnósticos, objetivos, intervenções e a avaliação. O acompanhamento das famílias levou à obtenção de alguns ganhos em saúde nas famílias coletivamente e nos indivíduos em determinadas áreas, que estão explicados nos planos de cuidados de cada uma delas apresentados neste relatório. Estes ganhos prenderam-se essencialmente a nível do processo familiar e também a nível do Papel do Prestador de Cuidados percebendo que este interferia na dinâmica familiar em diferentes áreas de atenção, contudo consideramos nem sempre foi possível após avaliação conseguir ganhos em saúde em todas as áreas, pois o trabalho com as famílias e os seus membros requer tempo, e nem sempre foi possível que as mudanças ocorressem num curto período de tempo, assim consideramos que a continuidade de cuidados com estas famílias é crucial.

Após identificados os diagnósticos, foi elaborado um plano de intervenção ajustado às características de cada família. Ao longo da intervenção com as famílias foi importante a utilização de técnicas transversais e das técnicas ativas que pretendem constituir uma mais valia para a capacitação do sistema familiar através da procura das soluções para os problemas identificados (Figueiredo *et al.*, 2022). Questões circulares são usadas quando o objetivo é explorar, estas auxiliam o enfermeiro a entender as diferenças de contextos, as diferentes formas de perceção dos membros da família ou para entender a relação entre os efeitos comportamentais dos diferentes membros da família (Baptista & Teodoro, 2012). As questões reflexivas que são usadas na perspetiva de melhorar a auto-organização do sistema familiar, e induzirem uma coconstrução de novas visões, implicando em muitos casos a alteração nos significados (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões estratégicas surgem através da confrontação e permitem orientar para novos padrões (Figueiredo, 2012). Ao longo da intervenção foram tidos em conta princípios da circularidade, neutralidade e hipotetização. A técnica de circularidade como princípio orientador nas entrevistas familiares, refere-se à capacidade que o enfermeiro apresenta face às retroações da família, baseadas no que o mesmo solicita sobre as diferenças e as mudanças no sistema familiar (Galera e Luís, 2002).

Na prática clínica da enfermagem de saúde familiar é também importante que o enfermeiro auxilie a família no reconhecimento das suas forças positivas para que possam ser

potencializadas (IFNA, 2015). Com essa prática de potencialização e de elogio às forças da família, trabalha-se para a descoberta de recursos existentes, que até então eram desconhecidos contribuindo para o aprimoramento do processo das relações familiares (Claus *et al.*, 2018).

Importa ainda referir que para descrever a conceção de cuidados foi usada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para descrever os diagnósticos, objetivos e intervenções por ser a linguagem comum reconhecida na área disciplinar. Em Portugal, e em particular no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os enfermeiros dispõem de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) em que documentam todos os cuidados prestados, nos diferentes contextos. A operacionalização destes tem vindo a utilizar a CIPE para esse fim, neste momento a versão Beta 2 da CIPE é a versão utilizada nos SIE em uso, nomeadamente no SClínico (Bastos *et al.*, 2022).

- **Família 1**

A família 1, é uma família alargada constituída por três elementos, como identificado no genograma. O membro da família o senhor 1. A é um grande dependente desde 2016, após um AVC. É também amputado do membro inferior direito devido a um acidente. O sr.1.D é filho do senhor 1.A, tem o 9º ano de escolaridade, é picheleiro, mantendo um vínculo forte com o trabalho. Tem uma filha, a 1.E. Os membros família extensa significativos são a senhora 1.B e a senhora 1.C, filhas do sr. 1.A, que assumem o papel de prestadoras de cuidados. Tomam conta do pai de forma alternada, ficando responsável uma por cada semana. A família conta com o apoio de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) para prestar cuidados de higiene ao elemento dependente. De acordo com a Escala de Graffar adaptada, em que para o efeito deve ser considerado o elemento da família com maior nível de classificação e por isso considerou-se o membro da família o sr. 1.D, com a pontuação total de 14 que equivale à posição social III, classe média.

Foram realizadas quatro visitas domiciliárias, nas duas primeiras com a presença dos membros da família 1.A e 1.B e as restantes com 1.A e 1.C. Na figura apresentada a seguir está representado o genograma desta família.

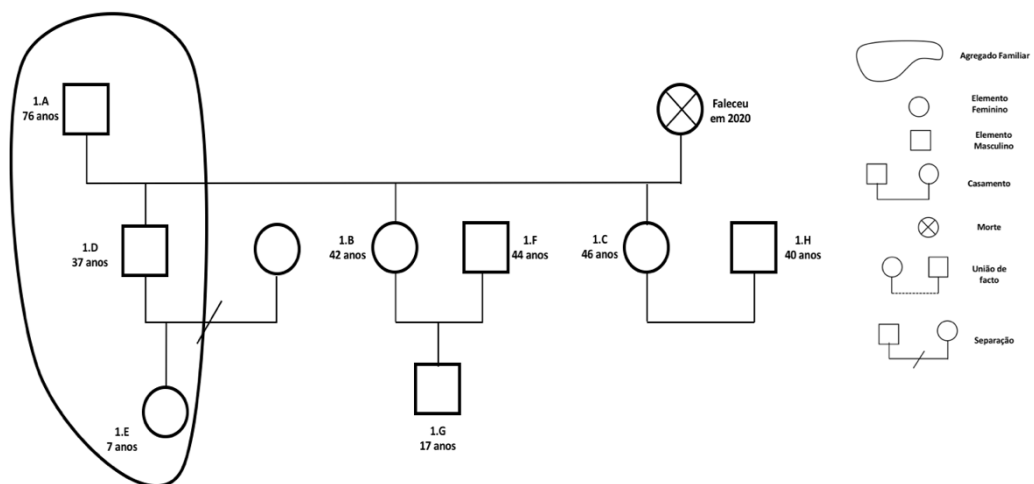


Figura 1: Genograma da família 1

A nível da avaliação estrutural constituiu-se como forças e recursos da família, edifício residencial seguro e não negligenciado, uma precaução de segurança demonstrada, abastecimento de água adequado e animal doméstico encontrava-se vacinado e desparasitado e os membros da família têm conhecimento sobre a vacinação e desparasitação.

No que concerne à área de atenção do rendimento familiar, os membros desta família não tinham conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, assim elencou-se o diagnóstico de rendimento familiar insuficiente por conhecimento/ capacidade não demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, pelo que as intervenções com a família passaram por: Requerer serviços sociais (técnica de serviço social), orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) e promover a gestão do rendimento familiar. O processo foi iniciado pela referenciação em conjunto com a enfermeira tutora para a assistente social e médico de família para iniciar o processo de pedido do atestado multiusos.

No que diz respeito à dimensão funcional relativamente à área de atenção do papel de prestador de cuidados, a prestadora de cuidados demonstrou ter conhecimentos em algumas áreas de atenção sobre o autocuidado da pessoa dependente. Elencou-se os diagnósticos de Conhecimento/Aprendizagem de habilidades não demonstradas sobre autocuidado de ir ao sanitário por não conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos,

pois as prestadoras de cuidados não sabiam como utilizar a arrastadeira, para isso realizamos as seguintes intervenções: Ensinar/Instruir e Treinar o PC (Prestador de Cuidados) sobre equipamentos adaptativos. Conhecimento/Aprendizagem de habilidades não demonstradas atividade recreativa por não conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência e sobre a importância de manter atividades de lazer, as prestadoras de cuidados e o sr. 1.A referiram que a única atividade que fazia durante o dia era ver televisão. As nossas intervenções foram: Avogar ao PC para promoção de atividades de lazer, como perceber junto o sr. 1.A quais seriam outras atividades que este gostaria de fazer durante o dia, motivar o PC para a promoção de atividades de lazer do dependente.

Elencado também o diagnóstico de Conhecimento/Aprendizagem de habilidades não demonstradas sobre atividade física, por não conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado e sobre técnicas mobilização, importa referir que o membro da família (1.A) apresenta rigidez articular, foi executado a realização de mobilizações passivas do membro inferior direito e membros superiores, e as intervenções com as prestadoras de cuidados foram: Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado, Ensinar/Instruir/ Treinar PC sobre técnicas de mobilização. As PC foram incentivadas a realizarem estes exercícios, no sentido de prevenir o agravamento da rigidez articular.

A nível dos significados atribuídos à dependência, havia o potencial para melhorar os significados atribuídos, uma vez que o senhor 1.A apresentava crença inibidora do processo de transição saúde-doença, referindo “custa-me ser dependente, ainda não me habituei a ser cuidado pelas minhas filhas, custa muito.” O envolvimento nos cuidados também carecia de ser melhorado devido à sua elevada dependência e por não aceitar o seu estado de saúde estava resistente a mudanças nas suas rotinas e à realização dos exercícios. Para além disso, não demonstrava vontade de promover o seu bem-estar nos diferentes domínios da gestão de doença, recusava mudança de decúbito e transferências, tendo assim uma atitude dificultadora. Foi necessário desconstruir crenças sobre o processo de saúde doença, promover o envolvimento do próprio no processo de gestão da doença e promover a volição, encorajando-o e descrever junto deste as vantagens de mudança de decúbito e transferências. Após a avaliação o sr. 1.A tornou-se mais recetivo à realização dos exercícios passivos e também aos posicionamentos, mostrando envolvimento e mudando e atribuindo um significado facilitador a este processo de adesão à atividade física.

Procedemos também à avaliação do consenso, conflito e saturação do papel de prestador de cuidados com as familiares cuidadoras que se revelaram não comprometidas e assim áreas consideradas como forças e recursos da família.

No que se refere ao processo familiar foi avaliada a comunicação familiar a nível da comunicação emocional, verbal/não verbal e circular, revelou-se que o Processo Familiar é disfuncional por comunicação não eficaz, pois constatou-se que ao nível da comunicação emocional os membros não estavam satisfeitos relativamente ao modo de expressão dos sentimentos, assim como o impacto que os sentimentos de cada um têm na família não é percebido como favorável. Os membros da família vivenciaram em 2020 a morte de um dos seus membros, estes tinham dificuldade em falar sobre como se sentiam face a esse episódio o que tinha um impacto negativo, pois atribuíam um significado dificultador a este evento, dificultando assim também a expressão dos seus sentimentos em diferentes áreas, pois não estavam acostumados a fazê-lo. A nossa intervenção passou por promover a comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família e otimizar a comunicação na família, utilizando como estratégia técnicas transversais e a técnica ativa Carta Terapêutica: “Perante o que estão a viver percebo que se sintam tristes e confusos. A própria perda de um elemento tão significativo acarreta mudança na família. Se me permitem vou lançar-vos um desafio. O que me dizem de escreverem uma carta a transmitir o que tem sentido nesta fase para cada um dos elementos da vossa família como se eles não soubessem o que está a acontecer. Sentem-se á vontade para isso?”

A Carta Terapêutica tem como foco o contexto, conteúdo, intenções e efeitos causados na família (Barros, 2010). As cartas terapêuticas são um recurso para a prática clínica, entendidas como uma forma de documentação e de intervenção terapêutica (Paiva, 2012). Estas estratégias para implementar intervenções visaram facilitar o processo de comunicação dos membros da família para comunicar os seus sentimentos, significados atribuídos à situação e a satisfação relativamente ao modo de expressão dos mesmos, tornando a comunicação familiar eficaz. Para isso, um dos membros da família recorreu à escrita da carta terapêutica, referindo que se se sentiu muito bem ao fazê-lo, contudo não se sentia preparada para a partilhar com alguém. Os elementos da família após a intervenção sentem e reconhecem a importância de conversar e expressar o que sentem, principalmente quando se sentem tristes. Uma evolução positiva sentida ao longo das visitas domiciliárias, foi uma melhoria significativa na forma como os membros da família expressavam os sentimentos e significados.

- **Família 2**

A família 2 é constituída pela sra. 2.A, totalmente dependente em todos os autocuidados. Pela filha da sra. 2.A, pelo seu marido o sr. 2.C e pelo filho do casal, o 2.D. A sra. 2.B é prestadora de cuidados da sra. 2.A há 5 anos, data que deixou de trabalhar para ser cuidadora a tempo inteiro. Esta é uma família de classe média, segundo a Escala de Graffar adaptada, que residem numa moradia grau 3.

A senhora 2.A tem como antecedentes pessoais diabetes tipo 2, AVC isquémico ocorrido em 2013 e demência. A senhora 2.B, verbaliza tristeza, tendo prescrição médica de antidepressivos. O 2.D é o único filho do casal, este tem como antecedentes pessoais dislexia, tendo sido realizada a referenciação para o projeto Necessidades de Saúde Especiais (NSE) da UCC do ACeS para uma intervenção da equipa de saúde escolar. Foram realizadas quatro visitas domiciliárias, com a presença dos membros da família 2.A e 2.B.

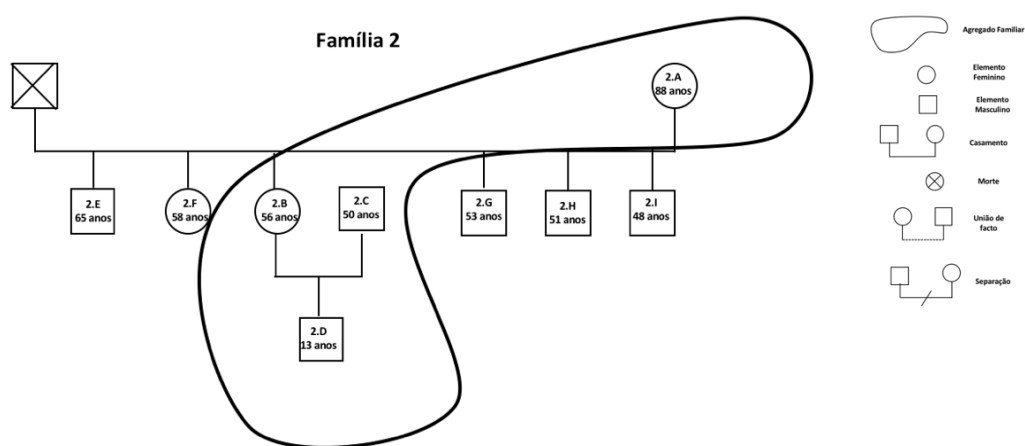


Figura 2: Genograma da família 2

Sendo esta uma família com filhos na escola, procedi à avaliação do papel parental que se revelou como força desta família o conhecimento demonstrado, existindo também consenso do papel, não existindo saturação e conflito. No que diz respeito à avaliação dos comportamentos de adesão os mesmos eram não demonstrados pois os pais não promoviam um padrão de atividades de lazer adequados à criança não promovendo a sua socialização.

A título de exemplo, a sra 2.B referiu que o filho nunca tinha ido à praia, pois quando nasceu a mesma já era cuidadora a tempo inteiro o que não a permitia sair de casa como desejava.

A nossa intervenção englobou ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança e também sobre socialização, motivar os pais para a socialização da criança, motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança. Recorreu-se também ao uso da metáfora, utilizada porque tem o objetivo de gerar novos comportamentos produtivos, engloba comparações em que as imagens evocam associações de ideias, memórias e sensações. O enfermeiro deve oferecer uma experiência substitutiva na qual a pessoa tenha a oportunidade de operar a partir de um conjunto diferente de filtros, que lhe possibilite o acesso a escolhas antes desconhecidas. Oferecer uma solução, ou conjunto de soluções, para a situação isomorfa, que possa ser generalizada, levando o cliente a fazer as mudanças adequadas (Alves, 1999). E também do uso do ritual terapêutico, descrito por um conjunto de ações a realizar com uma sequência regular, aceites pela família que deve ser especificado em termos de lugar, hora, ritmo de repetição e sequência, são por um conjunto de ações a realizar com uma sequência regular, aceites pela família que deve ser especificado em termos de lugar, hora, ritmo de repetição e sequência (Figueiredo, 2012). O objetivo das intervenções englobavam que fossem encontradas estratégias de como podia realizar a ida à praia que tanto desejavam com o filho conciliando com o seu papel de cuidadora, estabelecerem-se objetivos e um plano de intervenção adequado a estas necessidades, através de organização da própria família e também procura de soluções em conjunto para a resolução de problemas, como por exemplo ter alguém de referência que posso cuidar da sua mãe durante algumas horas e abordar com a prestadora de cuidados sobre os recursos comunitários existentes, como por exemplo os centros de dia. A título de exemplo, a família conseguiu encontrar uma estratégia para ir à praia, pois era algo que gostariam muito de fazer, tendo a ajuda de uma amiga da família que ficaria com a senhora 2.A.

Ainda na dimensão de desenvolvimento foi avaliada a satisfação conjugal, fez-nos sentido avaliar esta área de atenção por se tratar de um casal jovem e a prestadora de cuidados dedicar muito tempo à prestação de cuidados da sua mãe. Para além disso, devido também aos processos de conjugalidade se transformarem ao longo da vida do casal, associados a maior parte das vezes à forma como este se adapta às transições dos seus elementos (Figueiredo, 2012). Contudo, não foi possível elencar um diagnóstico por a atividade diagnóstica ter sido realizada apenas com um membro do casal e este se encontrar satisfeito em todas as dimensões operativas, não sendo possível realizar com o outro elemento.

Na dimensão funcional foi avaliado o papel de prestador de cuidados, em que demonstrou ter conhecimentos em alguns critérios sobre o autocuidado da pessoa dependente, contudo a PC referiu que tinha dificuldades no momento do banho no leito principalmente na lavagem do cabelo, demonstrando como o fazia e referindo que lhe provocava dores lombares e que perdia muito tempo nesse momento por não saber executar técnica correta. A sra. 2.A apresentava rigidez articular, pelo que foram executados exercícios musculo-articulares dos membros inferiores direito e membros superiores. A PC não tinha conhecimentos sobre estes exercícios e por isso não os praticava. Reconhece-se importância da ingestão adequada de líquidos que não era realizada, pois a PC referiu que não insistia com a mãe para que este bebesse água. Face aos dados, foi elencado o diagnóstico de Papel de Prestador de Cuidados não adequado por Conhecimento do Papel de Prestador de Cuidados não demonstrado/comportamentos de adesão não demonstrados. Sobre o autocuidado Higiene foram realizadas intervenções com o objetivo que a prestadora de cuidados adquirisse conhecimentos sobre a técnica correta de dar banho incluindo a técnica de lavar o cabelo, como Instruir/ Treinar PC sobre a técnica do banho, Ensinar/Instruir sobre a higiene do cabelo. Relativamente à ingestão adequada de líquidos, as intervenções foram as seguintes: Ensinar PC sobre padrão de ingestão de líquidos, planejar estratégias de ingestão de líquidos com o PC. No que se refere ao Conhecimento/Aprendizagem de habilidades não demonstradas sobre atividade física intervimos no sentido de: Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência, sobre padrão de exercício adequado, Ensinar/Instruir/ Treinar PC sobre técnicas de mobilização com o objetivo de promover um padrão de exercício adequado ao membro da família dependente. A PC foi incentivada a realizarem estes exercícios, no sentido de prevenir o agravamento da rigidez articular.

Procedemos também à avaliação do processo familiar para uma melhor compreensão da dimensão interracional da família, percebendo que o processo familiar é disfuncional por comunicação não eficaz e interação de papéis não eficaz, pois os membros da família não eram capazes de comunicar os seus sentimentos e que por isso não se sintam satisfeitos relativamente ao modo de expressão de sentimentos, o que tinham um impacto negativo na família por não serem claros e diretos no discurso. O papel de parente também era não eficaz, pois a comunicação que se estabelecia entre os membros da família extensa seria uma área a melhorar, desde a pandemia o contacto que mantém com a família extensa é reduzido, sentindo-se triste de por vezes não se sentir apoiada.

Acrescentando aos resultados da intervenção com esta família, a prestadora de cuidados referiu, no momento da avaliação, ter conversado com o marido e o filho sobre como se sentia e percebeu que o filho a entende e que não lhe atribui culpas por não conseguir disponibilizar tanto tempo quanto desejaria, referiu que conseguiram ter um momento de partilha que consideram importante para o bem estar familiar. A sra 2.B revelou também que os três conversaram sobre as consultas realizadas e todos concordaram em fazer um esforço para melhorar o padrão de comunicação familiar. Acrescenta que sentiu uma melhoria significativa na técnica do dar banho e sente-se mais confiante ao lavar o cabelo da sua mãe no leito. Para além disso, a prestadora de cuidados refletiu sobre alguns aspetos da sua própria saúde tomando iniciativa de iniciar um tratamento dentário que precisava de fazer, percebendo que para cuidar de outros terá primeiro que cuidar si própria.

- **Família 3**

A família 3 é constituída pela senhora 3.A, totalmente dependente e pelo casal 3.C e 3.B. O 3.C é filho da 3.A. Após o falecimento do marido a 3.A agravou o seu estado de saúde, o casal decidiu mudar-se para casa da 3.A para estar mais próximo desta, sendo a esposa do 3.C a 3.B que assume o papel de prestadora de cuidados. A família extensa mais significativa para esta família é o filho do casal, a sua esposa e a filha destes, sendo que assumem funções de apoio emocional, guia de conselhos e regulação social.

Foram realizadas cinco visitas domiciliárias, com a presença da 3.A e 3.B.

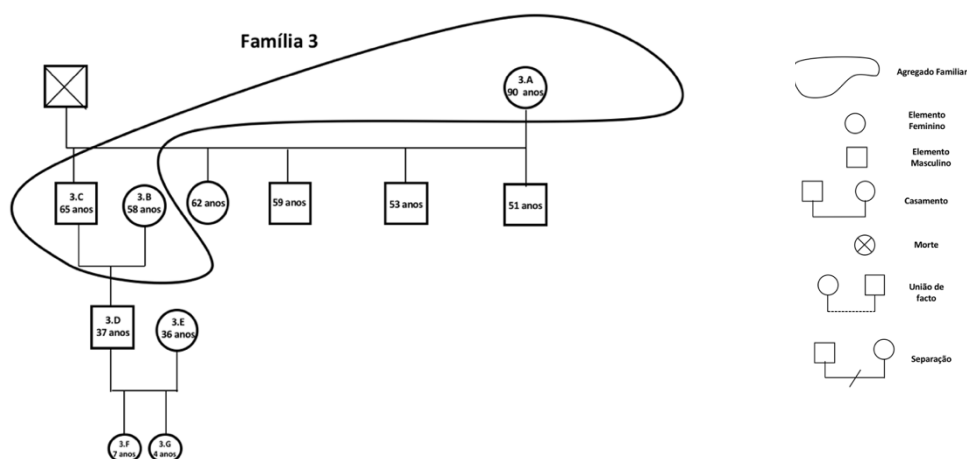


Figura 3: Genograma da família 3

Na dimensão de desenvolvimento foi avaliada a satisfação conjugal, naquilo que diz respeito à relação dinâmica. A partilha das tarefas domésticas e a forma como cada um expressa os seus sentimentos, constituiu uma força e recurso da família. Relativamente ao tempo em que passam juntos os membros da família não se encontravam satisfeitos, pois a prestadora de cuidados gostaria de passar mais tempo com o marido (atribuindo um 4 numa escala de 1 a 10). Refere que sabe que dedica muito tempo à sogra, motivo pelo qual não fazem atividades juntos. Questionada sobre o que gostava de fazer para puderem passar mais tempo juntos, diz que gostaria de voltar a conseguir ir aos passeios organizados pelo grupo de amigos.

Face aos dados foi elencado o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional. Assim sendo, o objetivo estabelecido com a família gerador de mudança era que o casal encontrasse estratégias para passar mais tempo juntos, para isso as intervenções foram: motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas, promover a comunicação expressiva de emoções, aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas, motivar para atividades em conjunto, planejar rituais familiares pelo que recorreremos também à técnica ativa conotação positiva: “Sei que a D. 3.B está muito dedicada aos cuidados prestados à sua sogra, mas não acha que seria benéfico para todos na família que o senhor 3.C também participasse em alguns dos cuidados? Assim também acabariam por passar mais tempo juntos ao longo do dia, o que me diz? “, esta é uma técnica que se foca nas causas positivas do problema, em detrimento das causas negativas. Onde se valoriza não o sintoma em si, mas a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funciona como solução (Alves, 1999).

Na avaliação do papel do prestador de cuidados percebeu-se através da atividade diagnóstica que os comportamentos de adesão eram não demonstrados a nível da promoção da ingestão nutricional adequada pois a PC oferecia doces todos os dias ao membro da família dependente, os lanches eram à base de papas com um elevado grau de açúcar, a sr. 3.A recusava-se a beber água e a PC não insistia. Também não era demonstrado comportamento de adesão de sono-reposo adequado ao membro da família dependente, não existindo rotinas e horários adequados.

Para além disso através de questões como “Tem sentido dificuldade em gerir as tarefas de cuidador? E com outras tarefas? Tem tido tempo para si própria?” “Sente que a sua vida social está comprometida?” “Sente-se sobrecarregada?” percebeu-se que existia saturação do papel de prestador de cuidados. Também através da aplicação da escala de Zarit, percebeu-se que expressa uma sobrecarga moderada associada ao papel de cuidador (score

de 25). Para atingir os objetivos pré-definidos com a família, nomeadamente encontrar estratégias de *coping* para diminuir a sobrecarga, promover a comunicação expressiva de emoções, avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação), negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família, recorreu-se ao uso da técnica de intervenção ativa a metáfora pois esta técnica é usada intencionalmente para influenciar o outro, com utilidade terapêutica e alterar de forma positiva os problemas percebidos (Tay, 2013). Recorremos também à técnica ativa Conto Sistémico que como todos os contos, o conto sistémico não é exceção e começa por: "Era uma vez". Assume-se como o resultado da construção de uma história metafórica a partir do material trazido pela família e da "ressonância" emocional do enfermeiro em contacto com a estrutura e vivência de um sistema familiar (Sanches e Peixoto, 1996). O Conto utilizado foi o seguinte: "Permita-me que lhe conte uma história "Era uma vez um cavalo e um burro que caminhavam pela estrada, com o seu dono que era vendedor ambulante. Toda a carga ia em cima do burro, até que o cavalo se ofereceu para o ajudar, mas o burro teimoso como era não aceitou." O conto foi seguido de questões de como a prestadora de cuidados achava que este terminaria, percebendo assim a associação que a mesma faz com a sua vida.

Após a intervenção a senhora 3.B referiu que conversou com o senhor 3.C e fizeram um acordo em passar mais tempo juntos. O sr. 3.C comprometeu-se a colaborar com a esposa em alguns cuidados, mesmo que não se sinta confortável em alguns aspetos do cuidar, pelo menos fazem companhia um ao outro. A prestadora de cuidados ponderou pedir ajuda a uma amiga, para ter mais tempo para si e referiu que irá tentar ir a um passeio no início do mês de julho.

Relativamente aos resultados atingidos no que diz respeito aos cuidados prestados ao membro da família dependente, a senhora 3.B melhorou os comportamentos de adesão sobre a alimentação, refere não ceder quando a sogra lhe pede algo mais doce e oferece-lhe água várias vezes ao dia. Melhorou também os comportamentos de adesão sobre os hábitos de sono do membro da família dependente, através da criação de rotinas e horários. Quanto ao problema de "obstipação", a cuidadora tinha potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime alimentar, como referido anteriormente e era o momento próprio para intervir, e como tal foi ensinada sobre a necessidade de aumentar alimentos ricos em fibras na dieta habitual, e a quantidade de água a oferecer à pessoa dependente. Detetar precocemente sinais de obstipação era também um dos objetivos e para isso foi também

ensinada a fazer uma vigilância de sinais de impactação e se não evoluísse favoravelmente, ponderar a necessidade de recorrer ao médico de família.

No que diz respeito à sobrecarga do prestador de cuidados e à verbalização de tristeza/humor depressivo após intervenção e através da escuta ativa, e orientações para falar das suas emoções foi conseguido um maior envolvimento da cuidadora. Nos contactos posteriores a cuidadora não verbalizava sentimentos de tristeza e tinha conseguido um maior envolvimento do marido no processo de cuidar.

- **Família 4**

A família 4 é uma família alargada, que reside numa moradia. A família, de classe social média, é constituída pela senhora 4.A de 92 anos, totalmente dependente há 1 ano, devido a um AVC e é mastectomizada à direita. A sra. 4.C assume o papel de prestadora de cuidados da mãe, casada com o senhor 4.D. Esta família é também constituída pelo filho do casal, de 24 anos o 4.F e também por um irmão da 4.A, o sr.4.B, que recentemente iniciou um quadro demencial.

Foram realizadas quatro visitas domiciliárias, com a presença dos membros da família 4.A, 4.B e 4.C.

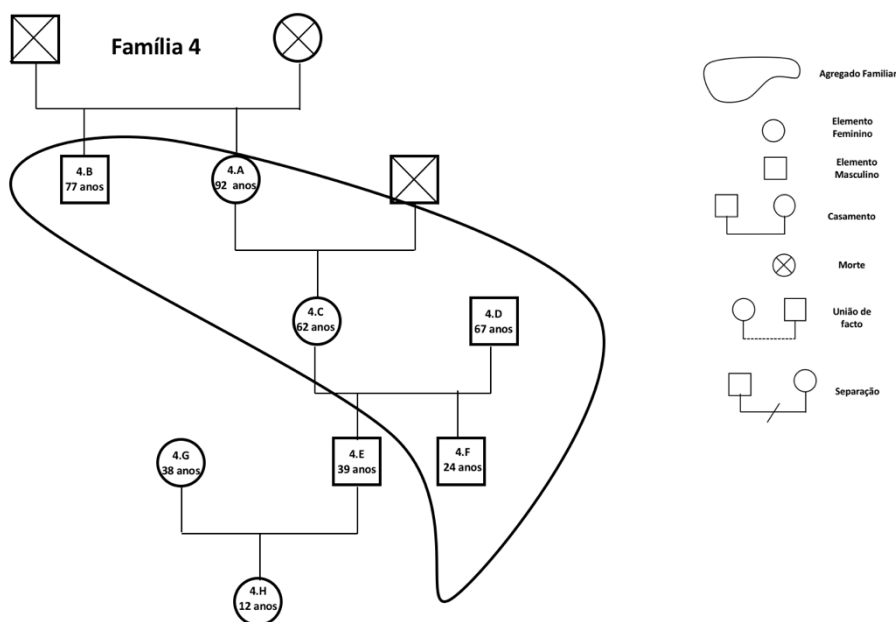


Figura 4: Genograma da família 4

A família 4 é constituída por dois elementos dependentes. A sra. 4.A apresentava úlceras de pressão e ao longo das visitas domiciliárias foram realizados tratamentos às mesmas. Importa também referir que o membro da família 4.A apresenta deglutição comprometida sendo alimentada por sonda naso gástrica, a prestadora de cuidados não promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente. A nossa intervenção face a estes diagnósticos foram instruir e treinar com cuidador para alimentar através de sonda naso gástrica e a otimizar a mesma, analisar com o prestador de cuidados os resultados alcançados e elogiar o desempenho deste.

A Sra. 4.A apresentava também rigidez articular, os comportamentos de adesão por parte do prestador de cuidados encontravam-se não demonstrados pois a prestadora de cuidados não promovia padrão de exercício adequado ao membro da família dependente, elencando-se assim o diagnóstico de Papel de Prestador de cuidados não adequado por comportamentos de adesão não demonstrado. Foram executados exercícios musculo-articulares dos membros inferiores direito e membros superiores, implementamos intervenções como treinar o prestador de cuidados a executar exercícios musculo-articulares e incentivamos a prestadora de cuidados a realizar estes exercícios, no sentido de prevenir o agravamento da rigidez articular, motivar o prestador de cuidados a promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente. Recorreu-se à metáfora na abordagem deste assunto: “Imagine as pernas e os braços da sua mãe como se tivessem parafusos, sabe que ferro parado enferruja, o mesmo acontece com as nossas articulações quanto menos as mexermos menos agilidade elas têm e mais difícil fica de as mexermos, acabando por provocar dor, então tal como objetos em ferro e com parafusos as nossas pernas e braços necessitam de se movimentarem para não se “enferrujarem”. Demonstramos e treinamos também com a prestadora de cuidados a alternância de posicionamentos para alívio de pressão.

No que concerne ao senhor 4.B, este encontrava-se numa fase inicial de demência, apresentando alguns comportamentos desajustados. Necessita de ajuda apenas no autocuidado higiene, que era prestado por uma IPSS. A prestadora de cuidados considera que os comportamentos do tio dificultam a sua rotina diária e confessa que, por vezes, se sente cansada de ter que estar sempre atenta ao tio, com receio que este fuja ou faça algo que o coloque em perigo. Com a aplicação da escala de *Zarit* percebeu-se que existia uma sobrecarga moderada (32) da prestadora de cuidados. A Sra. 4.C refere ser mais difícil cuidar do tio do que da mãe, acrescentando que cuidar da mãe não lhe causa cansaço, gosta muito de o fazer e que se organiza para que as tarefas não lhe causem stresse. Face aos dados

elencamos o diagnóstico de Papel de Prestador de cuidados não adequado por saturação do papel. Assim, considerámos oportuno promover um momento de diálogo e de escuta ativa sobre este aspeto, promover a comunicação expressiva das emoções e promover estratégias de coping para o papel.

Na nossa intervenção foi aplicada a técnica de reenquadramento que consiste em interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua “monotonia” (Alves, 1999), “D. 4.C, muitas vezes precisamos ver diferente para fazermos diferente. Tal como se habituou tão bem a todas as fases da doença da sua mãe, muito provavelmente irá se habituar a lidar com todas as fases da doença do seu tio. A D. 4.C já me referiu que gosta muito de aprender, acredito que esta será uma fase de aprendizagem e que encontrará estratégias para gerir a sua rotina.”. Para além disso, foi explicado à cuidadora o processo demencial, promovida escuta ativa e abordadas estratégias sobre como lidar com a confusão do seu tio, como por exemplo não o tratar como uma criança, tentar reduzir as distrações e barulho quando conversam com este e evitar gritar quando faz algo que não lhes agrada. Trabalhamos com a prestadora de cuidados a consciencialização sobre a dependência do familiar e conhecimento do cuidador sobre lidar com a confusão a promovida com a família a comunicação expressiva das emoções e avaliadas as dimensões não consensuais de papel.

Após intervenções percebeu-se que a prestadora de cuidados desenvolveu capacidades para alimentar a pessoa dependente de forma segura através de sonda nasogástrica. Constatou-se a presença de uma garrafa de água de 1,5L na mesa de cabeceira e a cuidadora referiu que tem conseguido administrar quase todos os dias esta quantidade de água. O membro da família dependente (4.A) passou a ser posicionado corretamente com almofadas, várias vezes ao dia respeitando as indicações de não ultrapassar mais de 3h na mesma posição. A prestadora de cuidados referiu que consegue gerir bem o facto de ter de cuidar da mãe e do tio melhorando a forma como lida com a demência do tio, mostrou compreender a doença e os comportamentos característicos do tio.

- **Família 5**

A família 5 é constituída pela sra. 5.A, de 74 anos, totalmente dependente em todos os autocuidados. Tem como antecedentes pessoais AVC em 2016 e hipertensão arterial. Na moradia vive também o casal sra. 5.B e sr. 5.C e o filho do casal o 5.E de 16 anos.

Foram realizadas quatro visitas domiciliares, com a presença de todos os membros da família, exceto o sr. 5.C.

Não identificam alguém significativo como família extensa. Verificou-se que a atividade laboral da senhora 5.B é um aspeto pouco facilitador para a prestação de cuidados.

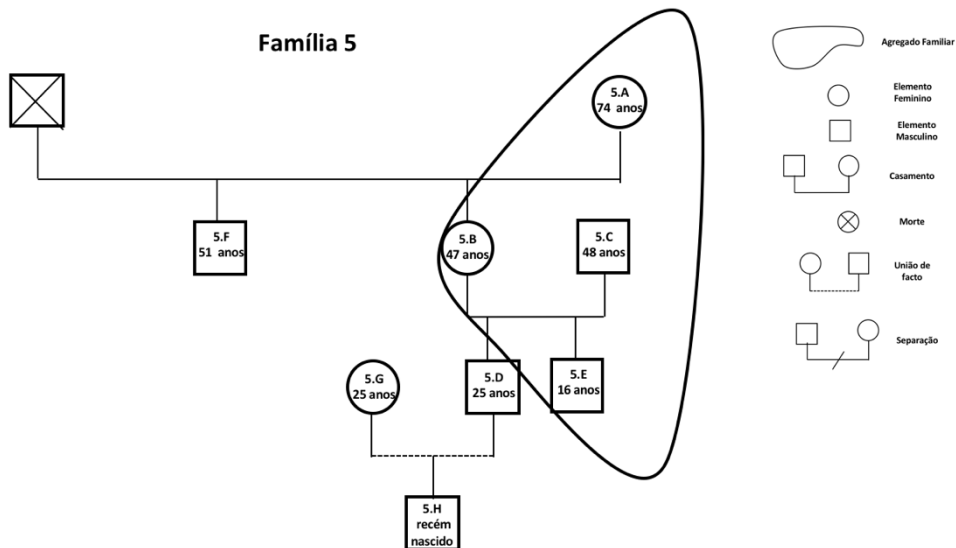


Figura 5: Genograma da família 5

Na avaliação e intervenção com a família, foi identificada uma dimensão a requerer atenção por parte do ESF, a satisfação conjugal. A mesma era não mantida por relação dinâmica disfuncional. O casal não se encontrava satisfeito com tempo que passavam juntos. Pelo que foi necessário trabalhar as forças familiares para que encontrassem estratégias para passarem mais tempo juntos, motivando-os para que realizassem atividades em conjunto, promovendo a comunicação expressiva de emoções e aconselhada a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas. Foi usada a técnica ativa, o Ritual Terapêutico, para que o casal encontrasse atividades que ambos gostassem de fazer e planeassem essas atividades: “D. 5.B diga-me algo que tanto a senhora como o seu marido gostam de fazer?; Como me diz que gostam os dois de cozinhar vou lhe propor um desafio. Encontrarem atividades para fazerem em conjunto é facilitador para que possam passar mais tempo juntos, porque não tentarem 1x por semana preparem um jantar juntos?; Defina em conjunto com o seu marido o dia que vão fazer esse jantar, quem faz as compras dos ingredientes para cozinhar, dividam as tarefas na preparação, decidam quem faz o quê em todas as etapas, o que me diz?; Quando falamos do jantar, poderá ser outra atividade que os dois gostem de fazer e tentem

fazê-la em conjunto. É interessante e como forma de compromisso um com o outro que decidam um dia da semana para fazerem essa atividade, as horas, onde a vão realizar, a partir de quando a conseguem fazer. Acredito que os dois têm as ferramentas necessárias para que consigam passar mais tempo juntos (Reforço positivo e elogio).”

Na dimensão de desenvolvimento, o papel parental constitui uma força e recurso desta família, porque todas as dimensões do conhecimento do papel se encontravam demonstradas.

A intervenção com a família recaiu também ao nível da saturação do Papel de Prestador de cuidados, pois a prestadora de cuidados refere que mantém o seu trabalho numa fábrica de confeção o que nem sempre é fácil de conciliar ambos os papéis, acrescenta que se levanta muito cedo para conseguir organizar todas as tarefas associadas ao seu papel de cuidadora antes de ir trabalhar, quando chega a casa ao fim do dia está extremamente cansada. Para além do uso do reenquadramento como intervenção utilizámos o reforço positivo/elógio de forma a reforçar as forças da família, promovidas estratégias de *coping* para o papel de prestador de cuidados, promoção do envolvimento da família alargada, contudo não foi possível encontrar naquele momento ajuda mais efetiva. Tendo em conta este contexto não foram atingidos resultados, pois a prestadora de cuidados refere que apesar de lhe oferecerem ajuda apenas ela se sente confortável em prestar alguns cuidados, estando resistência à mudança pelo que recusa também a possibilidade de referenciação para descanso de cuidador.

Na avaliação dos resultados conclui-se que os membros do casal relataram melhoria na comunicação com contributo positivo do ritual no tempo que passam juntos. Face a estes resultados, elencou-se o diagnóstico de satisfação conjugal mantida.

- **Família 6**

A família 6, é uma família de classe média, constituída por o sr. 6.A e sra. 6.B que são um casal, e a sua filha sra. 6.C, prestadora de cuidados e o marido da mesma o sr. 6.D. O 6.A é totalmente dependente desde 2013, ano em que sofreu um AVC. Tem como antecedentes: DPOC, O2 contínuo a 1L/min, e insuficiência cardíaca. A sra. 6.B e a sra. 6.C tem como antecedentes pessoais HTA e o sr. 6.D é doente oncológico que realizou transplante de medula há 6 anos.

A família identificou como elemento significativo o elemento 6.E, irmão da 6.C que ajuda algumas vezes, na prestação dos cuidados ao pai e assume a função de guia e conselheiro.

Foram realizadas quatro visitas domiciliares, com a presença de todos os membros da família.

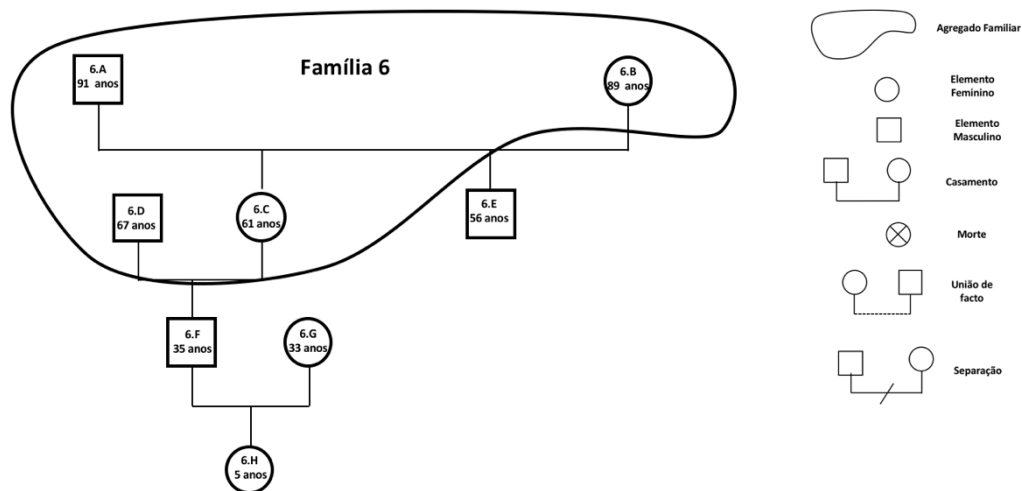


Figura 6: Genograma da família 6

Realizada a atividade diagnóstica na dimensão de desenvolvimento na área de atenção da satisfação conjugal. No que concerne dimensão da relação dinâmica o casal não está satisfeito com o tempo que estão juntos, não estão satisfeitos com a divisão de tarefas, principalmente a prestadora de cuidados. Para além disso, referem não se sentirem satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos. Verificou-se inclusive que a comunicação era não eficaz, o casal sentia dificuldade em conversar sobre as expectativas e receios de cada um e em chegar a acordo quando há discordância de opinião. Elencando-se assim o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional.

O objetivo das intervenções negociadas com casal prendeu-se com a melhoria do padrão de comunicação, na procura de estratégias para a partilha de tarefas domésticas e promovendo a comunicação de emoções e a procura em passar mais tempo juntos, em que as intervenções foram: motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas, promover comunicação expressiva de emoções, motivar para atividades em conjunto, planear rituais familiares. As ações que concretizaram estas intervenções centraram-se no estabelecimento de novas interações, para isso mais uma vez recorri ao uso das técnicas transversais e da técnica ativa a metáfora: “Um jardim é belo quando composto por plantas e flores de todas as espécies de texturas, aromas e cores distintas. Um jardim composto por apenas uma planta torna-se pobre, sem graça, pois as diferenças são necessárias para

enriquecer o jardim”, com objetivo de associação de cuidar de um jardim e cuidar de uma relação.

Após a intervenção, o casal referiu tentar conversar sobre aspetos do cotidiano, por exemplo como correu o dia, expor outros aspetos positivos e negativos do seu dia. Referiram que nem sempre o fazem, mas revelaram que se esforçam. Têm tentado não discutir quando entram em desacordo, e a 6.C referiu ter feito um esforço para ponderar as palavras usadas para manter uma comunicação assertiva. Quando questionados sobre o grau de satisfação com o tempo que passam juntos (de 1 a 10), manifestaram uma melhoria passando de 3 para 6.

O Papel Prestador de Cuidados após atividade diagnóstica elencou-se como não adequado por comportamentos de adesão não demonstrado e saturação do papel. A prestadora de cuidados mantinha o emprego, executando o horário laboral normalmente. Esta sentia-se sobrecarregada e com dificuldade em ter tempo para si própria. Devido ao estado de saúde do marido esta referiu que se sente cuidadora de três pessoas (da mãe, do pai e do marido). Da avaliação percebemos que era necessário trabalhar a comunicação expressiva das emoções, motivar para a redefinição das tarefas pelos membros da família e também a nível do significado atribuído à dependência do familiar em que intervimos ao assistir a família a analisar o significado dificultador, explorando com a prestadora de cuidados as expectativas existentes para o exercício desse papel, trabalhando também a consciencialização.

A nível da saturação do papel de prestador de cuidados intervimos também no sentido de ensinar a família sobre os recursos da comunidade sendo abordadas possibilidade de recorrer ao descanso do cuidador, à contratação de uma cuidadora para ajudar durante o dia. Todavia a mesma recusa dizendo que consegue gerir todas as situações, mantendo-se resistente a ajuda externa.

Ao longo do trabalho desenvolvido com as famílias, percebeu-se que apesar de serem famílias alargadas, o papel de cuidadora era manifestamente reconhecido apenas por um dos elementos causando muitas vezes sobrecarga do mesmo.

3.2- Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

As atividades desenvolvidas no âmbito da competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção foram ao encontro de objetivos específicos estabelecidos

previamente, como promover a gestão dos cuidados otimizando a articulação na equipa de saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família através de referências dos membros da família conforme pertinência para outros profissionais de saúde. Referência dos membros da família dependentes para avaliação da obtenção de atestado que prevê a atribuição de múltiplos benefícios sociais, fiscais e económicos aos seus detentores, consoante o grau de incapacidade e também referência para médico de família em situações agudas.

Promover a melhoria contínua da qualidade no que diz respeito aos planos de ação o alinhamento da assistência a estas famílias integrado nas necessidades da USF era também um dos objetivos a atingir, assim sendo, a atividade delineada para atingir este objetivo era o desenvolvimento de uma ação de formação, que promoveu um momento de reflexão junto da equipa de enfermagem da USF no âmbito da conceção de cuidados às famílias e aplicabilidade do MDAIF na prática dos cuidados de enfermagem às famílias, dos registos informáticos em Sclínico no separador Família no programa da Saúde da Família, contribuindo para uma reflexão daquela que deve ser uma melhoria contínua dos cuidados às famílias onde foi garantido um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas institucionais, motivando para a documentação dos cuidados no separador Família e no programa Saúde da Família, aumentando assim a auto percepção de competências para a prestação de cuidados às famílias nas áreas/ focos de atenção pertinentes.

4- CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Contudo, abordá-las nas diferentes especialidades, fará diferença nos contornos da sua realização, considerando as características da respetiva prática clínica. Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme descrito no Regulamento 140/2019, são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do enfermeiro especialista, inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Matos, 2019). A competência assenta num conhecimento do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos indivíduos. Para este fim, foram planeadas, desenvolvidas e avaliadas consultas de enfermagem, numa prática que pretendeu alcançar todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, onde a avaliação das necessidades de saúde dos indivíduos teve um papel importante no processo para uma conceção dos cuidados dirigidos aos indivíduos e família.

O EEEESF desenvolve a sua atividade centrando-se na família como unidade de cuidados reconhecendo assim a complexidade do sistema familiar, em que o foco de atenção é tanto na família no seu todo, como nos seus membros individualmente. Os EEECESF são orientados por uma abordagem sistémica que promove a potencialização das forças e recursos do sistema familiar nas diferentes fases do ciclo vital da família (Figueiredo 2012).

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que os EEECESF detenham as seguintes competências que se encontram descritas no Regulamento nº 428/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série- Nº 135 – 16 de junho 2018:

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

Ao longo dos estágios procurámos um exercício seguro, profissional e ético com uma prática profissional baseada no respeito dos direitos humanos, e no constante alerta para identificar e gerir situações potencialmente comprometedoras para as famílias. As competências acima descritas foram tomadas como guias orientadores em todo o estágio na avaliação e intervenção com famílias alargadas que integrem grandes dependentes no autocuidado.

4.1- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

As famílias têm competências, forças e processos interacionais únicos, que influenciam as crenças de saúde, os seus objetivos e as suas ações. Toda a comunicação verbal e não-verbal da família é significativa, estas possuem um legado cultural que é integral à saúde e à vida familiar. Os enfermeiros assistem a diferentes necessidades dos indivíduos e da família, em todos os tipos de contextos de cuidados de saúde, visando a satisfação dessas necessidades (IFNA, 2015).

Também a teoria das transições ajuda o enfermeiro a auxiliar pessoas a atingirem resultados após período de mudança vivenciado. As transições, tal como descrito na teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis, podem ocorrer simultaneamente, a nível individual, diádico ou familiar, conduzindo a mudança de comportamento e obter controlo de uma situação ao encontrar significados. As transições são antecipadas por um acontecimento marcante que requer adoção de estratégias, desenvolvimento de novas competências, funções e relações. A teoria das transições pode nortear o enfermeiro a aprofundar-se acerca dos seus conceitos, fazer uso na prática do cuidado e planejar ações que favoreçam resultados positivos à saúde (Costa, 2015).

Um dos aspetos relevantes, que foi necessário perceber ao longo dos estágios e de acordo com a literatura, foi a sobrecarga do cuidador que é um alvo de atenção nas famílias com dependente a cargo, implicando um conjunto de intervenções de alguma complexidade que visam a alteração de rotinas e estilos de vida e a aquisição de estratégias positivas que conduzem a atitudes e comportamentos mais efetivos (Bidarra, 2013).

Os familiares cuidadores assumem os cuidados apenas detendo competências que a experiência de vida lhes deu, fazendo o que sabem e o que podem, o que em alguns casos se

revela insuficiente para a condição de saúde do familiar dependente (Gonçalves, 2015). A manutenção no seio da família continua a ser a opção preferencial de todos, sendo a institucionalização da pessoa dependente uma solução de recurso na ausência de apoios da área da saúde, mas também da própria família. A existência de mais recursos para os cuidados à pessoa dependente, tal como ao cuidador familiar, poderia contribuir para preservar a independência possível no autocuidado, facilitando, em simultâneo, a transição saudável para o papel de cuidador (Gonçalves, 2013). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) pede intervenção urgente na área dos cuidados continuados, lembrando que para responder ao envelhecimento da população os trabalhadores deste setor têm de aumentar em cerca de 30% na próxima década (OCDE, 2023).

Tendo por base o que está supracitado e no sentido de desenvolver esta competência foram delineados objetivos específicos, como proceder à avaliação das famílias nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, proceder à identificação de diagnósticos, intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família e proceder à avaliação dos resultados. Na avaliação das famílias nas diferentes dimensões foram delineadas diversas atividades. No âmbito da avaliação familiar, recolhemos o máximo de informação útil, através da consulta dos processos clínicos e também junto da enfermeira tutora. Este momento foi importante na medida em que orientou para algumas áreas de atenção a avaliar.

A colheita de dados foi guiada pelo MDAIF, fundamental para guiar a entrevista e orientar a observação da dinâmica familiar, facilitando assim a obtenção de informações pertinentes relacionadas com o seu estado de saúde e favoreceu o desenvolvimento de processos familiares adaptados, potenciadores da eficácia das intervenções. O recurso ao modelo supracitado foi a base condutora da colheita de informação, permitindo uma avaliação sistematizada da família com foco nas suas principais dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Através da recolha de dados percebeu-se as principais necessidades em cuidados de enfermagem e a partir daí estabelecemos um plano individualizado e personalizado para a família e os seus membros. Nas 6 famílias às quais prestámos cuidados, e que estão descritos neste relatório, foi avaliada a dimensão estrutural no sentido de perceber a estrutura da família e a sua composição. As dimensões de desenvolvimento e funcional foram avaliadas com maior detalhe, em áreas específicas, de acordo com os problemas relatados por cada família. O recurso ao modelo revelou ser

enriquecedor, os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar considerando as propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização (Figueiredo, 2012). De acordo com a globalidade, permitindo abordar as famílias considerando que todos os sistemas funcionam como um todo coeso e mudanças numa das partes provocam mudanças no todo, já a equifinalidade refere que num sistema aberto, o resultado do seu funcionamento não depende do ponto de partida, ou seja, o equilíbrio é determinado pelos parâmetros do sistema, diferentes condições iniciais geram igualdade de resultados e diferentes resultados podem ser gerados por diferentes condições iniciais (Gomes *et al.*, 2014). Relativamente à auto-organização, as propriedades das partes podem ser entendidas apenas a partir da organização do todo, o que permitiu que o meu foco estivesse sempre na família como um todo, mas também nos seus membros individualmente.

Importa referir que esta tendência notória de sobrecarga e atribuição do papel de cuidador a um só elemento da família, nos leva a refletir qual o papel do cuidador familiar e se os enfermeiros de família deveriam estar mais presentes no apoio às pessoas dependentes com cuidados instrumentais do tipo executar e deveriam também apoiar o cuidador a ter um papel de apoio, vigilância e suporte e não tanto de prestação e cuidados. Parece-nos que estas pessoas que compõe estas famílias necessitam de visitas domiciliárias diárias, pois as necessidades dos clientes são maioritariamente em cuidados de enfermagem. Assim, o enfermeiro de família deve centrar-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado, enquanto sistema individual ou familiar. O crescimento de cada membro acompanha o crescimento da família, enquanto unidade, num processo de relações e evoluções, que contribui para a individualização e autonomia.

Procurámos também integrar informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal. Ao longo da colheita de dados foram utilizados instrumentos de avaliação familiar como o genograma e o ecomapa, identificadas crenças e culturas familiares para tentar compreender o impacto destas na saúde e em futuras situações. Algo muito importante foi também a avaliação da capacidade da família para se manter unida, agilizando processos de mudança e apoiando todos os membros na sua interação com o meio ambiente.

Ao longo das visitas domiciliárias e de forma a intervir eficazmente, os problemas identificados foram priorizados de acordo com a perceção da família sobre a importância da

resolução para um restabelecimento familiar. Para além disso, nas intervenções foi estabelecido com cada família os objetivos de mudança a alcançar, de forma a serem consideradas novas formas de funcionamento associadas aos processos de morfogénese. Foi estabelecida uma relação terapêutica e dinâmica com as famílias permitindo assim promover a mudança a partir das potencialidades do sistema familiar e respeitando a realidade de cada família.

Os familiares cuidadores desenvolveram os seus próprios mecanismos para conseguirem encontrar um equilíbrio, fruto de bastantes anos a cuidar, mas nem sempre reconhecidos como adequados. Foi necessário um trabalho adicional para que os elementos da família reconhecessem estes mecanismos “cristalizados” e ficassem permeáveis a novas formas mais adaptativas e proativas alinhadas com um maior sucesso na interação entre as pessoas e com um melhor bem-estar geral. Apesar de muitas vezes não o reconhecer, quatro cuidadores apresentavam sobrecarga e saturação do papel de prestador de cuidados. Foi importante perceber esse nível de sobrecarga, uma vez que a homeostasia familiar sofre uma rotura perante a doença de um dos seus membros implicando mudança em todo o sistema, e conduzindo a situações de crise. O objetivo foi prestar cuidados a estas famílias na sua própria realidade e direcioná-las para o fortalecimento familiar face aos seus projetos de vida individuais e familiares, pela mobilização de recursos internos e externos promotores de novas formas de interação, que fortaleçam a saúde da família e a sua autonomia.

Assim, o processo de avaliação e intervenção familiar possibilitou o treino de habilidades de comunicação necessário numa relação terapêutica. O enfermeiro deve desenvolver conhecimentos e habilidades que lhe permitam o uso da comunicação de forma terapêutica, centrada nos cuidados na pessoa e na família e não na tarefa e desta forma a garantir a satisfação das pessoas e qualidade dos cuidados prestados (Coelho, 2015).

De modo geral, a intervenção do EEESF, em contexto de USF é facilitador pela proximidade e de acompanhamento das famílias ao longo de todas as etapas do seu ciclo vital, contudo o fator tempo é uma limitação, relacionado com o remanescente número de famílias adstritas a cada enfermeiro.

Ao longo da intervenção foi possível mobilizar competências importantes e criar um ambiente facilitador de mudança fundamentais para a intervenção com a família, como a utilização de estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados implementados. Importa referir que ao longo dos

estágios procurámos desenvolver uma prática baseada na evidência científica. O recurso à ciência deve ser orientado para a humanização dos cuidados, devendo esta ser uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida.

Os cuidados prestados às famílias foram formalizados e foi realizada a sua monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem através do registo dos dados colhidos no SCLinico CSP, no programa Saúde da Família.

4.2- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Para o desenvolvimento da segunda competência existiu a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Através disso foi possível promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, a nível da referenciação da família ou dos seus membros para outros profissionais de saúde, existindo assim uma orientação da família e um contributo para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais.

Para a promoção da cultura organizacional, de formação, prática e de investigação foi realizada uma formação em serviço para a equipa de enfermeiros da USF em que um dos objetivos era utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar. Este momento contribuiu para discussão sobre a utilização dos sistemas de informação e tecnologias disponíveis e como melhorar os resultados de saúde familiar, criando e sustentando uma visão partilhada aos diversos níveis de prevenção. Foi criado um momento de partilha sobre as dificuldades sentidas no dia a dia dos cuidados de enfermagem às famílias. Discussão sobre a literatura existente sobre as técnicas de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar não é recente, pelo que é necessária mais investigação nessa área.

Através da utilização dos sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, todos os cuidados prestados às famílias foram documentados.

As competências desenvolvidas enquadram-se também no âmbito do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

CONCLUSÃO

Neste relatório foram salientadas as competências que no decorrer dos estágios foram adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados especializados à família e aos seus membros individualmente. As competências desenvolvidas estão de acordo com o perfil do EEECESF, profissional de referência no que diz respeito ao acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, assente em pontos cruciais da prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo de forma contínua a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento e também o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde, foram outras competências alcançadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para além disso, permitiu a aquisição de competências comuns, que resulta do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais, partilhadas por todos os especialistas. A OE através do regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, determina que o enfermeiro especialista deve desempenhar todas as competências inerentes aos enfermeiros de cuidados gerais, acrescidas de outras que lhe garantem o reconhecimento e diferenciação, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer, e ao saber-ser, na sua competência de enfermeiro de cuidados gerais.

O desenvolvimento da componente clínica deste curso contribuiu para o enriquecimento e desenvolvimento destas competências. Assim, a prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, a prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (focalizando-se tanto na família como nos seus membros individualmente), o reconhecer o potencial do sistema familiar como promotor de saúde, ser parceira na gestão, na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família (identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia), ser o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde foram aspetos trabalhados na intervenção com as famílias alargadas que integrem grandes dependentes no autocuidado. Também interagimos com as famílias de forma organizada, dinâmica e sistematizada com pensamento crítico acerca da saúde familiar, reunimos dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de

diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família, tal como descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.

Ao longo dos estágios foi possível expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do EEECESF, aprofundar competências de conceção de cuidados, gestão de cuidados no âmbito da especialidade. Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa visão de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas, com vista na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem de saúde familiar, no que concerne ao exercício profissional especializado. Permitiu também consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, a melhor evidência disponível, aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades nos cuidados das famílias.

Concluindo, os cuidados à família centram-se nas relações e na reciprocidade entre cada elemento que constitui a família, sendo que o processo de cuidados deve ter como objetivo a promoção da participação dos seus membros em todas as etapas do mesmo. Assim sendo, tornou-se importante realizar avaliação pormenorizada e uma recolha de dados realista e segura, para a obtenção de um conhecimento profundo dos sistemas familiares e desta forma, delinear um conjunto de intervenções que fortaleçam a família. É importante ressaltar que se torna imperativo investir na investigação, sistemas informativos mais adaptados, formação e sensibilização dos enfermeiros, estudantes e equipas no sentido da mudança de paradigma acerca da prática especializada dos enfermeiros de família.

Os estágios constituíram uma mais valia a nível do desenvolvimento pessoal e profissional a nível de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na medida em que foram proporcionadas experiências enriquecedoras, permitindo operacionalizar saberes, adquirir novos conhecimentos e sobretudo implementá-los com as famílias, possibilitando aprimorar os cuidados direcionados à família e aos seus membros, tornando-nos capacitadas para uma abordagem eficaz a nível de Enfermagem de Saúde de Familiar norteadas pelo espírito crítico, criatividade e a necessidade de inovar que foram uma constante durante todo este percurso. Todas as famílias em alguma parte das suas vidas precisam de um enfermeiro e este deve estar atento às fases de transição no sentido de antecipar os cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora. Alto Comissário Alto Comissário para as Migrações, I.P. (2015). Plano Estratégico para as Migrações. https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195
- Alves, L (1999). Metáforas como Ferramenta Terapêutica. *Pensando Famílias*, 1(1): 62-68. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. - A terapia familiar sistêmica de Milão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Barros, L. (2010). O uso de cartas terapêuticas em psicoterapia de grupo (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente M. (2022). *Representação do Conhecimento em Enfermagem –A família como cliente*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5 (1) Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis, Portugal. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (2012). *Psicologia de Família: teoria, avaliação e intervenção* (1.ª edição). Artmed.
- Brás, M. A. M. B., Brás, R., Figueiredo, M., & Curopos, L. (2019). Estudo de caso à luz do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *NursID Week 2019 - Semana de Investigação Em Enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10198/20818>;
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. (2020). *Effects of family nursing conversations on families in home health care: A controlled before-and-after study*. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 231–243. <https://doi.org/10.1111/jan.14599>
- Claus, M. I. S., Zerbetto, S. R., Gonçalves, A. M. d. S., Galon, T., Andrade, L. G. Z. d., & Oliveira, F. C. d. (2018). *The family strengths in the context of psychoactive substance dependence*. *Escola Anna Nery*, 22(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0180>
- Coelho, M. T. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004>

- Costa, S. R. D. da, Castro, E. A. B. de, & Acioli, S. (2015). Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.16494>
- Corte, A., Marques, E., Carrondo, E., & Figueiredo, M. (2017). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar a uma família: estudo de caso; [Poster, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/35366>
- Decreto-Lei no 101/2006. (06 de 06 de 2006). Diário da República nº 109/2006. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>.
- Demidenko, J., Routasalo, P., Helminen, M., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Suominen, T. (2017). *Family health evaluated by family members of older patients and nurses in emergency departments. Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 38–47. <https://doi.org/10.1177/2057158517711321>
- Fernandes, C.S., Angelo M., & Martins, M. M. (2017). Dar Voz aos Cuidadores: um jogo para o cuidador familiar de um doente dependente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52,1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017013903309>
- Fernandes, O. M. (1995). Família e emigração (Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Coimbra
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência.
- Figueiredo, M.H., Vilar, A.I., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C.P., Viseu, I.P., Pinho, J., Soares, L., Reis, L., Garrido, L., Silva, M.M., Peixoto, M.M., Ferreira, M.M., Gomes, M., Barbosa, M., Oliveira, P.S., Freira, R., Sousa, S., Silva, S., & Brito, T. (2022). Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar. Estudos de caso. Lusociência.
- Galera, S., & Luis, M. (2002). Principais Conceitos da Abordagem Sistémica em Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo e sua Família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 36(2), 141-147. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342002000200006>.
- Gomes, L. B., Bolze, S., Dill A., Bueno, R. K., & Crepaldi, M. A. (2014). As origens d o pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando famílias*, 18(2), 3-16. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2014000200002&lng=pt&tlng=pt.

- Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de saúde à Família* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2002). *Nurses always there for you: Caring for families*. http://www.icn.ch/indkit2002_01.pdf.
- INE (2021) Censos 2021 – Resultados Definitivos, região norte. Instituto Nacional de Estatística. Portugal.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice. <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-on-generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- Marques, T. M. G. (2020). Avaliação das necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular. <http://hdl.handle.net/10400.26/34069>;
- Matos, I. (2019). *Competências Especializadas Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Monteiro, R. (2019). *Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar* (Tese de Mestrado, Escola Superior do Instituto Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.8/4853>
- Murteiro, A. M. M. A., Vitor, C. M. M., Figueiredo, M. H. de J. S., Silva, M. A. N. C. G. M. M. da, Ferreira, M. M. H. P., & GUEDES, V. M. (2021). Estratégias de intervenção familiar, perceção de competência dos enfermeiros de cuidados de saúde primários;

OCDE (2023). Comunicado à imprensa - Relatório Económico de Portugal da OCDE.

OPSS. (2015). Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de Saúde. Um direito em risco? Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

OPSS. (2017). Relatório de Primavera 2017 - Viver em tempos Incertos: Sustentabilidade e equidade na saúde. Observatório Portugues dos Sistemas de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 428/2018 -Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o no 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – referencial em enfermagem de saúde familiar. Lisboa: OE.

Paiva, L., & Rasera, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, 193-207. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>

Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing. Circularity. Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family process*. 19(1), 3-12. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>

Rodrigues, F., & Cardoso G. (2022). *Cuidar de uma família alargada numa*

abordagem colaborativa. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 5(1), 33-46. doi:10.37914/riis.v5i1.185

- Rodrigues, C. M. (2020). Famílias com pessoas dependentes no autocuidado– implicações para o enfermeiro de família. (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra).
- Rodrigues, C. M. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado– implicações para o enfermeiro de família*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra.
- S. Ågren, A. Eriksson, M. Fredrikson, G. Hollman-Frisman, & L. Orwelius. (2018). The health promoting conversations intervention for families with a critically ill relative: A pilot study. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.007>
- Sanches, M., & Peixoto, M. (1996). O Todo não é a Soma das Partes. *Revista Toxicodependência*. 2(1), 45-65.
- Sanches, R., Teston, E., Góes, H., & Marcon, S. (2018). O cuidado cotidiano na perspectiva de idosos independentes e de seus familiares mais próximos. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00050.pdf>.
- Sardinha, A. H. d. L., Sousa, L. G., Sousa, S. M. F., & Almeida, J. d. S. (2021). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de APS*, 24(3), 477–92. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>.
- Sequeira, C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. *Revista Referência*, II (12), 9–16.
- Silva, L., Galera, F., & Moreno, V. (2007). Meeting at home: a proposal of home attendance for families of dependent seniors. 20(4), 397–403.
- Silva, R. (2021). Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). <http://hdl.handle.net/10198/24760>.
- Simari, R. S., Anjos, A. C. Y., Garcia, L. A. A., Silva, L. C. C. d. M., & Querino R. A. (2021). Cuidadores domiciliares: sobrecarga de trabalho e rede de apoio. *Rev Recien*, 11(34), 192-202. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.192-202>.
- Sundin, K., Pusa, S., Jonsson, C., Saveman, B.-I., & Östlund, U. (2017). *Envisioning the future*

as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(2), 707–714.
<https://doi.org/10.1111/scs.12501>

Tay, Dennis (2013). *Metaphor in Psychotherapy. A descriptive and prescriptive analysis.* John Benjamins Publishing Company. Volume 1. Amsterdam/Philadelphia
Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias.* Roca Ltda

Trierveiler, K. S., Ramos, F. R. de S., Schoeller, S. D., Nogueira, G. C., Martins, M. M. F. P. da S., & Schneider, D. G. (2015). Funcionalidade Familiar da Pessoa com Lesão Medular. *Texto & Contexto - Enfermagem, 24,* 993–1002.
<https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003610014>

ANEXOS

ANEXO I- Plano de Formação

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Atividade
Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="741 339 1350 475">• Promover uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais;<li data-bbox="741 576 1350 711">• Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados da Saúde Familiar;<li data-bbox="741 764 1350 900">• Desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.<li data-bbox="741 979 1350 1171">• Utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.	Processo formativo à equipa de enfermagem sobre os registos na avaliação das famílias alargadas que integrem grandes dependentes no autocuidado, no âmbito do Programa da Saúde da Família em SClínico CSP através de prints de um link teste de modo a assegurar a confidencialidade dos dados. Abordados focos de atenção, com ênfase no “Papel do Prestador de Cuidados”. Apresentação de um caso real para uma melhor exposição e discussão dos cuidados às famílias.

Desenvolvimento da atividade	Objetivo	Quem faz	Quando	Como	Onde
Diagnóstico	Identificar as necessidades formativas dos Enfermeiros da USF.	Joana Rocha	16/03/2023	Grupo de discussão com a equipa de enfermagem da USF.	USF
Desenvolvimento do processo formativo	Planear a formação em serviço.	Joana Rocha	16/03/2023 a 06/04/2023	Elaboração do plano de formação; Elaboração da folha de participantes; Elaboração do questionário de avaliação qualitativa da formação; Elaboração da apresentação.	USF
Formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a família como unidade sistémica; • Identificar o conceito de família alargada; 	Joana Rocha	18/04/2023 às 13h	Exposição da apresentação; Método expositivo e interativo.	USF

	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer estratégias de identificação das necessidades das famílias alargadas que integram grandes dependentes no autocuidado.• Elencar intervenções que deem resposta às necessidades das famílias alargadas que integram grandes dependentes no autocuidado .• Reconhecer o papel de prestador de cuidados e processo familiar como áreas de atenção familiares integradas no MDAIF;				
--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Identificar os focos de atenção parametrizados no SClínico no âmbito do Programa de Saúde da Família;• Aumentar a auto percepção de competências para a prestação de cuidados às famílias nas áreas/ focos de atenção pertinentes;• Reconhecer o SClínico como ferramenta para documentar/ registrar informação sobre a prestação de cuidados a família (Programa de saúde da família);				
--	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o SClínico, documentando os cuidados à família no âmbito do papel de prestador de cuidados. 				
Avaliação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a formação; • Avaliar as práticas de documentação dos cuidados no programa Saúde da Família em SClínico, no que diz respeito aos focos de 	Joana Rocha	18/04/2023	<p>Aplicação de questionário de avaliação qualitativa;</p> <p>Solicitar o registo dos cuidados no SClínico, a pelo menos 1 família alargada que integre grandes dependentes no autocuidado , no</p>	USF

	atenção “Papel Prestador de cuidados” e “Processo Familiar”.			âmbito do programa Saúde da Família, no que diz respeito aos focos de atenção “papel do prestador de cuidados” e “processo familiar”. Posteriormente, caso seja possível identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros.	
--	--	--	--	---	--

ANEXO II– Questionário de Avaliação Qualitativa

Questionário de Avaliação Qualitativa da Formação

Por favor, preencha de 1 a 5 de acordo com os tópicos pedidos.

1. Objetivos da formação:

Confusos 1 2 3 4 5 Muito claros

2. Conteúdo da formação:

Inadequados 1 2 3 4 5 Totalmente adequados

3. Utilidade dos conteúdos:

Inaplicáveis 1 2 3 4 5 Totalmente aplicáveis

4. Domínio da Enf. Joana Rocha do assunto:

Insuficiente 1 2 3 4 5 Pleno

5. Apresentação em Power Point:

Desajustada 1 2 3 4 5 Totalmente adequada

6. Duração da formação:

Inadequados 1 2 3 4 5 Totalmente adequados

7. Suporte Científico:

Desestruturado 1 2 3 4 5 Muito bem estruturado

Outros comentários:

Obrigado, Joana Rocha

