

## **Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade**

Relatório de Estágio para obtenção do grau de  
Mestre na área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Elsa Maria Ferreira Bispo**

**Orientadora:  
Mestre Rosário Machado**

2015 Janeiro

Conhecer não é demonstrar nem explicar, é aceder à visão.

Antoine de Saint-Exupéry

## **AGRADECIMENTOS**

Cada um de nós constrói o seu trabalho, mas há que contar com as pessoas que nos dão o espaço para tal. Assim sendo, é importante mostrar o reconhecimento a algumas pessoas.

À Diretora da Escola, Professora Isabel Barroso, pelo seu caloroso acolhimento e disponibilidade permanentes

Ao Professor Doutor José Amendoeira, pelo seu olhar crítico que suscitou continuamente novas questões, desafios que promoveram crescimento pessoal e profissional

À Professora Mestre, Rosário Machado, pela orientação, estímulo e cordialidade

À equipa da USF RDL, particularmente na pessoa da Enfermeira Especialista Paula Abreu, pela disponibilidade e colaboração

Às famílias participantes, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de vivências.

À minha amiga e colega Mafalda, pela presença constante, pelas palavras certas, no momento certo, por todo o apoio e amizade

À minha família que me proporcionou apoio e incentivo, e porque sempre acreditaram que seria capaz de responder a este desafio.

Mais haveria para referir, crendo que, pelo valor intrínseco de cada um, entenderão o reconhecimento mudo.

Muito Obrigada!

## RESUMO

O caminho percorrido rumo à aquisição de competências em Enfermagem de Saúde Familiar, reconhecidas como um aprofundamento e mobilização da experiência profissional e de saberes teóricos, em diferentes contextos da prática, encontra-se refletido no presente relatório. A temática do Enfermeiro de família na transição para a parentalidade, como domínio recente e devidamente enquadrado nas funções do Enfermeiro Mestre em Saúde Familiar, aliada ao modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2012), nortearam a tomada de decisão pelos objetivos específicos estabelecidos e atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor.

Neste sentido, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, utilizando o método PICOD, tendo como questão: **O enfermeiro de saúde familiar promove a comunicação expressiva de emoções, pelos pais na transição para a parentalidade efetiva ?**

Foi selecionado um estudo a partir da pesquisa em bases de dados eletrónicas da plataforma (EBSCO), no dia 24 de julho de 2014.

Nas conclusões do estudo, é descrita a eficácia da intervenção do enfermeiro de família; que ao fazer uma abordagem holística tem resultados favoráveis na transição para a parentalidade efetiva.

Assim, a prática do Cuidar nesta área de mestrado não deve ser confinada ao conhecimento científico e técnico, mas sim deve extrapolar-se para uma outra dimensão tão ou mais importante, que corresponde à vertente relacional. Toda a aprendizagem, vivenciada nos diversos contextos de estágio permitiu essa constatação e concorreu para o seu enriquecimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Enfermagem saúde familiar, comunicação, transição, parentalidade efectiva

## ABSTRACT

The path that has been covered towards the acquisition of skills in Familiar Health Nursing, which are recognized as a wider and mobilizer of all the professional experience and theoretical knowledge in different contexts of the practice, is reflected in this report. The theme of the family nurse in the transition to parenting as a recent domain and properly framed in the duties of the Nurse Master in Family Health, together with the Evaluation and Family Intervention model of Figueiredo (2012), guided the decision-making process for the specific goals established and activities developed in Unidade de Saúde Familiar Rainha Dona Leonor .

Therefore, a systematic literature review has been completed, using the PI[C]OD method, concerning the issue: **Does the family health nurse promote the expressive communication of emotions by the parents in the transition to effective parenting?**

A study was selected after research through electronic data of EBSCO platform on July 24<sup>th</sup>, 2014.

As a conclusion of this study, the effectiveness of the family nurse intervention is described; who, by making a holistic approach has favourable results on the transition to effective parenting.

Thus, the practice of Caring in this masters area should not be confined to scientific and technical knowledge, but should envision itself to another dimension, as important or even more, which would be the relational field. All the learning experienced in the different internship contexts, has allowed this finding and contributed to its personal and professional endowment.

KEYWORDS: Nursing family, communication, transition, parenting

## SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde  
ACES-ON - Agrupamento Centros de Saúde Oeste Norte  
APGAR – Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão  
ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo  
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CMESF – Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção Geral de Saúde  
FACES - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*  
ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém  
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar  
ICNP - *International Classification for Nursing Practice*  
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*  
MeSH - *Medical Subjects Headings*  
MS – Ministério da Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PI[C]OD – Participantes, Intervenções, Comparações, *Outcomes* , Desenho  
PNS – Plano Nacional Saúde  
PNV - Programa Nacional de Vacinação  
PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo  
PQCEESF – Padrões Qualidade Cuidados Especializados Enfermagem Saúde Familiar  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UC – Unidade Curricular  
UNICEF - *United Nations Children's Fund*  
USF – Unidade Saúde Familiar  
USF RDL – Unidade Saúde Familiar Rainha Dona Leonor  
VD – Visita Domiciliária  
WHO - *World Health Organization*

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</b> .....	15
1.1 – ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE .....	15
1.1.1 - A parentalidade como foco de atenção do Enfermeiro de Saúde Familiar .....	15
1.1.2 - A parentalidade enquanto processo de transição .....	17
1.1.3 - Promover a comunicação: intervenção do Enfermeiro de Saúde familiar.....	18
1.2 – METODOLOGIA.....	20
1.3 – RESULTADOS .....	24
<b>2 - ESTÁGIO</b> .....	26
2.1 – CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	26
2.2 – IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	28
2.3 – ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EFETIVA.....	36
2.4 – DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTÍNUA, TENDO EM VISTA A QUALIDADE E A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	38
<b>3 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA</b> .....	41
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO.....	48
ANEXO II – ARTIGO: EFFECTIVENESS OF RESOURCE-ENHANCING FAMILY-ORIENTED INTERVENTION.....	76
ANEXO III – FORMAÇÃO USF RDL.....	88
ANEXO IV – PROCEDIMENTO AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR.....	93
ANEXO V – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR.....	114

## INDÍCE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Limitadores da pesquisa por bases de dados.....	22
Tabela nº 2 - Resultados da pesquisa com conjugação dos descritores.....	22

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Distribuição por tipologia familiar.....	31
Gráfico nº2 - Rendimento familiar.....	32
Gráfico nº3 - Edifício residencial.....	32
Gráfico nº4 - Distribuição das famílias por etapa do ciclo vital.....	33
Gráfico nº5 - Satisfação conjugal.....	34
Gráfico nº6 - Papel Parental.....	35
Gráfico nº7 - Processo familiar.....	36

## INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Critérios de inclusão e de exclusão por dimensão da pergunta PI[C]OD.....	21
Quadro nº2 - Análise do artigo.....	23

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem sido, ao longo dos tempos, marcada por um progressivo crescimento, como ciência em desenvolvimento. No entanto, para melhorar a sua imagem, a sua prática e o seu reconhecimento, é necessário pensar a profissão a partir da prática dos cuidados, (Hesbeen, 2001). Na reestruturação ocorrida na década de oitenta, vêm-se fortalecidos os aspetos relacionados com a promoção de saúde e onde, segundo Amendoeira (2006), assume-se o enfermeiro como gestor operacional do processo de saúde das pessoas. No novo século, surgem novos desafios para a profissão de enfermagem como o desenvolvimento de uma linguagem comum classificada internacionalmente (CIPE), implementação do enfermeiro de família, entre muitos outros.

A Enfermagem constitui-se atualmente numa área do saber útil à sociedade, traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção (Amendoeira, 2009).

Desta forma, o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi uma consequência de um processo contínuo de crescente evolução pessoal e profissional indispensável para uma progressiva compreensão do Outro e um Cuidar mais adequado às suas necessidades; assumindo como ponto de partida a experiência profissional na referida área, aliada ao enquadramento legislativo atual dos CSP. Segundo Figueiredo (2009), estamos perante um modelo direcionado para os cuidados de proximidade efetivados pelas Unidades de Saúde Familiar, que se assumem como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares e o foco da prática de Enfermagem para o sistema familiar.

A enfermagem de família é um conceito que tem vindo a desenvolver-se nos últimos anos e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary assim como o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary segundo Wright e Leahey (2009) foram o ponto de partida para a reconstrução apresentada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009).

O aparecimento de modelos bem como guias para estruturar concetualmente e orientar a prática de enfermagem de família têm procurado facilitar a compreensão e o desenvolvimento desta prática (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009; Figueiredo, 2009;).

Os enfermeiros integrados em equipas multidisciplinares são desafiados a envolver a família nos cuidados e a promover o bem-estar da família como um todo. É a capacidade de pensar em termos de interação que incentiva a prestação de um cuidado de saúde ao nível do indivíduo para a família. (Wright & Leahey, 2009)

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) construído por Figueiredo (2009) apresenta-se, neste contexto, como um modelo e teoria organizadora da prática clínica apresentando os pressupostos, conceitos e postulados associados à Enfermagem de Saúde Familiar. No percurso decorrido sobre a criação da especialidade de enfermagem de saúde familiar, o MDAIF foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde familiar (Figueiredo et al, 2012).

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

Hoje, a globalização, a grave crise económica e social e a pressão sobre os recursos desafiam o sistema de saúde para uma nova dinâmica, onde se apontam como necessárias lideranças inclusivas que comprometam uma colaboração intersectorial. Espera-se que os ganhos em saúde da população dêem o seu contributo para uma maior sustentabilidade financeira ao SNS e maior produtividade e bem-estar dos cidadãos. É neste desafio que se insere o PNS 2012-2016, um plano que se deseja das pessoas e para as pessoas, promovendo a confiança do cidadão no seu enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como principais gestores da sua situação de saúde, e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

O percurso de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes, que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida (Health Promoting Health Systems. WHO, 2009). A intervenção nestes momentos, é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo (Social determinants of health and the role of evaluation. WHO, 2010), citados no PNS 2012-2016.

Um dos mais importantes indicadores do estado de uma nação é revelado pela forma como cuida das suas crianças, nomeadamente da sua saúde e protecção, da sua segurança material, educação e socialização e pelo modo como elas próprias se sentem amadas, valorizadas e integradas na família e sociedade onde nasceram (UNICEF, 2007).

É hoje consensual que a influência do ambiente sociofamiliar é determinante na manutenção e promoção de uma vida mais saudável. Do ponto de vista geral, as crianças e adolescentes da Região Europeia da OMS gozam atualmente de melhor saúde estando, no entanto, ainda muito longe de atingir o seu potencial pleno, o que resulta em significativo custo humano, social e económico (World Health Organization, WHO, 2008).

Também é cada vez mais frequente, as famílias atuais serem predominantemente nucleares, o que retira aos jovens pais a vivência das gerações anteriores onde a observação, a participação e a troca de experiências relativas à maternidade eram acontecimentos vulgares devido à inserção em famílias alargadas. Em 2011, o número médio de pessoas por agregado familiar era

de cerca de 2.6, cuja constituição mais comum era o casal e um filho (PORDATA,2012). Por este motivo, atualmente, a maioria dos pais não possui apoios familiares no exercício do papel parental, sendo fundamental que possuam competências necessárias e estejam devidamente informados acerca dos aspectos da interação. Devido a esta carência de suportes de cuidados informais, torna-se necessário um maior apoio formal/profissional que os prepare para lidarem melhor com as mudanças, através da aprendizagem e aquisição de novas competências. O Enfermeiro de saúde familiar, é o profissional que tem um contacto mais próximo com as famílias e, conhece melhor as suas principais necessidades, o seu contexto socioeconómico e os seus recursos e competências, como tal é o profissional indicado para a promoção de competências parentais. A inquietação desta necessidade observada na prática clínica, fez emergir o aprofundamento desta temática.

Cada família é única e, logo as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar noutras. Compete ao enfermeiro, face aos objetivos definidos com a família, tendo em conta as suas fragilidades e forças, determinar as situações em que se torna mais adequado a intervenção. Porque as famílias movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global a nível dos padrões familiares. A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e traduzido pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos (Figueiredo, 2009).

Pretende-se que este relatório seja revelador de aprendizagens a partir de um processo auto-formativo, de pesquisa sistemática e reflexão, mobilizador de um agir em contexto da prática clínica, mobilizando uma perspetiva de enfermagem avançada.

Neste processo formativo, são objetivos gerais:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar recursos necessários à acção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariar a sua natureza;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/ intervenção de enfermagem.

Objetivos específicos:

- Conhecer a evidência científica no que se refere ao contributo do enfermeiro de família, na transição para a parentalidade efetiva, ao promover a comunicação expressiva de emoções.
- Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual;
- Refletir sobre as competências do EEESF, adquiridas no contexto da prática;
- Efetuar uma análise crítica de situações e orientação para uma prática cuja natureza da acção seja suportada na Enfermagem Avançada.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro apresenta a revisão sistemática da literatura, desde a clarificação de conceitos, passando pelo percurso metodológico que orientou a investigação, até à discussão dos achados do estudo. No segundo capítulo é apresentado o local onde decorreu o estágio, atividades desenvolvidas no âmbito da aplicação do MDAIF e algumas considerações sobre as competências adquiridas. No terceiro capítulo é apresentada uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso percorrido e contributos para a consolidação do conhecimento, que promovam a qualidade da prática de enfermagem de saúde familiar, bem como o seu reconhecimento.

## **1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

A revisão sistemática de literatura como método de investigação tem por objetivo: pesquisar, analisar, relacionar, resumir e interpretar, de forma sistemática e criteriosa, os resultados de um conjunto vasto de investigações e publicações. Para iniciar é apresentada a concetualização da temática, seguida da metodologia e concluindo com os resultados.

### **1.1 – ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

Abordam-se de seguida, conceitos relativos a esta temática. Considera-se uma área de estudo onde a intervenção de enfermagem é reconhecida, mas onde permanecem questões a investigar de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.

#### **1.1.1 - A parentalidade como foco de atenção do Enfermeiro de Saúde Familiar**

A consolidação de uma prática avançada em enfermagem de saúde familiar requer a compreensão da família, como unidade em transformação. O nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo, pela transformação da díade em grupo familiar. Pela unicidade do sistema familiar que integra um sistema de valores próprio e que se contextualiza numa realidade cultural, também ela com valores e crenças próprias, reconhecemos que ao enfermeiro cabe a tomada de decisão relativamente ao conteúdo e estratégia de abordagem das categorias avaliativas na atividade diagnóstica, ao considerar a unidade familiar como um todo e enfatizar a sua singularidade (Figueiredo, 2012).

A família, apesar das mudanças e transformações que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que tem vindo a apresentar, mantém uma certa constância nas funções que lhe são atribuídas e continua a ser considerada a célula básica da sociedade (Hanson, 2005).

A coexistência dos subsistemas, conjugal e parental, pode ser rica mas não é fácil. Caberá a cada díade conjugal e parental ter a criatividade suficiente para não reificar as vicissitudes com que possam confrontar-se (Alarcão, 2000). Segundo refere Martins (2013), a adaptação e o comportamento parental dão-se ao nível do contexto e das dinâmicas familiares (microsistema), do contexto social onde a família está inserida, onde se inclui a família alargada e o grupo de amigos (exosistema), e da interação com características sociais e culturais da sociedade envolvente (macrosistema).

Relvas (2000), afirma que tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. Também para Martins (2013), é neste período que maiores alterações nos papéis sociais do casal acontecem, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida, a nível da identidade e funções. Negociar novas formas de equilíbrio entre as famílias de origem, moldar novos limites de apoio e autonomia são, por isso, desafios caraterísticos deste período. Esta é também, uma época onde os progenitores reativam memórias enquanto filhos (memórias associadas ao comportamento parental dos seus Pais, nas suas facetas mais gratificantes mas também mais dolorosas), uma oportunidade para resolver ou agravar conflitos desenvolvimentais passados.

Há muito que se reconhece a importância da família para a saúde dos seus membros, todavia nas últimas décadas, o reconhecimento que a família é também um recurso para a sua própria saúde e por isso, tornou-se foco de interesse e investigação (Hanson, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

Sendo uma temática pouco aprofundada na Enfermagem, a conceção de parentalidade e/ou parentalidade efetiva aparece descrita como foco de atenção, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, desenvolvida pelo International Council of Nurses (2011:64), como:

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

A parentalidade exige aos pais uma adaptação das suas expectativas, sentimentos, comportamentos, atitudes e preocupações. A adoção de respostas comportamentais de ajustamento que é requerida é, no entanto, suscetível de produzir descompensação e aquisição de vulnerabilidades em si próprios e no desenvolvimento sadio das respetivas crianças. Constitui-se, por isso, uma problemática de grande interesse e premência para a enfermagem, cujo foco principal da disciplina se centra na facilitação dos processos de transição, tendo em vista o bem-estar (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para Kretchmar-Hendricks (2005), a parentalidade tem o seu maior nível de intensidade nos primeiros anos de vida devido às crianças dependerem inteiramente dos seus cuidadores, e para os pais no papel parental pois têm responsabilidade e oportunidade para ajudar a criança a atingir o seu potencial de desenvolvimento. Os enfermeiros devem colaborar no processo de aquisição de competências para cada fase do desenvolvimento da criança.

A vivência deste processo é associada a sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o contexto em que se desenvolve. Os pais que planearam a gravidez, que recebem preparação, que possuem mais conhecimentos e mais experiência no âmbito da parentalidade demonstram sentimentos e emoções mais positivas (Soares, 2008).

Se se pretende a capacitação dos pais para cuidar, educar e transmitir amor aos seus filhos, não basta dizer-lhes. Segundo Hesbeen (2001), só um caminho que faça sentido para a vida de alguém obterá a adesão e participação da pessoa que o enfermeiro pretende acompanhar, sendo

por isso necessário compreender os pais, encorajá-los a descobrir as suas potencialidades, aceitando as particularidades de cada um. É neste sentido que o papel do enfermeiro de saúde familiar é igualmente de conselheiro, facilitador e dinamizador otimista, inserido na dinâmica familiar que mutuamente cresce.

No contexto da transição para a parentalidade, o enfermeiro deve tomar conhecimento das novas necessidades dos pais, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação a novos estilos de vida (Meleis, 2005).

### **1.1.2 - A parentalidade enquanto processo de transição**

Ao longo da evolução humana, a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos a riscos acrescidos (Meleis, et al., 2000) o papel mais relevante do profissional de enfermagem é o de assistir utentes em processos de transição.

Transição é um conceito contemporâneo que surge da teoria de crise, a qual foi exaustivamente estudada no passado. É relevante nas ciências sociais e na área da saúde, com o contributo recente de enfermeiros para a compreensão do seu processo enquanto relacionado com a vida e a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Assim, os cuidados de Enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital, com ênfase nos processos adaptativos. Dos profissionais espera-se que ajudem os indivíduos e famílias a melhorar, manter ou recuperar a saúde, para conseguir a melhor qualidade de vida possível (Royal College of Nursing, 2003), tendo em consideração os seus projetos de saúde, sendo essencial o desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias, nesses mesmos processos de transição que estão a vivenciar.

Uma das mais importantes transições do ciclo de vida familiar, vivida por grande parte da população adulta, é a transição para a parentalidade. Esta é, reconhecidamente, um momento que implica um conjunto de transições individuais, conjugais e sociais para os novos pais; pelo que a parentalidade deve ser valorizada pelos enfermeiros sendo considerada um foco de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem (Soares, 2008). O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de uma transição bem-sucedida, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (Meleis, 2010).

Nas últimas décadas a sociedade tem sofrido diferentes transformações sociais, económicas e culturais. Por isso, torna-se fundamental a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias inseridas neste contexto em constante mutação, no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar a capacitação funcional da família face aos processos de transição.

A Teoria das Transições de Meleis permite uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis *et al*, 2000). Da teoria sobre as transições sobressai mesmo a ideia de que o enfermeiro tem o dever de assistir e ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo da vida (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2010).

Decidir tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, o que distingue a parentalidade das restantes transições. Afigura-se como uma das transições que ocorrem durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual foi designada por Schumacher e Meleis (1994), Meleis *et al*. (2000) e Mercer (2004) como uma transição desenvolvimental.

Segundo Soares (2008), apesar das transições poderem ser encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, diferentes autores são unânimes em afirmar que a transição para a parentalidade pode ser considerado um momento de crise por serem muitas as alterações ocorridas neste período.

Para Martins (2013), este período do ciclo vital torna pertinente e necessária uma intervenção de enfermagem específica, dirigida ao reforço de competências e de recursos, e à minimização de vulnerabilidades, onde o enfermeiro funciona como facilitador e mediador de todo o processo transicional.

As condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade e as consequências da transição são: pessoais, da comunidade e da sociedade. Relativamente às condições pessoais, as crenças e atitudes atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição, podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Os recursos da comunidade (suporte familiar, informação, modelos) e as condições da sociedade podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição. A necessidade de sentir e estar ligado sobressai nas explicações das diferentes transições. O sentir-se ligado, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis *et al*, 2000).

Assim, o conhecimento e utilização de eficazes metodologias de avaliação e intervenção na família são fundamentais para a prática do enfermeiro.

### **1.1.3 - Promover a comunicação: intervenção do Enfermeiro de Saúde familiar**

Segundo Figueiredo (2012), as intervenções reportam-se ao processo dinâmico face aos objetivos definidos com a família, visando o fortalecimento da relação conjugal e parental e a criação de um ambiente conducente ao desenvolvimento e bem-estar, com a finalidade de promover, manter ou restaurar a saúde familiar. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e

terapêutico. Têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde.

O papel parental está definido pela CIPE (2011:64), como:

Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.

O apoio para a adaptação ao papel parental tem de partir das potencialidades dos pais e considerar os seus pontos fortes e as suas diferenças. Isto exige proximidade e acessibilidade do enfermeiro e a utilização de metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais.

Na opinião de Riley (2004), a comunicação é o suporte da relação de ajuda. Com a relação de ajuda o enfermeiro desenvolve-se, conhecendo-se melhor e ajuda a pessoa a desenvolver-se também. Como refere Phaneuf (2005), a comunicação assertiva é considerada um fator importante na humanização e qualidade dos cuidados.

De acordo com as conclusões da revisão de literatura realizada por Mercer e Walker (2006), as intervenções terapêuticas de enfermagem focadas no processo interativo enfermeiro/cliente e que se desenvolvem durante um longo período de tempo revelaram estar associadas a resultados mais positivos e eficazes. A relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais/família durante as consultas de enfermagem é essencial para o sucesso da intervenção.

O conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas fundamentalmente por vínculos afetivos, que se encontram em interação. A família é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes. Qualquer alteração afetarà quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Os processos de comunicação são assim traduzidos pelas interações que definem cada família como um ser único, por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo. A complexidade relacional é regulada pela comunicação, que permite a reestruturação de normas e regras no processo de mudança evolutiva. (Figueiredo, 2012)

Para Phaneuf (2005), a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa.

Segundo Figueiredo (2012), os cuidados de enfermagem tomam por foco a promoção dos projetos de saúde das famílias e as intervenções constituem-se como elementos promotores da sua capacitação.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEESF reconhece a competência da família para tomar decisões no seu projeto de saúde, respeita as capacidades da mesma, considerando as suas dimensões contextuais e co-evolutivas, e entre

outras, realiza a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família (OE, 2011).

Os enfermeiros deverão ser capazes de respeitar todas as pessoas, quaisquer que sejam o seu estado ou a sua classe social (Phaneuf, 2005). Daí a comunicação merecer a reflexão dos profissionais de enfermagem, com o intuito de se obter melhores níveis de satisfação dos intervenientes durante o processo de interação. A comunicação está definida pela CIPE (2011:42) como: «Comportamento interactivo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados».

O objetivo terapêutico consiste no suporte e apoio dos elementos da família quando estes se encontram em situações problemáticas tanto a nível interno como externo ao contexto familiar. A este objetivo está subjacente uma atitude de partilha, atenção, apoio emocional e envolvimento ativo com vista à resolução de problemas (Hanson, 2005).

Para Collière (2003), é essencial perceber emoções e sentimentos, os quais são uma fonte incomensurável de saberes.

O que distingue essencialmente, o sentimento das emoções é que o primeiro é orientado para o exterior, e o segundo é eminentemente interior. Isto significa que os sentimentos e as emoções estão interligados e regulam o nosso estado interior na procura do equilíbrio. As emoções são conhecidas por serem relacionadas com a atividade cerebral em áreas relacionadas com a atenção, motivação do comportamento, e determina o que é relevante para os seres humanos (Damásio, 2012).

A emoção está definida pela CIPE (2011:51) como: «Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o *stress* ou com a doença».

A comunicação é importante na expressão de sentimentos e emoções. O momento de comunicação pode favorecer o distanciamento, a hostilidade ou o acolhimento.

Desenvolver uma relação profissional empática caracteriza-se por um sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, que lhe dá o reconforto que ela necessita (Phaneuf, 2005).

A comunicação não é portanto uma coisa simples, pois, neste fenómeno nada pode ser considerado de maneira isolada. Está presente em todos os momentos da atuação do enfermeiro, pelo que este tem de familiarizar-se com estes pressupostos que fundamentam a importância da competência em comunicação e constituem o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem.

## 1.2 – METODOLOGIA

No sentido de sistematizar o estudo do conhecimento, de acordo com os princípios metodológicos inerentes a uma revisão sistemática de literatura, após reflexão da sua prática e partindo da concetualização, foi elaborada a questão de investigação, segundo o método PI[C]OD.

**O enfermeiro de saúde familiar promove a comunicação expressiva de emoções (I), pelos pais (P) na transição para a parentalidade efetiva (O) ?**

A partir desta questão encetou-se o processo de investigação, cujos aspetos metodológicos e resultados se passa a apresentar. Para identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão foram identificadas as seguintes palavras-chave: Enfermagem de saúde familiar, Comunicação, Transição e Parentalidade.

**Quadro nº 1 – Critérios de inclusão e de exclusão por dimensão da pergunta PI[C]OD**

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]OD				Palavras-chave
		Critérios de inclusão:	Critérios de Exclusão:	
<b>P</b>	Participantes	Famílias com filhos pequenos	Criança, pessoa com doença mental; pessoa grávida.	Family Nurs* Communication Transition Parenting
<b>I</b>	Intervenções	Promover a comunicação expressiva de emoções		
<b>[C]</b>	Comparações	-----		
<b>O</b>	Outcomes	Transição para a parentalidade efetiva		
<b>D</b>	Desenho do estudo	Estudos de investigação de abordagem quantitativa e qualitativa.		
EXPRESSÃO DE PESQUISA				
Family Nurs* and Communication and Transition and Parenting				

As Palavras-chave foram validadas na Mesh Browser como descritores.

Assim, foram hierarquizados da seguinte forma:

- Family Nurs\*
- Communication;
- Transition;
- Parenting.

Usando as palavras-chave pela ordem referida, foi efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 24 de julho de 2014, pelas 18 horas, nas bases de dados: CINAHL Plus with Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina with Full Text.

Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta: booleano and, Full Text em PDF e friso cronológico 10 anos (Janeiro de 2004 a Junho de 2014).

Os limitadores especiais utilizados por base de dados estão descritos na tabela seguinte.

**Tabela nº 1 – Limitadores da pesquisa por bases de dados**

LIMITADORES	
CINAHL Plus with Full Text	Resumo disponível; humano; qualquer autor é enfermeiro(a); prática baseada na evidência e texto completo em PDF.
MEDLINE with Full Text	Resumo disponível; humano.
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação 2004 a 2014
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em PDF
MedicLatina with Full Text	Texto completo em PDF

Do cruzamento final das palavras-chave foram identificados 8 artigos conforme tabela nº2.

**Tabela nº 2 - Resultados da pesquisa com conjugação dos descritores**

	CINAHL Plus	MEDLINE	Cochrane Database Systematic Reviews	Nursing & Allied Health Collection	MedicLatina
<b>Family nurs*</b>	25	334	0	413	11
<b>Communication</b>	361	31833	211	16252	961
<b>Transition</b>	65	12875	15	2980	228
<b>Parenting</b>	44	3707	24	1690	48
<b>Family nurs* and Communication</b>	6	50	0	50	0
<b>Family nurs* and Transition</b>	4	12	0	9	0
<b>Family nurs* and Parenting</b>	2	17	0	17	0
<b>Communication and Transition</b>	10	458	0	269	8
<b>Communication and Parenting</b>	4	318	4	188	6
<b>Transition and Parenting</b>	2	120	0	63	2
<b>Family nurs* and Communication and Transition and Parenting</b>	2	0	0	6	0

A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitava dúvidas, do texto integral, com a utilização dos critérios de inclusão. Foram identificados 8 artigos (tabela nº2), nas diferentes bases de dados, dos quais 1 se encontrava repetido, 4 foram rejeitados pela leitura do resumo e 2 foram rejeitados pela leitura integral.

Sintetizando, foi incluído nesta revisão sistemática de literatura, um artigo que satisfazia os critérios de inclusão (anexo II). Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise do artigo, foi sistematizado sob a forma de quadro (Quadro nº 2).

#### Quadro nº 2- Análise do artigo

<b>Autores/Ano/ Título</b>	Arja Haaggman-Laitila, Hanna-Mari Tanninen and Anna-Maija Pietila/2010/Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention
<b>Objetivos</b>	Avaliar a eficácia da intervenção do enfermeiro de família, orientada para o aumento de recursos da família com crianças pequenas
<b>Tipo</b>	Estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa
<b>Nível de evidência</b>	VI (Melnik,2005)
<b>Participantes</b>	129 Familiares de 30 famílias, com crianças pequenas participaram no estudo realizado de 2004 a 2005, os quais receberam apoio do enfermeiro de família. A colheita de dados qualitativos e quantitativos foram realizados antes e após o apoio da família, em dois pequenos municípios do sul da Finlândia
<b>Resultados</b>	<p>A enfermeira de família estabelece uma relação de cooperação com as famílias e o seu objetivo é ajudar as famílias a utilizarem os recursos internos da família como unidade, assim como os externos. A enfermeira não se concentra apenas nos recursos e problemas atuais mas nas histórias passadas, soluções funcionais de vida diária, disponibilidade de apoio e as perspectivas de futuro dando feedback para o desenvolvimento de recursos internos e externos.</p> <p>O enfermeiro trabalhou com toda a família embora que nalguns casos só alguns elementos precisaram de apoio. Foram as famílias que decidiram o número de reuniões e o método de apoio. Foram realizadas de 3 a 58 reuniões com cada família dependendo da necessidade de cada uma. 81% das reuniões foram realizadas no domicilio e 19% nos serviços de saúde. Os pais preencheram o plano de assistência, em conjunto com o enfermeiro.</p> <p>Em relação às questões éticas, todos foram informados, participaram voluntariamente e deram o seu consentimento por escrito.</p> <p>No final do processo apenas um quarto das famílias precisavam de mais apoio, mas apenas uma tinha a ver com as questões da parentalidade, enquanto outras tinha a ver com o relacionamento conjugal.</p>

Este estudo descreve a eficácia da intervenção do enfermeiro de família; que ao fazer uma abordagem holística tem resultados favoráveis na transição para a parentalidade efetiva, na relação conjugal, reforço das redes de apoio social e diminuição da dificuldade de sono nas crianças. O contexto geral da eficácia subjetiva deve ser tido em conta, mas a pesquisa da eficácia nas ciências de enfermagem requer descrição detalhada das intervenções de enfermagem e os métodos, bem como instrumentos adequados.

### 1.3 – RESULTADOS

Na apreciação do estudo em análise pode-se concluir que sustenta teórica e empiricamente a questão de investigação que motivou esta revisão. Os autores reconhecem e demonstram a importância e o valor da eficácia da intervenção do enfermeiro de família na transição para a parentalidade efetiva. Reconhecem ainda a importância de metodologia e instrumentos adequados, tal como Figueiredo (2012), nos refere que o MDAIF emergiu da necessidade instrumental e operativa para a orientação do trabalho do enfermeiro direcionado à família como unidade e alvo dos cuidados de enfermagem. Este referencial foi co-construído e legitimado por uma investigação no contexto dos CSP, tendo como princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem direcionados para a família enquanto unidade de intervenção, norteiam-se por uma abordagem sistémica com ênfase no estilo colaborativo, no sentido de potencializar as forças, recursos e competências da família.

A parentalidade efetiva é um foco de atenção relevante para a prática de enfermagem de saúde familiar, representando esse tema uma oportunidade de investigação nos países de língua portuguesa, já que não foi encontrado qualquer artigo em português sobre o mesmo.

Nas conclusões do estudo é referido também que a enfermeira de família estabelece uma relação de cooperação com as famílias, onde emerge a comunicação como instrumento da relação de ajuda que, tal como nos diz Phaneuf (2005), favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio que permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.

Os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro resultam de funcionamentos eficientes ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. A intervenção de enfermagem eficaz será aquela mais útil à mudança na estrutura biopsicossocial dos membros da família (Wright e Leahey, 2009).

A existência de estudos que mostrem as necessidades das famílias, que vivenciam a transição para a parentalidade, contribui para a sensibilização dos enfermeiros. É fundamental que se possa construir, de forma sustentada, uma profissão de enfermagem autónoma. A produção de

conhecimento nesta área é ainda insuficiente. A que existe não estuda toda a sua envolvência contextual, nem todas as variáveis que continuam a ser um obstáculo a uma profissão tendencialmente autónoma (Ribeiro (2011),

Segundo Ferreira e Silva (2012), o desafio está na investigação, de modo a tornar a enfermagem mais científica, sem esquecer a componente relacional inerente ao cuidar.

## 2 - ESTÁGIO

O desenvolvimento de estratégias e atividades, ao longo do Estágio, aliado à aquisição de competências propostas pelo plano de estudos e continuidade de uma prática de cuidados, baseada na evidência, contribuiu, para a consecução de um caminho de formação.

### 2.1 – CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O campo de estágio é um lugar privilegiado para a implementação de atividades que contribuem para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Segundo Hesbeen (2001), a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Para um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das ações posteriores à formação; é necessário que confirmemos as competências.

Dessa forma a USF Rainha Dona Leonor promoveu, enquanto campo de estágio, esse espaço de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento, contribuindo para uma maior autonomia profissional.

A USF RDL é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e está situada na freguesia de Nossa Senhora do Pópulo, em Caldas da Rainha, no edifício do antigo Centro de Saúde de Caldas da Rainha. Neste edifício funciona ainda a Unidade de Saúde Familiar Bordalo Pinheiro; a Unidade de Cuidados Personalizados de Caldas da Rainha; a Unidade de Cuidados na Comunidade de Caldas da Rainha e a Unidade de Apoio à Gestão do ACeS Oeste Norte. O concelho de Caldas da Rainha, delimitado pelo Oceano Atlântico a oeste e pelos concelhos de Alcobça, Cadaval, Óbidos, Bombarral e Rio Maior, é um dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria. Abrange uma área de 255,87 Km<sup>2</sup> e tem como sede do concelho a cidade das Caldas da Rainha. É constituído por 16 freguesias, duas delas em meio urbano formando a cidade de Caldas da Rainha (Nossa Senhora. do Pópulo e Santo Onofre) e as restantes em meio rural (A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalhal Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, São Gregório, Serra do Bouro, Santa Catarina, Santo Onofre, Tornada e Vidais).

A equipa da Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, organizados em equipas nucleares de família (médico, enfermeiro e assistente técnico).

Prestam cuidados de saúde a cerca de 16000 utentes inscritos, sendo este número naturalmente dinâmico; são cerca de 2000 utentes por cada equipa de família, tendo utentes inscritos de todas as freguesias do Concelho de Caldas de Rainha, mas predominantemente das freguesias de Nossa Senhora do Pópulo e Santo Onofre.

O horário de funcionamento está compreendido entre as 8h e as 20h de todos os dias úteis e entre as 9h e as 13h aos sábados.

O estado de desenvolvimento da população mundial não é uniforme e desse modo também o nível de cuidados de saúde não é homogêneo. A qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com os objetivos propostos para cada população de acordo com as suas condições económicas e o seu grau de desenvolvimento.

Segundo Figueiredo, (2012), a implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar tem sido percecionada como promotora de uma prática de enfermagem fundamentada em pressupostos sistémicos potencializadores da utilização integral do enfermeiro de família, possibilitando a integração de estratégias assistenciais promotoras da capacitação do sistema familiar. Por outro lado, permitirá a identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e os ganhos em saúde, para as famílias, sensíveis aos cuidados de enfermagem. O conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos.

Ainda, segundo a mesma autora o tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar, classificando-as quanto ao tipo:

- Unipessoal (uma pessoa numa habitação);
- Casal (homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não ser legalmente casados);
- Nuclear (homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não legalmente casados);
- Alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco);
- Monoparental (constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental)
- Reconstruída (casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento);
- Coabitação (homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação)
- Institucional (reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos)
- Comuna (grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associados a grupos domésticos).

Neste sentido, considerou-se pertinente fazer a avaliação estrutural das famílias, quanto á sua tipologia, da lista de famílias que têm como enfermeira de família a enfermeira cooperante e da qual foram, por ela selecionadas as famílias, sobre as quais incidiu o trabalho, neste estágio; dando continuidade ao que já se tinha iniciado no estágio anterior.

Do resultado dessa avaliação, pode-se ressaltar que as famílias unipessoais representam o maior número 33,9%, em segundo lugar o casal com 27,8%, seguindo-se as famílias nucleares com 17,4%, em quarto as monoparentais com 11,4%, em quinto as alargadas com 4,5% e em menor número a institucional com 0,7%.

## 2.2 – IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Os processos formativos sustentados pelo MDAIF têm-se constituído como oportunidades de maximização de aprendizagens proativas, conducentes à efetiva identificação das forças e necessidades da família, enquanto unidade e alvo de cuidados dos enfermeiros de família. Por outro lado, o aprofundamento das categorias avaliativas do MDAIF e respetiva validação contribuirá tanto para a apropriação do referencial na ação, como quanto para o desenvolvimento do mesmo, no sentido da sua otimização (Figueiredo et al, 2012).

A utilização dos instrumentos de avaliação familiar favorece a comunicação terapêutica e possibilita a compreensão da funcionalidade familiar. Contudo devem ser integrados numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela Família (Hanson, 2005).

A descrição do MDAIF integra os conceitos: **Família, Saúde Familiar; Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família.**

O conceito de **Família** é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas fundamentalmente por vínculos afetivos. A família é o todo e as partes ao mesmo tempo. Da sua rede de relações múltiplas e dinâmicas emergem processos de co-construção evolutivos.

A **Saúde Familiar** integra assim os aspetos relacionados com a mutualidade entre o estado de saúde dos seus membros, o estado de saúde da comunidade e os fatores promotores da adaptação da família como unidade funcional.

O **Ambiente Familiar** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais:

O microsistema como o contexto imediato onde os membros da família interagem entre si e onde desenvolvem os seus papéis familiares;

O mesosistema como os contextos mais amplos que integram a rede social;

O exosistema como os contextos que não envolvem os membros da família como participantes, mas que podem causar perturbação, sendo exemplo as alterações a nível das instituições da saúde, profissionais; com quem o sistema familiar interage;

O macrosistema corresponde ao nível mais amplo do ambiente;

O cronosistema, como um subconceito que corresponde às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, na família e no ambiente.

Os **Cuidados de Enfermagem à Família** centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, tendo por finalidade a capacitação da família.

A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, assim como as necessidades e, desta forma, o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades. Os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas. Nesta etapa existem princípios fundamentais:

- Validação com a família sobre as suas forças e problemas;
- Enumeração dos problemas de acordo com a sua importância para o restabelecimento da Saúde Familiar;
- Estabelecimento com a família acerca dos principais objetivos da mudança.

Face aos diagnósticos validados com a família o planeamento das intervenções, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de obter o comprometimento da família com o plano. A matriz operativa do MDAIF reflete as definições teóricas e operacionais e permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

A avaliação familiar, neste Modelo, divide-se em 3 Dimensões, onde se pode avaliar vários dados do agregado familiar: Estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico), Desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e Funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar).

A avaliação Estrutural permite ao enfermeiro identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros e com os outros subsistemas dentre os quais a família extensa e os sistemas mais amplos. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada.

No que diz respeito à avaliação de Desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, de acordo com a etapa do ciclo de vida da família e a prestação de cuidados antecipatórios, de modo a promover a capacitação da família através do desenvolvimento de tarefas essenciais, conforme cada etapa, preparando-a para as futuras transições (Figueiredo, 2009; 2012). Possui ainda como áreas de atenção a satisfação conjugal, o planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental.

No que concerne a avaliação Funcional, esta engloba essencialmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Integra duas áreas de atenção fundamentais do funcionamento da família, que são: papel de prestador de cuidados e o processo familiar, que destaca a dimensão expressiva e alude sobre as interações entre os membros da família, com o intuito de identificar as necessidades nessas áreas (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012). Os instrumentos de avaliação que compõem a dimensão expressiva incluem a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein.

A adequação do sistema de informação dos serviços de CSP à lógica matricial do MDAIF torna-se fundamental para a produção rigorosa e célere dos resultados decorrentes da utilização do Modelo, que visa essencialmente avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem ocorridos no funcionamento do sistema familiar (Figueiredo 2012). Como esta adequação não é ainda uma realidade, pois o Programa de Saúde da Família não está parametrizado no SAPE, os registos em suporte informático não foram possíveis.

Conforme planeado no projeto (anexo I), a intervenção de estágio decorreu com as 5 famílias já seleccionadas no estágio anterior.

Os cuidados de enfermagem foram desenvolvidos, essencialmente, em contexto de visita domiciliária. Segundo Rice (2004), uma forma de conseguir conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente é através da visita domiciliária, durante a qual as enfermeiras captam o ambiente social e familiar e intervêm na família através da participação de todos os seus membros, especialmente da família alargada e, ainda, criam redes de apoio e ligação com recursos da comunidade adequados para cada problema identificado e a cada família específica.

Lacerda (2010) refere ser esta estratégia do cuidar uma oportunidade para incentivar a autonomia do indivíduo e da família, uma vez que é um momento no qual a enfermeira vivencia com estes, situações de saúde-doença no seu meio ambiente.

Assim, e de acordo com estudos de vários autores (Cruz e Bourget, 2010; Lacerda, 2010), a visita domiciliária deve ocorrer o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises.

A exigência e a obrigação de avaliações e intervenções eficientes, desenvolvidas em contextos relacionais únicos, apresentam-se como desafios aos enfermeiros. No contexto de estágio o facto de as famílias terem o seu enfermeiro de família como referência, e ser apresentado alguém que até aí lhes era desconhecido; não funciona como elemento facilitador da relação terapêutica. Esta dificuldade foi ultrapassada com uma comunicação assertiva e continuada durante o estágio. Esta interação continuada permitiu partilhar momentos chave para fomentar uma parceria de cuidado, o que foi determinante para perceber as dinâmicas familiares e conseguir a colaboração das famílias para os cuidados especializados na saúde familiar, numa perspetiva de enfermagem avançada e da prática baseada na evidência.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010), desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo; realizando a avaliação qualquer que seja o contexto de prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento, são competências do enfermeiro de saúde familiar.

As famílias foram informadas do objetivo do estágio, por razões ético-deontológicas, e todas aceitaram colaborar no mesmo com a confidencialidade que lhe é inerente.

Porque a adequação do sistema de informação não é uma realidade; houve dificuldade em documentar, no SAPE, o contributo do MDAIF, na melhoria da qualidade dos cuidados de

enfermagem de família. Perante esta realidade, considerou-se pertinente descrever de forma resumida a sistematização da atividade diagnóstica e a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que se espera, sejam decorrentes da respetiva intervenção, nas 5 famílias, conforme referido no projeto (anexo I).

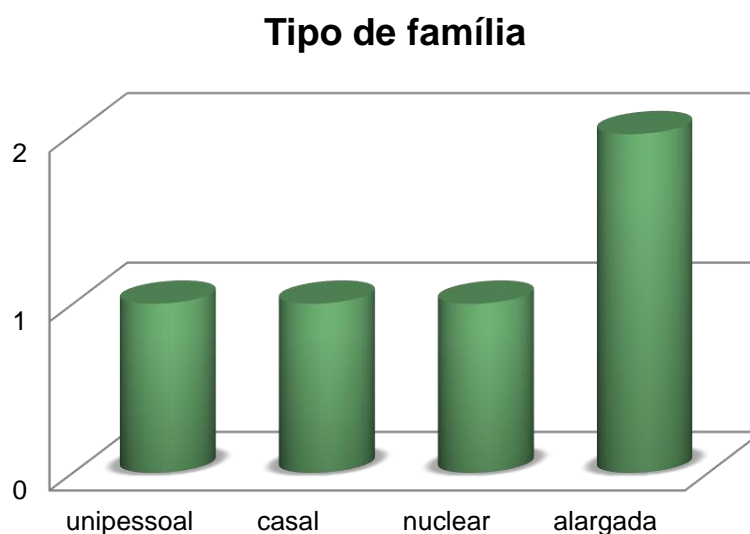
De seguida é apresentado um resumo da avaliação e intervenção realizadas, em que são mencionadas as dimensões operativas dos vários focos ou áreas de atenção, conforme a especificidade de cada família. Os ganhos em saúde apresentados, refletem o resultado da última aplicação do MDAIF, antes de concluir o estágio.

### Dimensão estrutural

Inicia-se com a identificação do tipo de famílias, de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos; o qual determina algumas das suas funções, associadas ao seu desenvolvimento.

Tal como se percebe no gráfico, a amostra foi heterogénea. Constitui-se por uma unipessoal, uma pessoa numa habitação; um casal, homem e mulher casados; uma nuclear, um homem e mulher com um filho e duas alargadas em que coabitam três gerações.

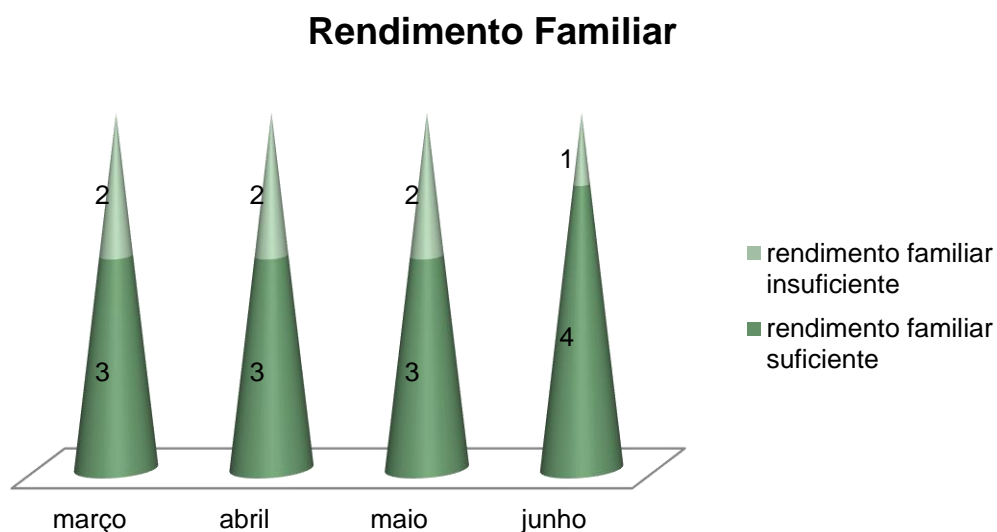
Gráfico nº 1 – Distribuição por tipologia familiar



Segundo Figueiredo (2012), o rendimento familiar é considerado como a relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos membros da família. No gráfico nº2 é apresentado o resultado da aplicação do MDAIF.

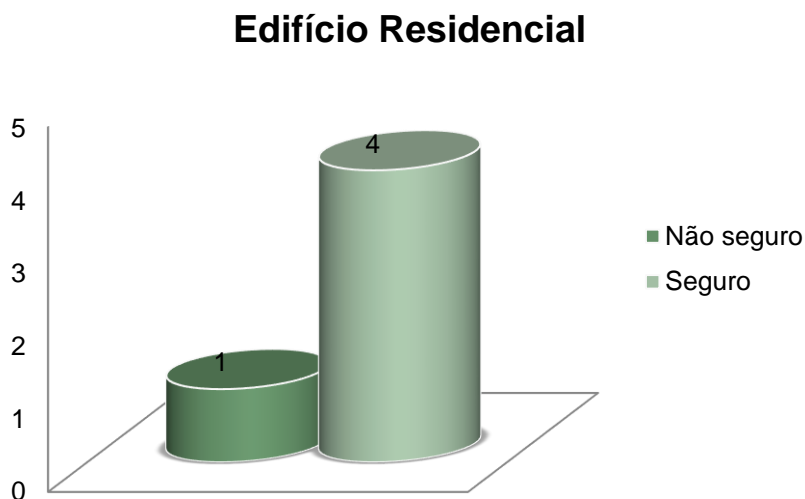
Durante o estágio, houve resultados diferentes neste diagnóstico, o que se deveu à intervenção de enfermagem, com a colaboração multidisciplinar, face aos objetivos definidos com a família. Passou-se de três para quatro famílias com rendimento familiar suficiente.

Gráfico nº2 – Rendimento familiar



Relativamente ao edifício residencial, o mesmo é definido como o espaço habitacional onde reside a família onde se incluem várias categorias estruturantes. Na aplicação do MDAIF, foi avaliada numa família: não suficiente a gestão familiar, no que se refere a deficiente higiene habitacional e conhecimento sobre as tarefas associadas à limpeza e organização da casa.

Gráfico nº3 – Edifício residencial



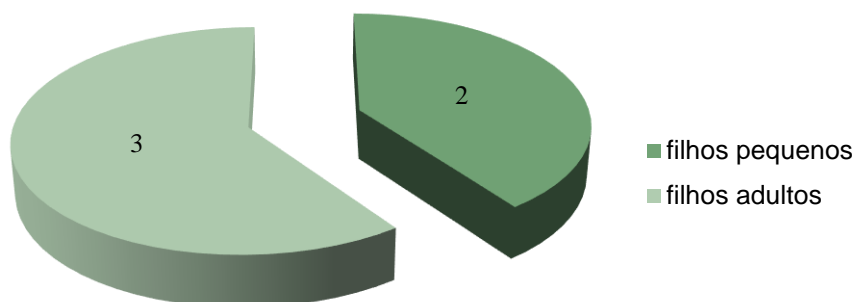
#### Dimensão de desenvolvimento

Segundo a autora do modelo, o entendimento do contexto desenvolvimental implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso para todas as famílias e, simultaneamente os seus processos de evolução transaccional, associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

Porque em relação à etapa do ciclo vital familiar, duas das famílias estão na segunda etapa, e três estão na quinta, as áreas de atenção para avaliação foram diferentes; pelas suas características estruturais, desenvolvimentais e funcionais específicas.

**Gráfico nº 4 -Distribuição das famílias por etapa do ciclo vital**

### Etapa ciclo vital familiar

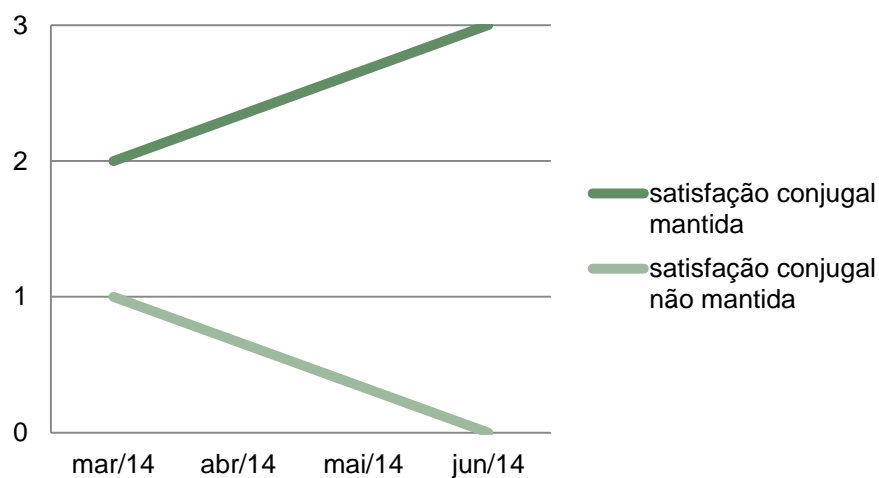


Em relação ao foco satisfação conjugal, a avaliação centrou-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, que se transformam ao longo da vida do casal, tal como nos refere a autora do modelo.

No universo das famílias, este foco aplica-se a três delas. Numa das famílias, a intervenção da prática de enfermagem, ao promover a comunicação expressiva de emoções, foi facilitada a comunicação do casal e a satisfação com a partilha das tarefas domésticas.

**Gráfico nº 5 – Satisfação conjugal**

### Satisfação conjugal



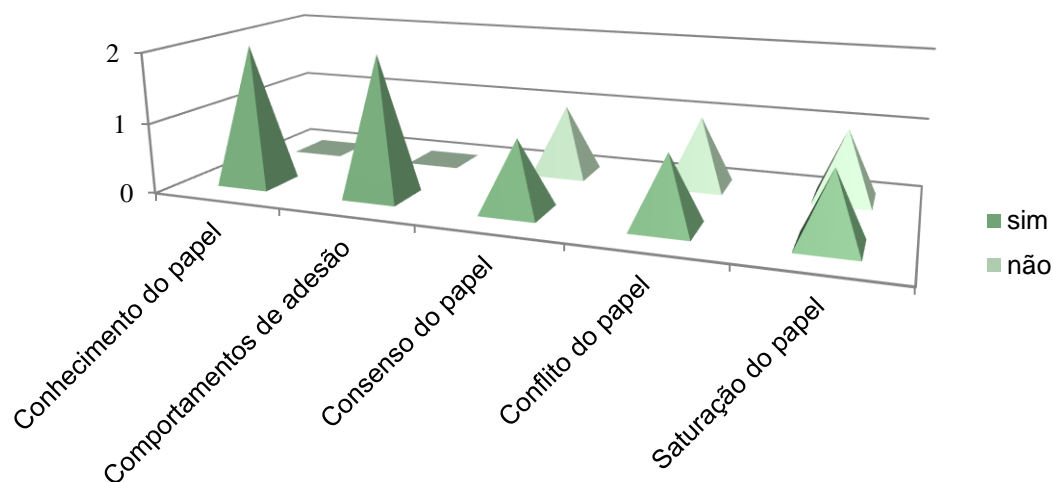
Para Figueiredo (2012), a definição de planeamento familiar está associada ao processo de tomada de decisão do casal relativamente ao número de filhos e espaçamento entre os mesmos.

A avaliação das várias dimensões operativas desta área de atenção emergiu apenas numa das famílias, que apresenta um casal em idade fértil. O diagnóstico foi planeamento familiar eficaz.

Também o papel parental é definido como o padrão de interação, que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos. A competência integra o conhecimento, a sua integração e transposição para o contexto, requerendo o envolvimento e reconhecimento dos outros (Figueiredo, 2012).

Da análise do gráfico, ressalta a avaliação de resultados na área de atenção: papel parental, em que numa das famílias com filhos pequenos se diagnosticou papel parental não adequado devido a não haver consenso, existir conflito e saturação do papel. Considerou-se que emergiu, mais uma vez, a pertinência desta temática As intervenções realizadas durante o estágio, não foram suficientes para que o critério do diagnóstico passasse de papel parental não adequado, para adequado; porque se manteve o conflito do papel. Tal como nos refere a autora, a avaliação de resultados é um processo contínuo, que advém do processo dinâmico pelo qual o enfermeiro e família planeiam e concretizam as mudanças face aos resultados esperados, num futuro concretizável.

**Gráfico nº 6 – Papel Parental**



### Dimensão funcional

Em relação à avaliação funcional, esta integra duas dimensões: a **instrumental** que se reporta às atividades quotidianas da família, e a **expressiva** que enfatiza as interações entre os membros da família. Na **instrumental**, temos o papel de prestador de cuidados. Na amostra em questão, havia duas famílias com utentes dependentes, que na avaliação realizada foi demonstrado

papel de prestador de cuidados adequado, nas várias dimensões: conhecimento do papel, comportamento de adesão, consenso, conflito e saturação.

Para a compreensão da dimensão **expressiva** é destacado o processo familiar, que se centra nos padrões de interação da família como sistema co-evolutivo, cujo padrão transaccional caracteriza a sua complexidade funcional e deve ser avaliado em todas as famílias. As dimensões operativas do processo familiar, como área de atenção de enfermagem de saúde familiar, que, abrangendo a complexidade inerente das relações e interações entre os membros da família, circunscrevem-se a cinco subdefinições: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

Tal como nos sugere a autora do modelo, foram utilizados os instrumentos já referidos, os quais permitem um entendimento globalizante e orientador face às várias dimensões familiares.

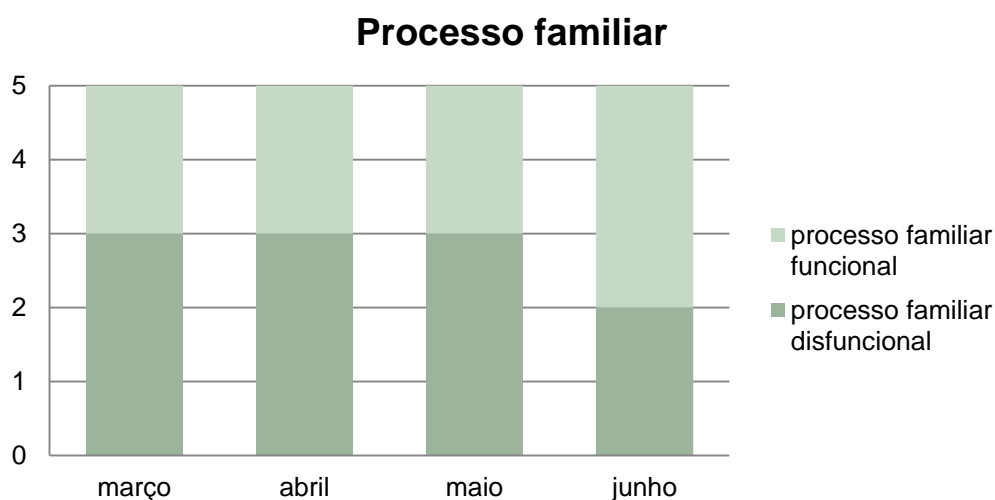
A Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* permite a identificação de eventos familiares geradores de *stress*, permitindo um entendimento globalizante e orientador face às restantes dimensões familiares. No resultado da aplicação deste instrumento houve 2 famílias com um score entre 200 e 300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica, e 3 com score abaixo de 200: Menor probabilidade de incidência de doença.

A Escala FACES II adaptada auxilia a compreensão da coesão e adaptabilidade familiar, bem como o tipo de família resultante do tipo de coesão e adaptabilidade demonstrados. No resultado da aplicação deste instrumento, obteve-se 1 família do tipo Muito equilibrada, 2 do tipo Equilibrada e 2 do tipo Meio-termo.

No APGAR Familiar de *Smilkstein*, que avalia a perceção dos membros relativamente à funcionalidade da família e que foi aplicado a cada um dos membros do agregado familiar, o resultado foi de 2 famílias com moderada disfunção e 3 altamente funcionais.

Também a avaliação de resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos com a família. Na família 3, o processo familiar passou de disfuncional a funcional, porque a interação de papéis familiares passou a ser eficaz e não conflitual.

**Gráfico nº 7 – Processo familiar**



Tal como considera Figueiredo (2012), as intervenções decorrem do processo dinâmico pelo qual o sistema terapêutico enfermeiro e família planeiam e concretizam as mudanças, num processo colaborativo e de reciprocidade. O julgamento clínico do enfermeiro sobre as áreas de atenção familiares deve enfatizar a multidimensionalidade do sistema familiar e, simultaneamente a sua singularidade, fazendo emergir não apenas as necessidades mas também as suas forças, como recursos essenciais para a capacitação funcional da família. Face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar e potenciar as forças e recursos da família nos seus processos de transição. Os cuidados de enfermagem à família serão otimizados, se centrados nos padrões interacionais da família numa perspetiva contextual. Pela natureza dos Cuidados de Saúde Primários, todas as famílias são suscetíveis de avaliação. A identificação colaborativa das necessidades da família constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar. O enfermeiro promove o comprometimento da família, num processo de negociação, incentivando os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudança. A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo, que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos e que traduzem ganhos em saúde.

### 2.3 – ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EFETIVA

A promoção de uma parentalidade efetiva começa no período pré-natal, desde os estádios iniciais, mediante orientação antecipatória sobre a transição de papel e ensino efetivo e comportamental de habilidades parentais, facilitando, assim, o desempenho do papel (Martins, 2013).

Os EMESF ocupam uma posição privilegiada na promoção desta temática, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à família. A consciência desta proximidade, aliada à especificidade de cada família como unidade de cuidados, que condiciona a forma como é vivenciada a experiência da parentalidade, constituiu o desafio assumido na escolha deste tema que norteou o meu percurso formativo.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEESF, cuida a família como unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades dos seus processos desenvolvimentais, inerentes ao ciclo vital.

As intervenções devem ser planeadas em parceria com os progenitores, visando o fortalecimento da relação conjugal e parental e a criação de um ambiente conducente ao desenvolvimento e bem-estar. Devem ter por sustentáculo modelos sistémicos de orientação familiar, que reconheçam a interdependência de processos que afetam a capacidade das famílias e assegurar o desenvolvimento da saúde dos seus membros (Knauth, 2001).

Tal como nos sugere a evidência científica, da revisão sistemática de literatura, o enfermeiro de saúde familiar, pode ser um ator fundamental no período transicional, capaz de providenciar informação, apoio e mobilização de recursos necessários no acompanhamento da concretização

dos projetos de vida individuais. Pela natureza dos cuidados que presta, pelo trabalho de proximidade e pelas competências que possui na abordagem da pessoa e das famílias, encontra-se em situação privilegiada para identificar necessidades e potencialidades de respostas congruentes com as expectativas dos pais, desempenhando um papel determinante na promoção da adaptação à parentalidade.

Como nos refere Soares (2008), o exercício da parentalidade reveste-se de alguma complexidade, uma vez que dele depende, o desenvolvimento de atividades da exclusiva responsabilidade dos pais. As mudanças inerentes são múltiplas e exigem, alterações variadas e complexas dos papéis familiares e a forma como esta transição é vivida, pode influenciar a qualidade da saúde dos seus membros.

Também, como nos refere Martins (2013), os enfermeiros que trabalham com famílias requerem entendimento teórico e prático sobre os processos parentais que influenciam os resultados de saúde. A evolução da parentalidade em paralelo com outras tarefas da vida dos pais, nomeadamente as relativas à carreira profissional, às relações intergeracionais e à definição da sua identidade.

Para Mercer (2004), o apoio na transição para o papel parental requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva: aumentando a sua auto-estima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, incentivando os pais a expressar as suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família.

Como processo em construção na interação, a intervenção de **promover a comunicação expressiva de emoções, na transição para a parentalidade efetiva**, poderá ser importante para avaliar as necessidades dos pais, o seu contexto social e emocional, as suas capacidades e expectativas, para desempenhar o papel parental.

Segundo o Regulamento dos PQCEESF (OE, 2011), são elementos importantes da satisfação das famílias, relacionada com o processo de prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, entre outros: a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções, que promova a mobilização de recursos de *coping* familiares, internos e externos.

Também como nos diz Soares (2008), a relação estabelecida entre o enfermeiro e família que se salienta pela disponibilidade, continuidade, proximidade, confiança e associada a um processo contínuo de educação sobre a saúde contribuirá decisivamente para uma facilitação da reorganização pessoal através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, com vista a ultrapassar adequadamente o processo de transição. Também a relação estabelecida com a família afigura-se como um meio, por excelência, para a qualidade dos cuidados prestados e, neste caso, para que os pais vivam a transição e a adaptação ao processo de parentalidade de uma forma mais ajustada.

De acordo com o PNS 2012-2016, a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis.

Desta forma, cabe ao EMESF acreditar nas potencialidades dos pais, estimular a sua participação nos cuidados ao filho, capacitar com criatividade, negociar com respeito pelas suas vontades e reforçar positivamente todos os esforços e ganhos obtidos, no desenvolvimento harmonioso da criança e no desempenho saudável do papel parental.

Como já foi referido a intervenção durante o estágio, foi realizada, essencialmente em contexto de visita domiciliária, constituindo-se um momento privilegiado entre o profissional e a família, e uma forma de promover a proximidade entre os intervenientes. Essa proximidade que foi possível estabelecer permitiu ultrapassar a dificuldade em estabelecer a relação terapêutica necessária durante o estágio devido ao facto de que as famílias tinham o seu enfermeiro de família como referência. A hora e a data das consultas de enfermagem foram negociadas com a família de acordo com os seus ritmos de vida e disponibilidades.

Durante o estágio houve a possibilidade de integrar a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, prestando cuidados diretos de maior complexidade à criança e família. Nestas consultas foram despistadas situações que eventualmente poderiam vir a influenciar negativamente a sua saúde e bem-estar. Estas situações estavam, sobretudo relacionadas com alterações do papel parental.

Neste contexto, foi compilado um procedimento, no sentido de motivar e sensibilizar os enfermeiros para a avaliação de risco no cumprimento da norma da DGS, sobre a vigilância do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, para a deteção precoce e referência de situações problemáticas (anexo V).

Para auxiliar os pais na aquisição de competências parentais, foi realizada promoção de saúde, acerca de várias temáticas: amamentação, alimentação, prevenção de doenças infecciosas, prevenção de acidentes, actividades lúdicas e de lazer, cuidados de higiene e conforto, padrão de eliminação. Foi enfatizada a importância do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e a assiduidade às Consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Estas atividades decorreram da avaliação e intervenção das necessidades e especificidades de cada família, a partir de algumas competências desenvolvidas:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

## 2.4 – DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTÍNUA, TENDO EM VISTA A QUALIDADE E A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros da USF RDL, através da formação em serviço, no local de trabalho, foi uma atividade planeada conforme projeto (anexo I), com o objetivo de colaborar no enriquecimento do processo contínuo de aprendizagem dos

profissionais de saúde, aprofundando conhecimentos e habilidades, de forma a coordenar a teoria com a prática, na prestação de cuidados aos utentes, famílias e comunidade, que certamente se irá repercutir no aumento da satisfação dos utentes, e possivelmente na organização do serviço.

Uma equipa com experiências e saberes diferentes, pode através da partilha e da cooperação, prestar cuidados diferenciados, dentro das suas disciplinas, às famílias com necessidades diversas, capacitando-as, aumentando os ganhos em saúde.

A qualidade dos serviços de saúde e, especificamente a qualidade dos cuidados de enfermagem deverá ser uma responsabilidade crescente que implica mudanças e representa um desafio para todos.

Apesar de, se verificar a necessidade de avaliar por métodos objetivos a qualidade dos cuidados, torna-se fundamental realçar que a conceção da qualidade deve inserir-se sempre numa perspetiva do cuidar, o que, circunscreve qualquer definição objetiva de uma complexidade e sensibilidade difíceis de mensurar sem atender a diversas variáveis (Hesbeen, 2001).

A implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde é uma ferramenta importante para a avaliação das metas estabelecidas pelos gestores. É imprescindível que a construção desses indicadores tenha um eixo condutor, com metas definidas, contemplando os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis.

Segundo Basto (2009), a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de indicadores desses resultados é um trabalho que já está iniciado, mesmo em Portugal, mas que precisa de toda a nossa atenção.

Todavia, a definição de indicadores no âmbito da qualidade não é tarefa recente. Um dos pioneiros na temática, foi Donabedian (1980) indicando que, para avaliar a qualidade de cuidados é necessário analisar os três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultados.

Segundo Figueiredo et al, (2012), sendo os indicadores, medidas orientadoras na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao serem parametrizados, facilitarão a inclusão de medidas de processo, resultado e de efeito no âmbito dos cuidados às famílias. Com a implementação do MDAIF, os ganhos em saúde traduzidos em mudanças no estado diagnóstico, possibilitarão avaliar o contributo real dos enfermeiros nas mudanças produzidas nos sistemas familiar. A identificação das necessidades das famílias permitirá a implementação de estratégias locais e nacionais conducentes à potencialização das competências das famílias na gestão dos seus processos de saúde.

O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com instrumentos e habilidades que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família. Neste sentido, considerou-se de extrema pertinência fazer formação sobre MDAIF, à equipa de enfermagem da USF RDL, adicionando ao facto de que, nesta unidade funcional trabalham com o modelo de enfermeiro de família. O enfermeiro de família surge como um profissional de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, integrado numa equipa multidisciplinar.

O processo formativo foi construído a partir das necessidades detetadas nos enfermeiros, organizada de forma a facilitar o maior número de presenças e utilizando estratégias diversificadas procurando ir ao encontro dos seus interesses e necessidades.

As sessões foram realizadas conforme programadas no projeto (anexo I).

A formação foi dinâmica e informativa (anexo III) e após a atividade os formandos preencheram uma folha de avaliação relativamente à ação formação (anexo IV). Todos os participantes afirmaram que a formação foi do seu agrado, avaliando no nível 4 (nível de 1 a 4) e que a recomendariam a outros enfermeiros.

Segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários: Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação, elaborado em 2012, as práticas clínicas dos enfermeiros devem ser suportadas por um sistema de informação que garanta o registo e monitorização e que reflitam os resultados em termos de *outputs* e *outcomes*, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, foram encetadas reuniões com a vogal de enfermagem do conselho clínico do ACES-ON para sensibilizar para a importância de diligenciar, junto da equipa de gestão de dados do SAPE da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, com o objetivo de promover a implementação da parametrização do Programa de Saúde da Família, da autoria de Figueiredo (2009) nos servidores informáticos, no sentido de promover a documentação e avaliação da intervenção do enfermeiro, junto da família.

De acordo com o PNS 2012-2016, os profissionais de saúde devem assegurar registos de elevada qualidade, compreendendo o seu valor, não apenas para o cuidado direto, continuado e multidisciplinar do cidadão, mas também para a informação, organização e desempenho do sistema de saúde, promover a melhoria contínua do desempenho, desenvolver, investigar, avaliar e disseminar estratégias inovadoras para situações e contextos específicos no âmbito das áreas consideradas prioritárias.

Neste sentido, foi elaborado um dossier de carácter consultivo com os instrumentos de avaliação familiar( anexo VI); artigo científico (anexo II); procedimento sobre avaliação de risco familiar, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (anexo V), que consta deste relatório como instrumento de consulta dos profissionais da USF RDL, sobre Enfermagem de Saúde Familiar.

Segundo a OE (2011), o EEESF contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns. Envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010).

### 3 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Considera-se essencial que o enfermeiro assuma uma postura e um exercício profissional responsável e contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e da profissão.

Destaca-se o contributo das estratégias experienciais, promotoras da aprendizagem que permitirá o agir profissional competente nas práticas de cuidados às famílias enquanto unidade, refletindo-se portanto, na mobilização, integração e na transferibilidade do conhecimento para a ação.

Neste contexto, a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen (2001), a formação deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a concetualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços que lhe permitam uma prática refletida mais portadora de sentido.

O EEESF maximiza o bem-estar da família e promove a sua capacitação prescrevendo e implementando intervenções com rigor técnico/científico que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar. (OE, 2011)

Wright e Leahey (2009), fazem distinção entre dois níveis da prática de enfermagem de família, designando-os como dois níveis de especialização: generalistas e especialistas. No primeiro nível, concetualizam a família como contexto, em que o enfoque é dirigido ao indivíduo no contexto da família, ou aos membros da família como contexto e suporte para o indivíduo. O segundo nível requer a especialização em enfermagem dos sistemas familiares, correspondendo à prática avançada de enfermagem de família. Alicerçada no pensamento sistémico as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea. O cliente passa a ser o sistema familiar, tornando-se a família a unidade de intervenção.

A utilização do MDAIF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades. Na prática profissional, pode-se constatar algumas insuficiências da parte dos sistemas de informação disponíveis, para uma adequada documentação e registo do processo de cuidados de enfermagem às famílias, em contexto de cuidados de saúde primários. Dessa forma, a parametrização do Programa de Saúde da Família e a sua operacionalização no atual sistema de informação disponível, permitiriam colmatar essa lacuna e conseqüentemente atuar como fator promotor da prática efetiva de uma Enfermagem de Saúde Familiar.

Das mudanças pessoais e profissionais conseguidas neste contexto formativo, questionada por esta consciência crítica, pode-se afirmar que o alicerce teórico necessário a uma

prática de Enfermagem Especializada, credível e visível, constituiu o principal contributo. A riqueza das experiências e vivências proporcionadas ao longo deste percurso suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que dão lugar a uma prática de Enfermagem de Saúde Familiar de Excelência.

Tal como nos diz Saint- Exupéry (2001), o conhecimento é mais que demonstração ou explicação; o desafio do EMESF, baseado no fortalecimento da família como cliente, das suas capacidades, competências e recursos, requer visão. Segundo o Regulamento dos PQCEESF, em relação à visão, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar será o profissional de referência que garante o acompanhamento da família ao longo do ciclo vital.

O enfermeiro necessita de mobilizar todo um conjunto de competências académicas, experienciais e habilidades pessoais, para valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde.

Neste sentido, a comunicação em saúde torna-se um elemento cada vez mais importante na capacitação das famílias.

Analisando este período formativo e atendendo aos objetivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se concretizam na forma de competências, crê ter atingido de uma forma global o desafio a que se propôs, encarando a evolução de um modo gradual e favorável, vincada pela dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos certamente se farão ecoar num futuro próximo.

#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2006). *Uma Biografia Partilhada de Enfermagem*. Formasau. Coimbra

Amendoeira, J. (2009). *Ensino de Enfermagem: Perspectivas de Desenvolvimento* Pensar Enfermagem. Lisboa

Basto, M. L. (2009). *Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina*. Pensar Enfermagem, Lisboa

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2a ed.). Lusociência. Loures

Cruz, M. M.; Bourget, M. M. M. (2010). *A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias*. Saúde e Sociedade. São Paulo vol. 19, nº 3 p.605-613

Damásio, A. (2012). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir. Temas e Debates*. Círculo dos Leitores. Lisboa

Donabedian, A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?* Acedido em 20 de outubro de 2014 em [http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The\\_Quality\\_of\\_Care\\_\\_How\\_Can\\_it\\_Be\\_Assessed\\_-\\_Donabedian.pdf](http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf).

Ferreira, M. F. Silva, C. F. R. (2012). *Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros*. Revista Enfermagem Referência. Coimbra

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

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

Figueiredo, M.H. Grau, C. F. Andrade, C. Santa, L. Monteiro, M. J. Charepe, Z. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários*, Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN. 978-989-96103-6-1

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusodidata. Loures

Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-20-7

Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2* Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Knauth, D. G. (2001). *Marital change during the transition to parenthood*. *Pediatric Nursing*, 27 (2), 169-184.

Kretchmar-H. M. (2005). *Parenting*. In *Encyclopedia of Human Development*. SAGE Publications. Acedido em 2 de abril de 2014, em [http://www.sageereference.com/HumanDevelopment/Article\\_n471.html](http://www.sageereference.com/HumanDevelopment/Article_n471.html).

Lacerda, M. R. (2010). *Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do individuo e da família na perspectiva da área pública*. *Ciência e saúde colectiva*. Curitiba vol. 15. Nº 5 p. 2621-2626

Martins, C. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de Enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Melnik B.M. Fineout-Overholt E. (2005) *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.p.3-24

Meleis, A. (1997) *Theoretical Nursing: Development and progresso*. Filadelfia: Lippincott

Meleis, A. I. (2005) - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3º Ed. London: Lippincott.

Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I, & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advanced in Nursing Science*, 23 (1), 12-28

Mercer, R. (2004). *Becoming a mother versus maternal role attainment*. Journal of Advanced Nursing, 34 (4), 456-464.

Mercer, R. & Walker, L. (2006). *A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother*. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35 (5), 568-582.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Familiar*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência

PORDATA, (2012). Base de dados Portugal Contemporâneo. Acedido em 2 de Maio 2014 <http://www.pordata.pt/Portugal/Dimensao+media+das+familias+segundo+os+Censos-908>

Portugal. Ministério da Saúde (2012). *Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa

Portugal. Ministério da Saúde (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa.

UNICEF. (2007). *Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries* (Vol. 7). Florence: UNICEF Innocenti Research Centre

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3a ed.). Edições Afrontamento. Porto

Ribeiro, Jorge M. S. (2011). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Lusociência: Loures

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.) Lusociência. Loures

Royal College of Nursing. (2003) - *Defining Nursing*. London: Royal College of Nursing. ISBN 020 7409 3333

Saint- Exupéry A. (2001) *O Príncipezinho*. Caravela. Coimbra

Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto consultada em 27 maio 2014  
<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=helia%20soares%20transi%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20parentalidade>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). *Transitions: a central concept in nursing*. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.

WHO (2008). *Inequalities in Young People's Health. HBSC. International report from the 2005/2006 survey* (Vol. 5). World Health Organization. Copenhagen

WHO. (2009). *The European Health report 2009: health and health systems*. World Health Organization Library Cataloguing in Publication consultada em 25 de abril de 2014  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/82386/E93103.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf)

WHO (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, Alberta, Canada: 4th Floor Press.

Wright, L. e Leahey, M. (2009) – *Enfermeiras e Famílias um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Roca. S. Paulo

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º CURSO MESTRADO ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

PROJETO DE ESTÁGIO

**MESTRANDA:**

Elsa Bispo

Nº 120433001

Santarém, Março, 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º CURSO MESTRADO ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

**MESTRANDA:**

Elsa Bispo

**ENFERMEIRA COOPERANTE**

Enfermeira Especialista Saúde Comunitária Paula Abreu

**ORIENTADORA:**

Professora Mestre Rosário Machado

**TITULAR:**

Professor Doutor José Amendoeira

Santarém, Março, 2014

## SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

ACES-ON - Agrupamento Centros de Saúde Oeste Norte

APGAR – Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CMESF – Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PNS – Plano Nacional Saúde

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade Saúde Familiar

USF RDL – Unidade Saúde Familiar Rainha Dona Leonor

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 - CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>10</b>
<b>2 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....</b>	<b>11</b>
<b>3 - PLANO DE ATIVIDADES.....</b>	<b>15</b>
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>25</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Prática clínica do Enfermeiro de Família em 5 famílias

Quadro 2 - Plano de atividades

Quadro 3 - Cronograma do estágio - 2º CMESF

## INTRODUÇÃO

A família é o pilar básico de qualquer sociedade porque é no seio da mesma que se transmite, aprende, constrói e formam os indivíduos. Ela é, por si só, um sistema dinâmico de interação, onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento se processam.

A enfermagem de família é um conceito que tem vindo a desenvolver-se nos últimos 30 anos e o Modelo de Avaliação familiar de Calgary assim como o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary segundo Wright e Leahey (2009) foram o ponto de partida para a reconstrução apresentada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009).

Ao longo do ciclo vital, os indivíduos e as suas famílias estão em constante desenvolvimento. Os acontecimentos de vida transicionais, pelos fenómenos de mudança e adaptação que envolvem, são em grande parte responsáveis por esse processo e dada a vulnerabilidade em saúde a que os poderá expor; constituem momentos cruciais de intervenção para a Enfermagem. Mais, sendo igualmente conhecedores dos efeitos que poderão advir de uma vivência transicional mal resolvida, os enfermeiros poderão ainda identificar e reencaminhar as situações que careçam de uma intervenção específica de outros domínios da saúde ou de outras áreas que, também possam exercer a sua intervenção neste processo. (Meleis, 2010).

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016. Para tal, é fundamental uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do Sistema de Saúde aumentando, assim, o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, fundamentando o desinvestimento em experiências com maus resultados e disseminando as que se revelem boas práticas (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente, os centros de saúde como unidades funcionais do sistema de saúde Português, através das Unidades de Saúde Familiares, proporcionam aos enfermeiros oportunidades excelentes para o trabalho com as famílias. A cada família um enfermeiro (OE, 2002) constitui uma imagem, transferida pelo órgão que regulamenta a profissão.

Os enfermeiros integrados em equipas multidisciplinares são desafiados a envolver a família nos cuidados e a promover o bem-estar da família como um todo (Wright & Leahey, 2009).

As rápidas e profundas transformações da sociedade atual afetam as suas estruturas, não excluindo o funcionamento familiar e, com ele, as funções parentais. A elas acresce o exigido cumprimento simultâneo das funções conjugais, pessoais e profissionais por parte de ambos os elementos de um casal, influenciando, por sua vez, a qualidade da relação pais/filhos.

Segundo Relvas (2004), a parentalidade, habitualmente considerada como uma das transições mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos, é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala, particularmente no caso de ser o primeiro filho, o início de uma nova fase do ciclo vital, movendo-se da função conjugal para a parental. Mesmo sendo um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, aciona um percurso irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos progenitores e de toda a família.

Após ter realizado no estágio anterior, a avaliação familiar e diagnóstico de necessidades das 5 famílias selecionadas, constatando algumas necessidades de intervenção para conseguir ganhos em saúde no papel parental adequado; considero pertinente para o meu estudo, a área temática: capacitação familiar para o papel parental.

Considero que o estabelecimento de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem permite, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento pessoal e profissional, que servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Ao projetar uma dinâmica de qualidade nos cuidados de enfermagem, realizei este projeto de intervenção em serviço que me foi solicitado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, a fim de consolidar as Competências Específicas do Enfermeiro Mestre adquiridas na parte teórica.

O desenvolvimento do projeto decorrerá durante o estágio e a realização do relatório (de 10 de Março de 2014 a 25 de julho de 2014), na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor de acordo com o Cronograma de estágio, num total de 420 horas, sendo o titular da Unidade Curricular o Professor Doutor José Amendoeira, a Professora Orientadora a Mestre Rosário Machado e a Enfermeira Cooperante, a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Paula Abreu.

Na sequência do desenvolvimento do processo formativo iniciado no 1º ano, com continuidade nas aprendizagens ocorridas no 2º ano onde se integra o presente estágio, reforça-se a valorização dos seguintes **pressupostos**:

- Intervenção caracterizada por um nível mais elevado de saberes;
- Permitir estabelecer objetivos e formular opções para a ação, baseada na evidência, teoria e investigação;
- Mobilizar a experiência vivenciada enquanto pessoa e, ou profissional;
- Desenvolver uma visão da complexidade da ação de cuidar;
- Fundamentar de forma crítica e reflexiva os fenómenos vividos pelos clientes de uma área clínica de enfermagem;
- Promover o desenvolvimento pessoal e do meio visando cuidados de elevada qualidade;
- Fundamentar o processo de cuidar em enfermagem, as questões da complexidade e da intervenção enquanto profissional competente;
- Desenvolver um conhecimento elevado de si próprio para um agir com conhecimento especializado.

Neste sentido relevam-se os objetivos do estágio que se constituem como guias para o desenvolvimento do mesmo, contribuindo para a clarificação das competências a desenvolver, mobilizando conteúdos numa perspetiva de enfermagem avançada.

#### Objetivos:

- Demonstrar competência que promove a capacitação da família, enquanto unidade de cuidados, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento
- Demonstrar competência que permite prestar cuidados aos três níveis, focalizar-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente
- Demonstrar competências no domínio, da melhoria da qualidade, da responsabilidade profissional, ético e legal, da gestão de cuidados, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Assim, este trabalho apresenta-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro caracteriza de uma forma muito concisa, o local onde se irá realizar o estágio, pois o local é o mesmo do estágio anterior e por essa razão não considerei necessário estar a repetir a caracterização, já realizada anteriormente. No segundo é apresentado o resultado da avaliação efetuada às cinco famílias, as intervenções selecionadas e os ganhos em saúde, seguindo o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. O terceiro capítulo apresenta o plano de

atividades e respetivo cronograma. Finalmente, no quarto capítulo são mencionadas algumas considerações finais.

## 1 - CONTEXTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Em relação ao local de estágio, manteve-se o contexto do estágio anterior, onde foi realizada a avaliação familiar e diagnóstico de necessidades; USF RDL.

A Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor (USF RDL), é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS-ON) que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e está situada na freguesia de Nossa Sr.<sup>a</sup> do Pópulo, em Caldas da Rainha, no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha. Neste edifício funciona ainda a Unidade de Saúde Familiar Bordalo Pinheiro; a Unidade de Cuidados Personalizados de Caldas da Rainha; a Unidade de Cuidados na Comunidade de Caldas e a Unidade de Apoio à Gestão do ACeS Oeste Norte.

A equipa da Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor é coordenada pela Dr.<sup>a</sup> Leonor Salvo e constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, organizados em equipas nucleares de família (médico, enfermeiro e assistente técnica).

Prestam cuidados de saúde a cerca de 16000 utentes inscritos, sendo este número naturalmente dinâmico; são cerca de 2000 utentes por cada equipa de família, tendo utentes inscritos de todas as freguesias do Concelho de Caldas de Rainha, mas predominantemente das freguesias de Nossa Sra. do Pópulo e Sto. Onofre.

O horário de funcionamento está compreendido entre as 8h e as 20h de todos os dias úteis e entre as 9h e as 13h aos sábados.

## 2 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) construído por Figueiredo (2009), apresenta-se, neste contexto, como um modelo e teoria organizadora da prática clínica dos atuais enfermeiros de família. Enquanto modelo apresenta os pressupostos, conceitos e postulados associados à Enfermagem de Saúde Familiar e contém uma matriz operativa, constituída pelas áreas de atenção específicas dos enfermeiros de saúde familiar, bem como do processo sustentador da tomada de decisão clínica dos enfermeiros (do diagnóstico à avaliação de resultados)

Pela natureza dos Cuidados de Saúde Primários, as famílias são suscetíveis de avaliação. A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, assim como as necessidades, e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades. Os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas. Nesta etapa existem princípios fundamentais:

- Validação com a família sobre as suas forças e problemas
- Enumeração dos problemas de acordo com a sua importância para o restabelecimento da Saúde Familiar
- Estabelecimento com a família acerca dos principais objetivos da mudança

Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de obter o comprometimento da família com o plano. (Figueiredo, 2012).

Descrevo, no quadro 1, a sistematização da minha atividade diagnóstica e a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que, espero venham a ser, decorrentes da respetiva intervenção.

Quadro 1 - Prática clínica do Enfermeiro de Família em 5 famílias

Família	Instrumentos avaliação	Diagnósticos	Intervenções	Ganhos em saúde
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Escala de Graffar adaptada</li> <li>• Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</li> <li>• APGAR Familiar de Smilkstein</li> <li>• FACES II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar insuficiente</li> <li>• Papel Parental não adequado</li> <li>• Processo Familiar Disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão do rendimento familiar</li> <li>• Promover a comunicação expressiva de emoções</li> <li>• Avaliar as dimensões conflituais no papel</li> <li>• Otimizar a comunicação na família;</li> <li>• Planear rituais na família;</li> <li>• Promover estratégias adaptativas- coping na família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar suficiente</li> <li>• Papel Parental adequado</li> <li>• Processo Familiar funcional</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Escala de Graffar adaptada</li> <li>• Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</li> <li>• APGAR Familiar de Smilkstein</li> <li>• FACES II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edifício Residencial não seguro e negligenciado</li> <li>• Processo Familiar Disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro</li> <li>• Requerer serviço social</li> <li>• Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional</li> <li>• Instruir a família para governo da casa</li> <li>• Motivar a família sobre governo da casa</li> <li>• Promover a comunicação expressiva de emoções</li> <li>• Otimizar a comunicação na família</li> <li>• Planear rituais na família</li> <li>• Promover estratégias adaptativas: coping na família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edifício Residencial seguro e Não negligenciado</li> <li>• Processo familiar funcional</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Escala de Graffar adaptada</li> <li>• Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</li> <li>• APGAR Familiar de Smilkstein</li> <li>• FACES II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Prestador Cuidados adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter avaliação do papel de prestador de cuidados</li> <li>• Elogiar o envolvimento do prestador cuidados</li> <li>• Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador cuidados</li> <li>• Manter avaliação do processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Prestador Cuidados adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Escala de Graffar adaptada</li> <li>• Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Prestador Cuidados adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter avaliação do papel de prestador de cuidados</li> <li>• Elogiar o envolvimento do prestador cuidados</li> <li>• Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador cuidados</li> <li>• Manter avaliação do processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Prestador Cuidados adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APGAR Familiar de Smilkstein</li> <li>• FACES II</li> </ul>			
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Escala de Graffar adaptada</li> <li>• Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</li> <li>• APGAR Familiar de Smilkstein</li> <li>• FACES II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento Familiar Insuficiente</li> <li>• Planeamento Familiar Eficaz</li> <li>• Satisfação conjugal mantida</li> <li>• Papel Parental adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a família para serviços sociais</li> <li>• Manter avaliação da satisfação conjugal mantida</li> <li>• Manter avaliação do papel parental adequado</li> <li>• Manter avaliação do processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento Familiar Suficiente</li> <li>• Planeamento Familiar Eficaz</li> <li>• Satisfação conjugal mantida</li> <li>• Papel Parental adequado</li> <li>• Processo Familiar não disfuncional</li> </ul>

Da análise do conteúdo do quadro, evidencia-se como área de atenção presente em todas as famílias o Processo Familiar, que o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar permitiu objetivar em relação às dimensões que o caracterizam (por exemplo, a relação dinâmica e a interacção de papéis).

Pode ainda verificar-se que ao nível interventivo, o Enfermeiro de Família assume um papel de gestor (dos processos de saúde/doença, dos recursos comunitários), de Educador, de Apoio Emocional, facilitando o empoderamento familiar (ao nível intrapessoal, interpessoal e organizacional) e tendo uma intervenção desde o nível microssistémico ao nível macrossistémico.

No que se refere às competências do EEESF, estas encontram-se publicadas em Diário da República, na portaria 126/2011 de 18 de Fevereiro. Para este especialista estão descritas duas competências: a) cuida da família como unidade de cuidados e b) presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Cada competência é composta por unidades de competência e respectivos critérios de avaliação, conforme consta no anexo I.

A parametrização da matriz operativa do MDAIF no sistema informático dos Enfermeiros das unidades de prestação de cuidados à família, UCSP e USF, tende a ser, hoje, uma realidade generalizada na região norte do país e que por força da conjuntura estrutural do avanço da especialização, esperamos que se estenderá às unidades de todo o país. No entanto, ainda não existem indicadores de desempenho neste âmbito.

Olhar os percursos formativos na prática como estratégias para a excelência de cuidados à família faz emergir a necessidade da criação de infraestruturas que articulando o ensino a prática e a investigação promovam a qualidade da prática de enfermagem de família bem como o seu reconhecimento.

Envolver a família em cuidados competentes e seguros é desígnio de todos nós.

### 3 - PLANO DE ATIVIDADES

O plano de atividades, representado através do quadro 2, consagra os objetivos que me proponho atingir, bem como as atividades a desenvolver e as estratégias encontradas. São ainda referidas as unidades de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar relacionadas com o objetivo e atividades em questão, estando estas devidamente explicitadas em anexo (anexo I). Considero que este plano é flexível e passível de alterações, dado que cada família tem a sua própria dinâmica. De modo a delinear as atividades de acordo com o espaço temporal, elaborei o cronograma que apresento após o plano no quadro 3.

Quadro 2 – Plano de atividades

1. ELABORAR O PLANO DE INTEGRAÇÃO AO ESTÁGIO					
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EEESF	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
1 e 2	Planejar o estágio II do 2º CMESF	Reunião de integração ao estágio II	12 Março 2014	ESSS	Prof. Titular Prof. Orientadora Elsa Bispo
		Reunião de apresentação à enfermeira cooperante	13 Março 2014	USF RDL	Enf <sup>a</sup> Cooperante Elsa Bispo
	Dar conhecimento do projeto de estágio	Elaboração do projeto de estágio	13 a 18 Março 2014	USF RDL	Elsa Bispo
		Apresentação do projeto de estágio à Enf. <sup>a</sup> cooperante	18 Março 2014	USF RDL	Enf <sup>a</sup> Cooperante Elsa Bispo
		Apresentação do projeto de estágio à Prof <sup>a</sup> Orientadora	20 Março 2014	ESSS	Prof <sup>a</sup> Orientadora Elsa Bispo
2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR					
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EEESF	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
1 e 2	Família A <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a família para a gestão do</li> </ul>	Consultas de Enfermagem com um e / ou mais elementos, desenvolvendo as seguintes intervenções:	24 Março a 4 de Julho	USF RDL e Domicílio	Elsa Bispo

	<p>rendimento familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar para o papel parental</li> <li>• Promover a comunicação eficaz</li> <li>• Facilitar coping familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociação com a família a partilha do papel de gestão financeira</li> <li>• Motivação da família para a redefinição de papéis</li> <li>• Promoção da comunicação expressiva de emoções</li> <li>• Ensino e motivação dos pais para a importância de regras estruturantes e desenvolvimento infantil</li> <li>• Negociação para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</li> <li>• Promoção da comunicação na família;</li> <li>• Otimização do padrão de assertividade e negociação de estratégias adaptativas na família</li> </ul> <p>Referenciação a outros técnicos de saúde (serviço social, psicóloga)</p> <p>Colaboração com e equipa multidisciplinar sobre avaliação e intervenção familiar</p>			
	<p>Família B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar família para conseguir</li> </ul>	<p>Consultas de Enfermagem com um e / ou mais elementos, desenvolvendo as</p>	<p>24 Março a 4 de Julho</p>	<p>USF RDL e Domicílio</p>	<p>Elsa Bispo</p>

	<p>edifício residencial seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar para manter higiene habitacional</li> <li>• Promover a comunicação eficaz</li> <li>• Facilitar coping familiar</li> </ul>	<p>seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação sobre riscos de edifício residencial não seguro)</li> <li>• Informação sobre riscos de deficiente higiene habitacional</li> <li>• Motivação sobre a importância do governo da casa</li> <li>• Promoção da comunicação expressiva de emoções;</li> <li>• Otimização do padrão de assertividade e negociação de estratégias adaptativas na família</li> </ul> <p>Referenciação a outros técnicos de saúde (serviço social, saúde pública, psicologia)</p> <p>Colaboração com a equipa multidisciplinar sobre avaliação e intervenção familiar</p>	
	<p>Família C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar papel de prestador de cuidados adequado</li> <li>• Facilitar processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<p>Consultas de Enfermagem com um e/ou mais elementos desenvolvendo as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do papel de prestador de cuidados</li> <li>• Promoção da comunicação expressiva de emoções</li> <li>• Avaliação do processo familiar</li> </ul>	<p>24 Março a 4 de Julho</p> <p>USF RDL e Domicílio</p> <p>Elsa Bispo</p>

<p>Família D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter papel de prestador de cuidados</li> <li>• Manter processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<p>Colaboração com e equipa multidisciplinar sobre avaliação e intervenção familiar</p> <p>Consultas de Enfermagem com um e/ou mais elementos desenvolvendo as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do papel de prestador de cuidados</li> <li>• Promoção da comunicação expressiva de emoções</li> <li>• Avaliação do processo familiar</li> </ul> <p>Colaboração com a equipa multidisciplinar sobre avaliação e intervenção familiar</p>	<p>24 Março a 4 de Julho</p>	<p>USF RDL e Domicílio</p>	<p>Elsa Bispo</p>
<p>Família E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar a família para a gestão do rendimento familiar suficiente</li> <li>• Manter planeamento familiar eficaz</li> <li>• Manter satisfação conjugal mantida</li> <li>• Manter papel parental adequado</li> <li>• Manter processo familiar não disfuncional</li> </ul>	<p>Consultas de Enfermagem com um e/ou mais elementos desenvolvendo as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do planeamento familiar eficaz</li> <li>• Avaliação da satisfação conjugal mantida</li> <li>• Avaliação do papel parental adequado</li> <li>• Avaliação do processo familiar não disfuncional</li> </ul> <p>Referenciação a outros técnicos de saúde (serviço social)</p> <p>Colaboração com e equipa multidisciplinar sobre avaliação e intervenção familiar</p>	<p>24 Março a 4 de Julho</p>	<p>USF RDL e Domicílio</p>	<p>Elsa Bispo</p>

**3. FORMAÇÃO SOBRE MDAIF**

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EEESF	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
<b>1 e 2</b>	Dar conhecimento dos objetivos do CMESF	Apresentação do plano de estudos do CMESF Informar das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar	23 abril	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Sensibilizar sobre a importância da aplicação do MDAIF	Reflexão sobre os conceitos subjacentes ao MDAIF Apresentação das 3 dimensões da avaliação familiar	21 maio	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Dar conhecimento dos vários instrumentos de avaliação familiar	Apresentação dos instrumentos de avaliação familiar e das suas vantagens	4 junho	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão
	Demonstrar a aplicação prática do MDAIF	Apresentação de dois casos clínicos com aplicação prática do MDAIF	25 junho	USF RDL	Enfermeiros USF RDL Elsa Bispo Mafalda Girão

**4. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EEESF	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE	QUEM
<b>1 e 2</b>	Avaliar o desenvolvimento do projeto	Apresentação do decorrer do projeto sob forma de Seminário	13 Maio 2014	ESSS	Mestrandas do CMESF Professor Titular Professora Orientadora Enfermeira cooperante Outros convidados
		Apresentação do decorrer do projeto sob forma de Seminário	2 Julho 2014	ESSS	Mestrandas do CMESF Professor Titular Professora Orientadora Enfermeira cooperante

---

Outros  
convidados

---

Quadro 3 - Cronograma

ANO	2014																		
MÊS	MARÇO			ABRIL				MAIO				JUNHO			JULHO				
SEMANA	10-14	17-21	24-28	31-04	07-11	14-25	28-02	05-09	12-16	19-23	26-30	02-06	9-13	16-20	23-27	30-04	07-11	14-18	21-25
ATIVIDADE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Elaboração do Projeto de Estágio																			
Avaliação e Intervenção Familiar																			
Elaboração do Relatório do Estágio																			
Pesquisa bibliográfica																			
Avaliação do desenvolvimento do projeto									13							2			
TOTAL DE HORAS	420																		

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interações conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares. Apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização familiar, esta mantém-se como unidade emocional e afetiva caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social. As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa. O progresso da enfermagem de família, enquanto área de conhecimento e de práticas, favorecerá o desenvolvimento de políticas de saúde mais conducentes à efetivação de cuidados de enfermagem centrados na família, como unidade sistémica, assim como propiciará a regulação legal do papel do enfermeiro de família, pelo reconhecimento de um espaço de intervenção autónomo ( Figueiredo, 2009).

A realização deste projeto permitiu a busca constante de novos conhecimentos, para responder às necessidades encontradas, para que possa adquirir ou melhorar competências pessoais e profissionais.

Pensar de forma analítica é inerente ao ser humano, no entanto é necessário saber usar o pensamento e refletir sobre e na prática de cuidados, na busca do melhor agir, para o melhor Cuidar. A procura dessa base de conhecimentos aprofundada, como fundamentação da prática profissional, constitui o meu principal objetivo como profissional e estudante. Desta forma, pretendo ser capaz de, de modo autónomo e ao longo da vida, manter-me no trilho da Qualidade, cuidando de forma cada vez mais competente, avançada e positiva; desafio proposto nesta UC.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

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

Meleis, A.(2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. Springer Publishing Company. New York ISBN 978-0-8261-0534-9.

.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Grafinter. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Grafinter. Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2010). *Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3a ed.).Edições Afrontamento. Porto

Wright, L. e Leahey, M. (2009) – *Enfermeiras e Famílias um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Roca. S. Paulo

## ANEXOS

ANEXO I – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE FAMILIAR

## Regulamento n.º 126/2011

## Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

## Preâmbulo

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

As famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stress (problemas) afectam as linhas de defesa da família. A reacção da família depende da forma como esses factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A reconstrução ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais;

O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente.

O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou contrato de acção com a família. Na implementação dos planos de acção, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, mais especificamente, aos de enfermagem assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e

os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

## Artigo 1.º

## Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar.

## Artigo 2.º

## Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

## Artigo 3.º

## Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

## Artigo 4.º

## Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar são as seguintes:

- a) Cuida da família como unidade de cuidados;
- b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## ANEXO I

## Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

## Competência

II. Cuida da família como unidade de cuidados.

## Descritivo

Considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
II.1.1. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.	II.1.1. Identifica a família como um sistema social que se auto define e que desenvolve funções internas e externas, específicas do seu desenvolvimento. II.1.2. Reconhece a unicidade da família, perspectivando-a num contexto desenvolvimental ecossistémico. II.1.3. Demonstra compreender a unidade familiar incorporando as múltiplas formas de organização familiar, associadas à diversidade de configurações familiares. II.1.4. Identifica a família como um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de supra sistemas mais amplos.
II.1.2. Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.	II.2.1. Reconhece a relação entre os níveis de saúde individual e familiar, apercebendo-se dos diferentes níveis de saúde entre os membros da família. II.2.2. Identifica o ciclo vital como o percurso transversal previsível a todas as famílias, com eventos típicos associados a entradas e saídas de elementos. II.2.3. Reconhece os factores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença, que ocorrem no seu percurso de desenvolvimento. II.2.4. Identifica os processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
11.3. Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.	<p>11.3.1. Identifica na abordagem familiar as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente.</p> <p>11.3.2. Utiliza diversos níveis de abordagem familiar de acordo com o contexto de cuidados, considerando que qualquer que seja o nível de cuidados, serão mais eficazes quando é dada maior ênfase à família.</p> <p>11.3.3. Utiliza modelos conceptuais de enfermagem de família que orientam tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções.</p> <p>11.3.4. Reconhece e respeita a competência da família para tomar decisões, gerir o seu modo de vida e abordar a doença.</p> <p>11.3.5. Consulta a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde.</p>

### Competência

12. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

### Descritivo

Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
12.1. Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento	<p>12.1.1. Avalia o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos membros da família.</p> <p>12.1.2. Avalia a funcionalidade da família pelo equilíbrio dinâmico entre a harmonização das forças que impõem para a mudança e os mecanismos que apoiam a estabilidade do sistema.</p> <p>12.1.3. Integra na avaliação a percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família.</p> <p>12.1.4. Analisa a perspectiva dos valores e crenças da família na compreensão dos seus processos de transição.</p> <p>12.1.5. Identifica o estágio do ciclo vital que mais se adequa à família, focando-se nas tarefas que ocorrem para o seu desenvolvimento.</p> <p>12.1.6. Identifica os recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição.</p> <p>12.1.7. Avalia as preocupações da família relacionadas com a saúde, os seus pontos fortes e limitações.</p> <p>12.1.8. Utiliza diferentes estratégias e outros meios de avaliação culturalmente adequados na recolha de dados.</p> <p>12.1.9. Aplica diferentes instrumentos que permitem a sistematização da avaliação familiar.</p> <p>12.1.10. Faz uma avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar, integrando uma perspectiva sistémica.</p> <p>12.1.11. Analisa os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados seguros à família.</p>
12.2. Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.	<p>12.2.1. Demonstra conhecimentos que permitem a identificação de novos focos de atenção face à alteração do funcionamento da família ou do estado de saúde de um dos membros.</p> <p>12.2.2. Faz o diagnóstico de necessidades específicas da família com base nos problemas percebidos pela família e considerando os dados colhidos relativos à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais.</p> <p>12.2.3. Demonstra e mobiliza conhecimentos aprofundados para situações que comprometem as tarefas fundamentais ao desenvolvimento familiar.</p> <p>12.2.4. Utiliza modelos, como a gestão de casos da família e outros, apropriados para trabalhar com as famílias no planeamento dos cuidados.</p>
12.3. Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.	<p>12.3.1. Enumera os problemas identificados, priorizando de acordo com a percepção da família sobre a importância da resolução dos mesmos para o restabelecimento da saúde familiar.</p> <p>12.3.10. Colabora com as famílias e seus membros para enfrentar as alterações da situação de saúde, e abordar situações de stress, deficiência e morte.</p> <p>12.3.2. Promove o comprometimento da família com os objectivos estabelecidos com base num processo de negociação com a família.</p> <p>12.3.3. Promove a participação da família de acordo com recursos internos e externos da família, incentivando os membros da família a explorar possíveis soluções para os problemas.</p> <p>12.3.4. Valida com a família as intervenções para os problemas identificados, verificando se estas permitem fortalecer a capacidade funcional da família.</p> <p>12.3.5. Mobiliza com a família outros recursos para a maximização do seu potencial de saúde.</p> <p>12.3.6. Toma decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família com base na evidência científica.</p> <p>12.3.7. Demonstra compreensão e disposição para incorporar nos cuidados as práticas curativas tradicionais benéficas ou inócuas, que as famílias utilizam.</p> <p>12.3.8. As intervenções de enfermagem integram respostas afectivas e cognitivas que decorrem no contexto da interacção entre o enfermeiro e a família.</p> <p>12.3.9. Utiliza métodos participativos que interessam e promovem a capacidade da família para os seus próprios cuidados de saúde.</p>

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

ANEXO II – ARTIGO:  
EFFECTIVENESS OF RESOURCE-ENHANCING FAMILY-ORIENTED INTERVENTION

## Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention

Arja Häggman-Laitila, Hanna-Mari Tanninen and Anna-Maija Pietilä

**Aim.** The purpose of the study was to assess the effectiveness of a resource-enhancing family-oriented intervention.

**Background.** There is very little empirical knowledge of how nurses working in a home context develop relationships with families, what methods they use to enhance families' resources and how such relationships affect the families' health outcomes.

**Design.** The study was designed as a descriptive service evaluation.

**Methods.** A total of 129 family members from 30 families with small children participated in the study. Data were collected with family care plans and client reports in 2004–2005. Data were analysed by qualitative content analysis and by descriptive statistical methods. Resource-enhancing discussions were carried out in all family meetings. Other methods were video guidance, creation of a family tree and parents' role map, network collaboration, observation and parent-child group activity.

**Results.** The families needed support mostly in parents' health and well-being, coping with parenthood, upbringing and child care, parents' relationships, social relations and children's health and growth. The families had an average of five support needs at the beginning of the intervention and 1.8 needs at the completion. The families set on average 3.6 and achieved 4.5 goals during the family nursing process.

**Conclusion.** The resource-enhancing family nursing can be used for supporting parenthood, the raising of and caring for the children, strengthening of social support networks, decreasing the need for support from the authorities and enhancing the parents' resources to manage the duties related to their work and studies.

**Relevance to clinical practice.** The study resulted in empirically based concepts that can be used in the future to construct instruments to evaluate the effectiveness of resource-enhancing family nursing from the perspective of families and family health. The findings add to our professional understanding of resource-enhancing family nursing.

**Key words:** families with children, family nursing, psychological and social coping, resource-enhancing intervention, service evaluation

Accepted for publication: 6 April 2010

### Introduction

Family nursing (Baggaley & Kean 1999, Åstedt-Kurki *et al.* 2004, Aston *et al.* 2006) promotes and supports the well-being and health of families and family members in different phases of life. Moreover, family nursing helps in managing families' resources and supports the handling of different health problems. In family nursing, individuals are considered independent and yet part of their family. In individual-

focused family nursing, goals are set for the individual, whereas in interpersonal family nursing, nurses facilitate mutual understanding and support among family dyads. Further, nurses regard the entire family as clients in family systems nursing. Establishing goals means changes that involve the entire family.

These different aspects of viewing the family are also seen in family nursing research (Baggaley & Kean 1999, Åstedt-Kurki *et al.* 2004). First, the family can be seen as a factor in

**Authors:** Arja Häggman-Laitila, PhD, RN, R & D Director, Docent, Metropolia University of Applied Sciences, Metropolia, Finland; Hanna-Mari Tanninen, MNsc, RN, Doctoral Student, Department of Nursing Science, University of Eastern Finland; Anna-Maija Pietilä, PhD, RN, Professor, Department of Nursing Science, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

**Correspondence:** Arja Häggman-Laitila, R & D Director, Docent, Metropolia University of Applied Sciences, PL 4030, 00079 Metropolia, Finland. Telephone: + 358 40 3345096.

**E-mail:** arja.haggman-laitila@metropolia.fi

the background, when individual persons are the focus of the research. Second, the family can be considered the sum of its components and can therefore be studied through individual family members. The third view presents the family as an undivided entity, which is more than and different from, the sum of its components.

Shifting the focus from deficit-based thinking to a resource-oriented approach in the clinical practice with families has generated an increasing interest in nursing in recent years (Aston *et al.* 2006, Gottlieb & Gottlieb 2007, Benzein *et al.* 2008). Empirical knowledge of how nurses working in a home context develop relationships with families, what methods they use to enhance families' resources and how such relationships affect the families' health outcomes is scarce (Baggaley & Kean 1999, Aston *et al.* 2006, Benzein *et al.* 2008). Previous studies have mostly focused on the implementation of the problem-focused support provided to families by hospitals (Meiers & Tomlinson 2003, Snyder 2004, Wielenga *et al.* 2005), community appointments (Harrison *et al.* 2004, Statham & Holtermann 2004), or home visits (Olsen & Maslin-Prothero 2001, Barlow *et al.* 2007). Furthermore, research findings on nurse-family relationships are limited, mainly representing nurses' perceptions of the topic (Baggaley & Kean 1999, Benzein *et al.* 2004). Previous research has shown that overall analysis of the family situation and psychosocial support is still inadequate (Häggman-Laitila 2003, Heh & Fu 2003, Crisp & Lister 2004). The interactions between family nurses and families are dominated by professionals and the interactions are problem-based and task-oriented (Baggens 2004, Corlett & Twycross 2006). This article describes the benefits of resource-enhancing support families received from a family nurse at their homes.

## Background

Family resources can be divided into internal and external resources (Feeley & Gottlieb 2000). Internal resources consist of the family members', especially the parents', physical and mental health, self-esteem, knowledge and skills, problem-solving abilities and optimistic attitude towards their future. External resources comprise different dimensions of social support, i.e. emotional, cognitive, concrete and mental support. Emotional resources, on the other hand, consist of proximity, care and appreciation. They may manifest as empathy, sympathy, listening and positive feedback. Cognitive support consists of information and counselling. Concrete support may involve doing things for the person, modifying the environment or arranging financial support. The surrounding community and its culture may be a

significant mental resource for the family. The family's resources vary in different life situations.

The McGill Model of Nursing provides the theoretical basis for resource-enhancing family nursing (Feeley & Gottlieb 2000, Gottlieb & Gottlieb 2007, see also Häggman-Laitila 2005, Aston *et al.* 2006, Benzein *et al.* 2008). It is based on the presumption that families have the requisite resources and abilities to develop themselves and to solve their problems. The family nurse and the family establish a co-operative relationship wherein the family's expertise is appreciated and trusted. The family nurse listens to the family, respects their stories and takes the family members seriously. The goal of resource-enhancing family nursing is to help families use the resources of their individual family members and the family as a unit as well as external resources to the family system. This means solving problems, coping, achieving goals and developing. In the process, three strategies are implemented: identifying resources and providing feedback, developing resources and calling for resources.

Discussions identifying resources (Feeley & Gottlieb 2000, Gottlieb & Gottlieb 2007) do not focus exclusively on current resources and problems, but also handle past resources, the functional solutions of everyday life, favourable changes, exceptions and differences in everyday life, the availability of support and the prospects of future. By noting and providing feedback to families, the nurse offers families a new perspective on themselves. Moreover, the feedback provided to families is accurate and authentic. As for developing family's internal resources, three methods are used: helping a family transfer the use of a resource from one context or experience to another, turning a deficit into a resource by cognitive reframing and developing competency. Three ways are also used to call for external resources to the family: identifying resources (for instance, by network maps, family trees and network meetings), mobilising and using resources effectively as well as regulating the input of resources. In discussion, the family defines the matters and habits that are significant for the family members.

Resource-enhancing family nursing (Tuyn 2003, Häggman-Laitila 2005, Aston *et al.* 2006) is very future-oriented and it aims to create an encouraging atmosphere. The goal is to make the parents perceive they have alternatives and possibilities to improve their situation. The discussions concentrate on what is functional and what the future expectations are, instead of what one does not like or wants to reject. The aim is to respect everyone's own experiences and views on reality and give space to them. This also means that stories in conflict with each other are tolerated, because

it enables family members to produce new meanings to stories and events as well as helps in finding solutions and making living together easier. In resource-enhancing discussions, the family members define themselves and their respective positions in the family and their community by means of life stories and identity stories. The family nurse's task is to facilitate the generation of new stories and related meanings. Likewise, the parents find new meanings for their life events and new ways to conceptualise their life situation.

The family members can use their resources to shape the course of their life, to manage and interpret stressful factors, to regulate their need for support and to find explanations for their life events. The family's increasing awareness of its own resources (Feeley & Gottlieb 2000, Häggman-Laitila *et al.* 2003) may manifest itself as better decision-making, increased understanding of course of life, altered ways of perceiving its problems and revival of hope. Family life becomes more organised than before. The parents who are aware of their resources are content with their parenthood and their marital relationships improve and they are able to support their children's healthy development and strengthen their resources (Barlow & Parsons 2003, Coren *et al.* 2003, Häggman-Laitila *et al.* 2003).

## Aim and research tasks

The aim of this study was to assess the effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. The research tasks were as follows:

- 1 To describe the support given to the families.
- 2 To assess changes in the families' needs and their social support network.
- 3 To assess the realisation of the goals set and achieved during the intervention.

## Methods

### Design

This study was designed as a descriptive service evaluation. The service evaluation studies focus on accessibility, suitability, functionality, quality, efficiency and cost-effectiveness of services (Attree 2001, McKay *et al.* 2001, Huebner 2002, Yoo & Brooks 2005). This study was implemented during the provision of resource-enhancing support services for families. Qualitative and quantitative data collection methods were used before and after the family support. The study was conducted in two small municipalities of southern Finland.

## Context and participants

All families receiving the service support were asked to participate in the study during the time of research in 2004–2005 and they all gave their consent for their participation. Altogether 129 family members from 30 families participated in the study. The family members comprised 71 children, 30 mothers and 28 fathers. Twenty-seven parents shared joint custody of their children. Of three single parents, one was male and two were females. The families had either an expectant mother or had at least one child under the age of six. Table 1 shows the background information of the participants. Most of the fathers (86%) were employed at the beginning of family nursing, whereas most of the mothers were on parent leave. At the end of the family nursing process, the majority of the fathers (89%) and less than half of the mothers (43%) were working.

The families received support from the same family nurse in connection with child health clinics. She was a public health nurse and a family therapist employed by the municipalities. The service provided by the family nurse was new, permanent and free of charge to the families. It was intended for families with needs for support that could not be met in the child health clinic without services of family nurses, but which did not fall under the sphere of corrective child welfare. Public health nurses (40%), social workers (27%), day care centres (7%), health centre psychologists, psychiatric clinics (3%) and home help services (3%) had referred the families to the service. These sources informed families of this new service. The families made then the decision about their participation. In some cases, the families (20%) had heard about them from their friends, relatives, or in the media.

The service emphasised the consideration of the whole family, the strengthening of parenthood, the identification of families' resources and early support. Selecting resource-enhancing intervention in the municipalities was based on the national recommendations on the development of child health clinics (Ministry of Social Affairs and Health 2004).

## Implementation of resource enhancing intervention

The family nurse worked with the families for 953.5 hours. The implementation of resource-enhancing intervention was based on the support needs identified by the families (Table 3). The family nurse worked with the whole family although there were also families in which only some family members needed support. It was the families who decided their method of support and the number of meetings with the family nurse. Family nursing was carried out in compliance

**Table 1** Mothers, fathers, children's and background information of family nursing

Background information	<i>n</i>	%
Mothers ( <i>n</i> = 30) (mothers') age		
17–20 years	2	7
21–25 years	2	7
26–35 years	16	53
36–43 years	10	33
Mean 32.1, Standard Deviation 7.3		
Fathers ( <i>n</i> = 28) (fathers') age		
18–20 years	1	4
21–25 years	2	7
26–35 years	15	53
36–45 years	10	36
Mean 33.9, Standard Deviation 8.1		
Children ( <i>n</i> = 71) (children's) age		
0–1 year	18	25
2–4 year	20	29
5–7 year	15	21
7–18 year	18	25
Mean 4.8, Standard Deviation 4.2		
Amount of children in families ( <i>n</i> = 30)		
0–1 child	9	30
2–3 children	14	47
4–5 children	7	23
Mean 2.5, Standard Deviation 1.3		
Duration of family nursing		
0–2 months	5	17
3–6 months	10	33
7–12 months	10	33
13–20 months	5	17
Median 7.0		
Amount of family nursing		
1–15 times	3	10
6–15 times	9	30
16–25 times	9	30
26–35 times	6	20
36–58 times	3	10
Median 18.5		
Elapsed time in family nursing		
4–15 hours	6	20
16–30 hours	10	33
31–50 hours	9	30
51–90 hours	5	17
Median 30.0		

with the families' wishes and their current resources. The family nurse met the families, depending on the need for support, 3–58 times mainly in the families' homes (81%). The family nurse met some of the families (19%) in social and health service facilities.

The methods of family nursing were used diversely. Resource-enhancing discussions were carried out in all family meetings with the members of the family either separately or

together. The Mc Gill Model of Nursing (Feeley & Gottlieb 2000, Gottlieb & Gottlieb 2007) was used as a theoretical basis for the discussions. Table 2 shows examples of the questions and themes of the discussions based on the strategies of the theoretical framework. Other methods supporting the discussions included video guidance (see Häggman-Laitila *et al.* 2003) (50% of the families), creation of a family tree (33%) and parents' role map (27%), network collaboration with close relatives of the family and authorities (23%), observation of the family situation (10%) and parent-child group activity (see Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 2009) (10% of the families).

### Data collection

The family nurse who carried out the intervention collected data from all families receiving support in 2004–2005. The data were collected immediately before the service and after it was finished. The methods were family care plans and client reports. Family care plans included open-ended questions dealing with the number and age of family members, the parents' current employment, the most important support needs identified by the parents, the social support networks, the parents' goals for family nursing and the methods chosen as well as appointments with the family nurse. The data collection was based on a discussion with the family and the family nurse. Its duration varied according to the strength and ability of the family. The parents and the family nurse assessed the changes in the family's situation during the intervention and they were recorded in the family care plan. The family care plan was then condensed into a client report form, including a summary of the family's background information, support needs, social support network, the goals set and achieved, the methods used, the family nursing assessments, the number of appointments and their duration as well as the reason for ending the client relationship.

The parents filled out the family care plan and client report together with the family nurse. The information was written down using the family's own words and as their experiences (see examples in Fig. 1 and Table 3). A multi-page family care plan and a client report were completed of each family. The family care plans and client reports were routinely used to plan and record the family nursing process and at same time, they provided research data for identifying the needs and evaluating the benefits of family nursing. The family care plan and client report were developed and tested during the Families with Children Project, which proved their applicability to scientific data collection (Häggman-Laitila 2003).

**Table 2** Examples of key questions in resource-enhancing discussions

Discussion strategies with themes	Key questions
Identifying resources and providing feedback	What would you like to discuss today that might benefit you?
Functional solutions of everyday life	What did you do when you tackled a similar problem? What helped you?
Favourable changes	When there was no problem or it was a minor one, what was the situation like; what was different; how did you act?
Exceptions and differences in everyday life	Why are you giving your family situation a better mark today than a week ago?
Current and past resources	What has happened? What explains the change?
Prospects of future	Your family situation has eased. What actions have you taken?
	Where do you get your strength and hope for the future?
	Let us imagine that after two months there is no problem. How would you reply to a question asking what brought about the change?
Developing resources	How could you transfer your success to other similar situations?
Transferring the use of resources	What should be done to carry on with the change?
Turning a deficit into a resource	Which words could you use to describe your problem more positively?
Developing competency	Is there something your problem has taught you that could be used as a rule of life for others?
	Which issues have you solved successfully as a family? How could they be applied to this situation?
	If somebody in the same situation would ask for your advice, how would you advise this person?
	Has this discussion benefitted you and how should we continue in the future?
	If today's suggestions were not functional, it would be good to know if they offered something new that in turn could be useful
Calling for resources	Who has supported you? How did they support you? For what would you like to thank them?
Family trees, network maps, network meetings	Who are the persons you would like to call for a meeting supporting your family?
Mobilising and using resources effectively	What would you like to ask them or how would you like them to act?
Regulating the input of resources	What beneficial change has the support of others brought about?
	What should the others do to keep up the beneficial change in the family?
	In your opinion, what would benefit you most?
	Who would be invited and for what would you like to thank them if you were to celebrate solving your problem?

## Data analysis

Data were analysed in two phases. In first phase, the data were analysed by qualitative content analysis (Woods *et al.* 2002). The expressions and quotes pertaining to the research tasks were selected from the family care plans as well as client reports and then listed. The original expressions were mutually compared. The expressions with the same meaning were classified into the same subcategory and named (Fig. 1, Table 3). These categorised expressions were mutually compared, and the subcategories with the same meanings were combined into main categories, which were named according to the research tasks (families' previous support, support needs, social networks, set and achieved goals). In second phase, the data were analysed by descriptive statistical methods. The frequencies of the subcategories were calculated and expressed as percentages. The client relationship of one-third of the families (30%) ended prematurely, on either the client's own wish or move. Nevertheless, the data of

these families were also included in the data analysis. The results of the analysis are presented in Table 3 and Figs 2 and 3.

## Ethical considerations

The ethical issues that needed consideration in this study were the information provided by the study, voluntary participation, informed consent and the possibility of refusal, the family nurse's impact, anonymity of the study participants and the official approval. The families participating in the study were told about the evaluation goals of the new service and the research-related duties involved. Furthermore, they were informed about the use of the family nursing documents for research purposes. The family nurse asked for the families' informal consent for the study and offered everyone a possibility for refusing the usage of their documents. Consequently, all families gave their written informed consent.

Original expressions taken from the care plans	Subcategories
'Meetings with the father and children would work' 'Mother accepts her son' 'Parents spend time together with their child, they play and help with homework' 'Mother has more patience with her daughter' 'Father copes with every day life with the baby and deals with anxiety caused by the mother's illness' 'First and foremost, to help children in this difficult situation; they have no idea of what is going on in the family'	Strengthening of parenthood
'To find right ways to cope with the child when s/he throws a tantrum' 'Mother and father want their son to obey' 'Mother finds ways to deal with her son and daughter throwing a tantrum' 'Parents find new ways of coping with their son and daughter's bursts of anger'	Upbringing and child care
'Child learns to be dry at night' 'Daughter will sleep through the night and fall asleep in her own bed at night' 'Son is able to concentrate at primary school and at home' 'Child eats at table like other children' 'To find out why the child behaved as s/he did and to evaluate if further examinations would be in order'	Children's health and growth

**Figure 1** Examples of original expressions and subcategories of main category 'set goals'.

The families' participation in family nursing and the study was voluntary and could be interrupted at any time. The parents themselves could decide the nature of issues they wanted to cover. The detailed family care plan enabled the family members to be heard and decreased the family nurse's interpretation concerning the family situation. The family care plan and the client report were filled in together with the family and a representative of the family signed the documents thus confirming their compatibility with the discussion.

Collecting the research data in conjunction with family support services poses certain ethical challenges. The families may have felt that their participation in the research was not completely voluntary but that declining the research would also exclude them from receiving help. Similarly, it may have affected their willingness to describe the more positive experiences of family nursing. On the other hand, the familiarity of the family nurse may have added the feelings of security and encouraged the family members to participate fully.

The permission for the study was granted by officials in charge of the social and health care of the municipalities under study. The family nurse was not part of the research group and did not contribute to the data analysis. Care was taken to ensure the anonymity of the families describing the results and the localities where family nursing was implemented were not mentioned. The research was carried out with high ethical standards based on the principles of the World Medical Association Declaration of Helsinki (2008) (<http://www.wma.net/e/policy>).

## Results

### Families' previous support

Most of the families (81%) participating in the study had already received support from local authorities. The previous supporting authorities were social workers (22%), child welfare clinics (22%), hospitals (16%), home care services (10%), family counselling centres (6%), day care centres (6%), mental health clinics (6%), speech therapy (3%), crisis intervention (3%), shelters (3%) and special care districts (3%). Approximately one-fifth (19%) of the families had not requested help before.

### Support needs and social support networks at the beginning and end of intervention

The families had an average of five support needs at the beginning of the intervention (range 1–6). The number of support needs at the end of the intervention was 1.8 on average (range 1–3). For most of the families (87%), support was needed in terms of health and well-being of the parents. At the end of the family nursing process, only one-fourth of the families needed further support. Many families (77%) also needed assistance in strengthening their parenthood. However, at the end of the intervention, only one family needed support in parenthood. At the beginning of family nursing, most of the families (70%) needed support with raising and taking care of their children and half of the families (53%) requested support in the relationship between the parents. At the end of family nursing, support needs in raising and taking care of children decreased significantly, whereas support in the marital relationship was still required in almost half (43%) of the families (Table 3).

Less than half of the families (43%) needed support at the beginning of the family nursing process in strengthening social networks and issues related to the health and development of their children (43%). Support needs in social support networks decreased significantly and the need for support in relation to maintaining children's health and securing their development was nearly halved (Table 3).

On average, the families participating in the study had 2.3 social support networks (range 1–5) at the beginning of family nursing. In most cases (73%), the support network consisted of grandparents and the parents' friends (50%). Other support networks included the parents' siblings (30%), other relatives (17%), authorities (17%) and the children's godparents (13%). At the end of family nursing, the families had 2.8 support networks on average (range 2–5). The importance of the parents' siblings and grandparents

**Table 3** Families' needs for support and changes in the needs during the family nursing

Main category: Need for support	Percentage of need for support at the beginning of family nursing ( <i>n</i> = 30)	Percentage of need for support at the conclusion of family nursing ( <i>n</i> = 30)	Examples of original expressions
<i>Subcategories</i>			
Parents' health and well-being	87	23	'Mother has trouble getting out of bed in the mornings. Mother is depressed and she has affective medication. The mother feels guilty about not coping in her role as a mother... She says she feels she is all alone and that her husband does not understand how she feels...'
Coping with parenthood	77	3	'Father is worried about the mother giving in to their children, the father would like to have clear limits for the children... In practice, it is difficult for the father to say no to the children as well...'
Upbringing and child care	70	30	'Mother is afraid of taking care of the baby and does not think she can cope on her own. She is afraid to stay alone with the child...' 'The child acts in a very physical manner towards a strange adult. The child receives much negative attention...'
Parents' relationship	53	43	'Parents decided to get divorced already last summer. The father says that he could no longer stand the mother's behaviour and he wanted a divorce...'
Social relations	43	17	'Relationship between the mother and the in-laws is bad and the mother suffers from the situation. It is difficult for the mother to say to her in-laws that some things feel bad, so things just build up inside her..'
Children's health and growth	43	23	'Children are sick quite often..' 'A child has severe asthma and her medication must always be taken care of... the child used to have a severe food allergy and, therefore, the child is very suspicious about different foods...'
Family's financial situation	30	17	'The financial situation of the family is miserable at the moment, there is not enough money to buy food and the car is broken...'
Parents' employment and study	37	10	'...There is way too much work and no time even for hobbies. The father also has much work and, when the weather is nice, he is working around the clock.'
Residence and housing	27	13	'One major concern is also the house. It is not fit for living...'
Prevention of domestic violence	17	0	'Crying inconsolably, the mother tells that she has hit her child a number of times, because she cannot stand the child crying...' 'Father keeps threatening the mother, acts violently and is jealous...'
Intoxicant abuse	10	0	'The father says that the mother has been drinking a lot and spent much time away from home at the weekends...'
Children's custody and visiting rights	10	0	'Meetings between the father and the children do not always go as planned. The father keeps cancelling meetings ...'

increased the most (80%). Furthermore, the importance of the parents' friends (57% of the families), godparents (17%) and other relatives (20%) also increased slightly, but the importance of authorities as a support network decreased. The social support networks of more than half of the families (60%) remained unchanged at the end of the intervention and the networks of less than half (40%) of the families increased or became more diverse. (Fig. 2) The families finishing the

process prematurely had 2.1 support networks on average (range 1–4) at the end of family nursing.

### Realisation of the goals set and achieved

The parents participating in the study set 3.6 goals on average (range 1–6) concerning their family situation. On average, the families achieved 4.5 goals (range 1–7) during the family

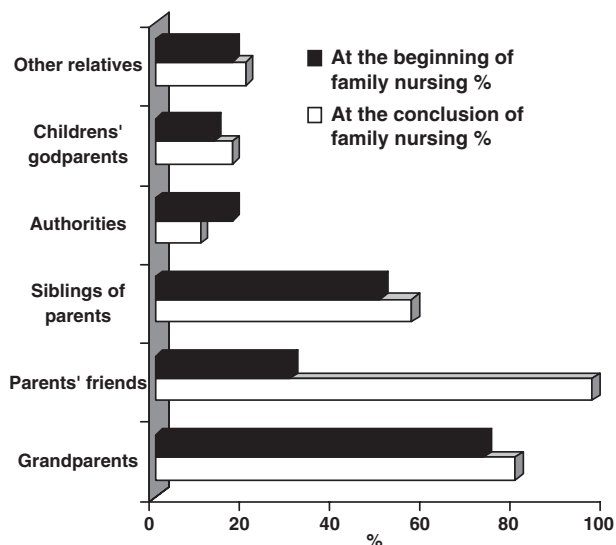


Figure 2 Social relationships of the families at the beginning and at the conclusion of family nursing.

nursing process. Those families finishing the process prematurely achieved 2.1 goals on average (range 0–5).

A majority of the families (90%) set the strengthening of their parenthood as a goal and almost all families (93%) achieved their goal. Moreover, most of the families (73%) hoped to improve the parents' health and well-being, which was also achieved in many families (83%) (Fig. 3). Many (70%) parents set a goal of developing their skills in raising and caring for their children. Over half of the families (67%) achieved their goal. A major part of the families (60%) hoped that family nursing would support the parents' relationship. This goal was achieved by two-thirds (73%) of the families. Less than one-third of the parents (27%) hoped that family nursing would support their children's health and development. One-third of the families (33%) achieved this goal. Only a few parents (13%) set the initial goal of supporting their own or their spouse's success at work or with studies. Positive changes in these areas were found in nearly half of the families (43%) at the end of the process. The parents did not set any initial goals regarding their financial situation, house or housing situation, although positive changes did occur in all these areas in one-fifth (20%) of the families (Fig. 3).

## Discussion

### Credibility

The data were collected by means of family care plans and client reports describing family nursing work at families' homes. The families evaluated their situation immediately after the family nursing process had ended and their

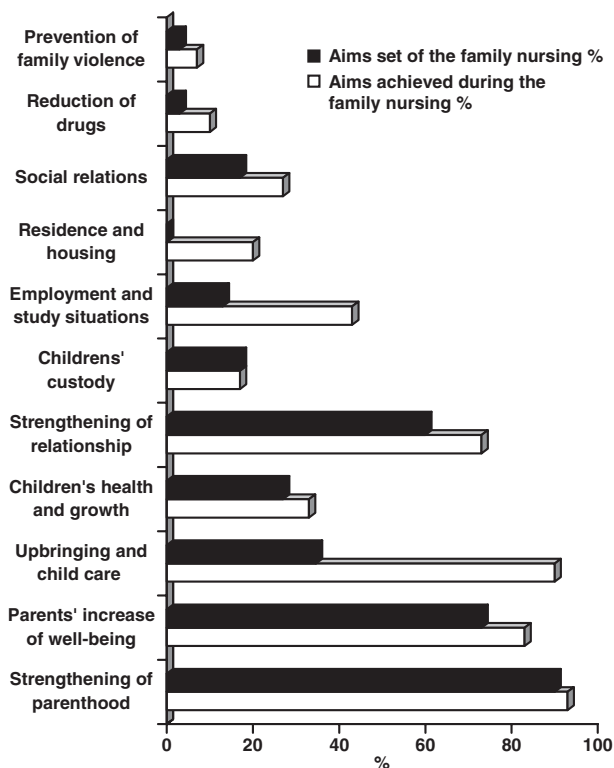


Figure 3 The aims set and achieved during the family nursing.

evaluation was immediately recorded. Data were recorded together with a family nurse, who ensured that all support needs and set goals indicated at the beginning of the study were included. This ensured that the aim of the study was implemented. As for credibility concerning the content of the study, it increased because of the family nurse's good relationship with the families, her familiarity with her clients and the possibility for encouraging the families to describe their experiences with open-ended questions.

If the client reports or family care plans were unclear or inadequate, the researcher (H-MT) verified the information directly from the family nurse before classifying and saving the data. Only some verification was required, for most part it concerned descriptions and notes on achieving the set goals. This ensured consistent classification and guaranteed that the data reflected the families' experiences of their needs and achieved goals reliably. Despite the high number of family members participating in the process, the amount of analysed data was moderate because only one set of documents was completed of each family. The data collection methods have been used in previous studies of family nursing (Hägman-Laitila 2003) and were found suitable.

The research group was responsible for the face validation of the study. The group consisted of experts in health care, social welfare and family nursing. They performed the

qualitative content analyses together. The credibility of the results and their correspondence with everyday life was further increased, because the families were allowed to assess their family situation with concepts familiar to them. In this article, Fig. 1 and Table 3 illustrate the original data from which the categories were derived, assisting in the assessment of the correspondence between the categories and family situations. To conclude, the family nurse found the results of the analysis credible and describing the data.

### Limitations

The small sample size is a limitation of this study. In addition, the participants volunteered to sign up for family nursing and hence there was no attempt at randomisation. These results can be considered credible in this context, but it is necessary to be critical of generalising or extrapolating from them, because the results are based on the support given by one well-trained employee. The methods of intervention, effectiveness and its assessment are shaped by the nurse carrying out the intervention and the context of the co-operative relationship. The nurse's personal working style and orientation, individual characteristics and ability to establish a confidential relationship affect the client's experiences. (Lynn-McHale & Deatrck 2000, Paavilainen *et al.* 2000, Harrison *et al.* 2004, Häggman-Laitila 2005).

Another limitation is that the study does not portray support needs from children and adolescents' own perspective although also video guidance was used which has the benefit of making the children seen and heard in their families (Häggman-Laitila *et al.* 2003). Also fewer fathers than mothers participated, complicating the assessments of the overall family situation. Furthermore, the study did not evaluate the effectiveness of different methods used by the family nurse. The result obtained was a general estimate of the usefulness of the support. No information was received with regard to exactly how the methods were used and which method was the most effective. It is difficult to draw up detailed, uniform descriptions of the methods because they are used differently as interaction-based methods, depending on the family, the family nurse and the context. The methods best suited to support each family are sought together and both parties contribute to the process. In addition, families also need holistic support regularly, which requires simultaneous use of several methods.

### Relevance to clinical practice

This study describes the effectiveness of family-oriented intervention. The study resulted in empirically based concepts

referring to the support provided by resource-enhancing family nursing. The findings add to our knowledge of a topic that has been rarely addressed in previous studies and provide new information (Baggaley & Kean 1999, Feeley & Gottlieb 2000, Barlow & Parsons 2003, Denham 2003, Barlow *et al.* 2007). The concepts of the present study can be used in future to construct instruments to evaluate the effectiveness of resource-enhancing family nursing from the perspective of family health. The findings supplement our professional understanding of resource enhancing family nursing. In this study, we described how resource-enhancing family nursing was implemented (Feeley & Gottlieb 2000, Gottlieb & Gottlieb 2007) and the results it achieved. However, the families' resources were not analysed individually. This will pose a challenge for future studies.

The results of this study showed that family nursing enhancing families' resources can be used for supporting parenthood, raising and caring for children, strengthening social support networks, decreasing the need for support from authorities and improving the parents' resources to manage their duties related to their work and studies. The families received many benefits of resource-enhancing family nursing. The results of the intervention were obtained in a relatively short time and they support the previous findings on a resource-enhancing approach and the effectiveness of family nursing (Barlow & Parsons 2003, Coren *et al.* 2003, Häggman-Laitila *et al.* 2003).

Many simultaneous factors related to immediate environment and the social development affect the family situation. Personal growth and maturation is also achieved. For example, problems in families with newborn babies tend to be solved without an intervention when parents get to know their child and the mother gains strength after the delivery. In this study, the families evaluated their progress only regarding those factors they felt family nursing had influenced.

The support needs related to different family members and family situations decreased during the family nursing process. A holistic approach to family situations and listening to all family members resulted in the strengthening of parenthood, improved relationship between the parents, strengthening of social support networks and decreased sleeping difficulties of children. Earlier studies have indicated that, in particular, taking fathers better into account (Bunting & McAuley 2004, Goodman 2004, Fägerskiöld 2006) and supporting their active role in family nursing strengthens the feeling of togetherness between spouses (Doherty *et al.* 2006), which in turn enhances the relationship between them (Knauth 2001, Ross 2001, Benzies *et al.* 2004).

In addition, the families attained goals in matters that improved the quality of their family life, although they had

not actually been defined as goals at the beginning of their family nursing. Therefore, the assessment of subjective effectiveness should not be limited to an analysis of goal setting and attainment. Along with the goals, it is necessary to analyse the goal-oriented work as families' own processes, which are different in each case. Having the family work on their own towards several health-promoting goals is also a good outcome at the end of family nursing. A problematic baseline situation did not predict a single possible outcome of the family work. It is not possible to eliminate all problems identified at baseline. Families simply have to learn to live with some of them, including a child's disability or a chronic disease. Effectiveness in these cases is manifested as adaptation to the situation and better management of everyday life.

## Conclusion

The overall context of the evaluation of subjective effectiveness should be taken into account comprehensively. Effectiveness research in nursing science should identify the qualitative and contextual characteristics of the target group of the nursing intervention, the phenomenon under study, the methods of intervention, the nursing staff and the cooperative relationship, to elicit reliable information of what has an effect on what and in what way. This requires a detailed description of the nursing interventions and methods but also versatile basic research on the target group and the phenomenon as well as testing of suitable instruments.

The assessment of subjective effectiveness should be developed to receive feedback even from those participants who withdraw from services or are unsuccessful clients. They might be able to suggest useful ways to develop services or indicate what kind of clients or families do not benefit from the support provided. In family work, for instance, withdrawal has turned out to be related to the caregiver's work orientation, the communication between families and the caregivers as well as the dysfunction of families (Paavilainen *et al.* 2000, McKay *et al.* 2001, Onyskiw 2002, Harrison *et al.* 2004).

A resource-enhancing approach typically triggers favourable spontaneous processes of change and solutions in the participating families, which cannot be documented immediately after the discontinuation of support (Eirola 2003). More longitudinal studies might yield information about the long-term significance of resource-enhancing work and its needs for development. Such studies would also broaden valuable theoretical knowledge of families' abilities and ways of controlling everyday life.

The families' support needs decreased and they achieved more goals contributing to the family's health than what was set at the beginning of the family nursing work. The families'

support networks strengthened and their need for support from authorities decreased. This reflects the use of the families' own resources and effectiveness of the intervention evaluated in this study.

## Contributions

Study design: AH-L, A-MP; data collection: AH-L, H-MT; data analysis: H-MT and manuscript preparation: AH-L, H-MT, A-MP.

## Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by authors.

## References

- Åstedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M-T & Paavilainen E (2004) Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* **48**, 115–123.
- Aston M, Meagher-Stewart D, Sheppard-Lemoine D, Vukic A & Chircop A (2006) Family health nursing and empowering relationships. *Pediatric Nursing* **32**, 61–67.
- Attree M (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* **33**, 456–466.
- Baggaley S & Kean S (1999) Health visitors as family nurses: a discussion of research, policy and practice in the United Kingdom. *Journal of Family Nursing* **5**, 388–403.
- Baggens CAL (2004) The institution enters the family home: home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. *Journal of Community Health Nursing* **21**, 15–27.
- Barlow J & Parsons J (2003) Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0–3 year old children. *Cochrane Database Systematic Reviews* Issue 2, Art. No.: CD003680.
- Barlow J, Davis S, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C & Stewart-Brown S (2007) Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* **92**, 229–233.
- Benzein E, Johansson B & Saveman BI (2004) Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs *Journal of Clinical Nursing* **13**, 867–875.
- Benzein EG, Hagberg M & Saveman BI (2008) 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry* **15**, 106–115.
- Benzie KM, Harrison MJ & Magill-Evans J (2004) Parenting stress, marital quality and child behaviour problems at age 7 years. *Public Health Nursing* **21**, 111–121.
- Bunting L & McAuley C (2004) Research review: teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child & Family Social Work* **9**, 295–303.
- Coren E, Barlow J & Stewart-Brown S (2003) The effectiveness of individual and group-based parenting programme in improving

- outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. *Journal of Adolescence* 28, 79–103.
- Corlett J & Twycross A (2006) Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1308–1316.
- Crisp BR & Lister PG (2004) Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing* 47, 656–663.
- Denham SA (2003) Familial research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice* 17, 143–151.
- Doherty WJ, Erickson MF & LaRossa R (2006) An Intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology* 20, 438–447.
- Eirola R (2003) *Life Control Potential of Families with Small Children. Evaluation of Family Counselling. (Lapsiperheiden elämäntilavalmiudet. Perheohjauksen arviointi)*. Kuopio University Publications E. Social Sciences 102. Kopijyvä, Kuopio, Finland.
- Fägerskiöld A (2006) Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20, 79–85.
- Feeley N & Gottlieb LN (2000) Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing* 6, 9–24.
- Goodman JH (2004) Paternal postpartum depression, its relationships to maternal postpartum depression and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 45, 26–35.
- Gottlieb LN & Gottlieb B (2007) The Developmental/Health Framework within the McGill Model of Nursing: 'laws of nature' guiding whole person care. *Advances in Nursing Science* 30, 43–57.
- Häggman-Laitila A (2003) Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing* 41, 595–606.
- Häggman-Laitila A (2005) Families' experiences of support provided by resource-oriented family professionals in Finland. *Journal of Family Nursing* 11, 195–224.
- Häggman-Laitila A & Pietilä A-M (2007) Perceived benefits on family health of small groups for families with children. *Public Health Nursing* 24, 205–216.
- Häggman-Laitila A & Pietilä A-M (2009) Preventive psychosocial support groups – parents' criteria for good quality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 211–221.
- Häggman-Laitila A, Pietilä A-M, Friis L & Vehviläinen-Julkunen K (2003) Video Home Training as a method of supporting family life control. *Journal of Clinical Nursing* 12, 93–106.
- Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health (2004) *Child Health Clinics of Support of Families with Children. A Guide for Staff*. Edita Oy, Helsinki.
- Harrison ME, McKay MM & Bannon WM (2004) Inner-city child mental health service use: the real question is why youth and families do not use services. *Community Mental Health Journal* 40, 119–131.
- Heh S-S & Fu Y-Y (2003) Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 42, 30–36.
- Huebner CE (2002) Evaluation of a clinic-based parent education program to reduce the risk of infant and toddler maltreatment. *Public Health Nursing* 19, 377–378.
- Knauth DG (2001) Primary care approaches. Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing* 27, 169–172.
- Lynn-McHale D & Deatrick J (2000) Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing* 6, 210–230.
- McKay MM, Pennington J, Lynn CJ & McCadam K (2001) Understanding urban child mental health service use: two studies of child, family and environmental correlates. *The Journal of Behavioral Health Services and Research* 28, 475–483.
- Meiers SJ & Tomlinson PS (2003) Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 193–201.
- Olsen R & Maslin-Prothero P (2001) Dilemmas in the provision of own-home respite support for parents of young children with complex health care needs: evidence from an evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 34, 603–610.
- Onyskiw JE (2002) Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Canadian Journal of Public Health* 93, 416–420.
- Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M (2000) School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for abusing families in Finland. *Journal of Clinical Nursing* 9, 742–750.
- Ross MK (2001) Fathercraft. Promoting the transition to first-time parenthood. *British Journal of Midwifery* 9, 562–566.
- Snyder B (2004) Preventing treatment interference: nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatric Nursing* 30, 31–40.
- Statham J & Holtermann S (2004) Families on the brink: the effectiveness of family support services. *Child & Family Social Work* 9, 153–166.
- Tuyn LK (2003) Metaphors, letters and stories. Narrative strategies for family healing. *Holistic Nursing Practice* 17, 22–26.
- Wielenga JM, Smith BJ & Unk LKA (2005) How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant? *Journal of Nursing Care Quality* 21, 41–48.
- Woods L, Priest H & Roberts P (2002) An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations. *Nurse Researcher*, 10, 43–51.
- World Medical Association Declaration of Helsinki (2008) *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 59th WMA General Assembly, Seoul. Available at: <http://www.wma.net/e/policy> (accessed 4 February 2009).
- Yoo J & Brooks D (2005) The role of organizational variables in predicting service effectiveness: an analysis of multilevel model. *Research on Social Work Practice* 15, 267–277.

ANEXO III – FORMAÇÃO USF RDL



## PLANO DE SESSÃO



LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 21 Abril de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: Enfermagem de Saúde Familiar

DURAÇÃO: 45'

ÉTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Objetivos da formação	5	Expositivo	Computador Projetor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Apresentação do plano curricular do CMESF; Competências do EEESF Enfermeiro saúde familiar vs enfermeiro de família	25	Expositivo	Computador Projetor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	15	Interativo	Computador Projetor	Interesse e participação



## PLANO DE SESSÃO



LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 12 de Maio de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: Instrumentos de avaliação familiar

DURAÇÃO: 45'

ÈTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Objetivos da formação	2	Expositivo	Computador Projetor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Etapas do ciclo vital da família Instrumentos Genograma Ecomapa Graffar adaptado Apgar familiar Escala de readaptação social Faces II Exercícios práticos	35	Expositivo Interativo	Computador Projetor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	8	Interativo		Interesse e participativo



## PLANO DE SESSÃO



LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 12 de Maio de 2014

MESTRANDAS: Elsa Bispo e Mafalda Girão

TEMA: MDAIF

DURAÇÃO: 45'

ÈTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Cuidados de enfermagem centrados no indivíduo aos cuidados de enfermagem centrados na família	8	Expositivo	Computador Projektor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Definição dos conceitos Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar matriz operativa Avaliação Estrutural Avaliação de desenvolvimento Avaliação Funcional	30	Expositivo Interativo	Computador Projektor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	7	Interativo		Interesse e participativo



## PLANO DE SEESSÃO



LOCAL: USF Rainha Dona Leonor

DATA: 25 de Junho de 2014

MESTRANDA: Elsa Bispo

TEMA: Apresentação de um caso prático

DURAÇÃO: 45'

ÈTAPAS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação da família em estudo	5	Expositivo Interativo	Computador Projektor	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Avaliação Estrutural Avaliação de Desenvolvimento Avaliação Funcional Dos diagnósticos às Intervenções em Enfermagem de saúde familiar	25	Expositivo Interativo	Computador Projektor	
<b>CONCLUSÃO</b>	Discussão Esclarecimento de dúvidas	10	Interativo		Interesse e participativo

ANEXO IV – PROCEDIMENTO AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
4º CURSO DE MESTRADO**



**Avaliação de Risco Familiar**

**Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**

**Elaborado por:**

**Elsa Bispo**

**Junho, 2014**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 – AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR .....</b>	<b>5</b>
<b>2 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>20</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente guia pretende contribuir para a sistematização da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil. Foi elaborado como forma de apoiar a atuação do enfermeiro, na consulta de enfermagem. Resulta de uma reflexão e de um trabalho desenvolvido para os enfermeiros da USF RDL. Este documento está em permanente desenvolvimento, não pretende limitar a prática de enfermagem, antes ser um instrumento facilitador de prestação de cuidados.

Pretende-se fazer uma reflexão sobre a aplicação da norma da DGS de 2013, sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que veio substituir o Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº12, 2ª edição de 2005.

É apresentado um documento, retirado do SAPE, que é referido como auxiliar do profissional, na avaliação de risco familiar, na consulta de saúde infantil e juvenil.

### **Objectivos**

- Promover uma relação de ajuda entre utente/família e enfermeiro;
- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde da pessoa/família;
- Implementar intervenções no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de potencial risco e a sua referenciação
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde

## **1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**

O Enfermeiro deve adaptar os cuidados ao estágio de desenvolvimento e à dinâmica familiar, particularmente no que concerne à adequação da comunicação e educação para a saúde, e ao estabelecimento da relação de ajuda e de parcerias negociadas com as famílias para a eficácia do desempenho do seu papel parental. Uma das áreas de atenção é a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida.

De acordo com a norma da DGS (2013), deve ser apoiado e estimulado o exercício adequado das responsabilidades parentais, desenvolvendo sinergias com as famílias, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens. É importante identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. Há que definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades.

Ainda de acordo com a norma já referida, a criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários. Pode realizar-se com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos.

Neste contexto, os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica, desde que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores.

## **1.1 – AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR**

A identificação e classificação do grau de risco familiar, bem como os fatores que contribuem para tal, através de um instrumento de avaliação multidimensional, possibilitará maior compreensão dos profissionais de saúde sobre as vulnerabilidades das famílias que cuidam.

Segundo a norma da DGS (2013), deve ser dado novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos. A referenciação precoce deverá ser utilizada, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares.

Neste sentido, a utilização deste instrumento, ficha de avaliação e risco familiar, que está integrado no SAPE, na consulta de enfermagem do programa de saúde infantil e juvenil, poderá ser considerado um auxiliar importante.

Apresenta-se de seguida, um documento auxiliar de sinalização.

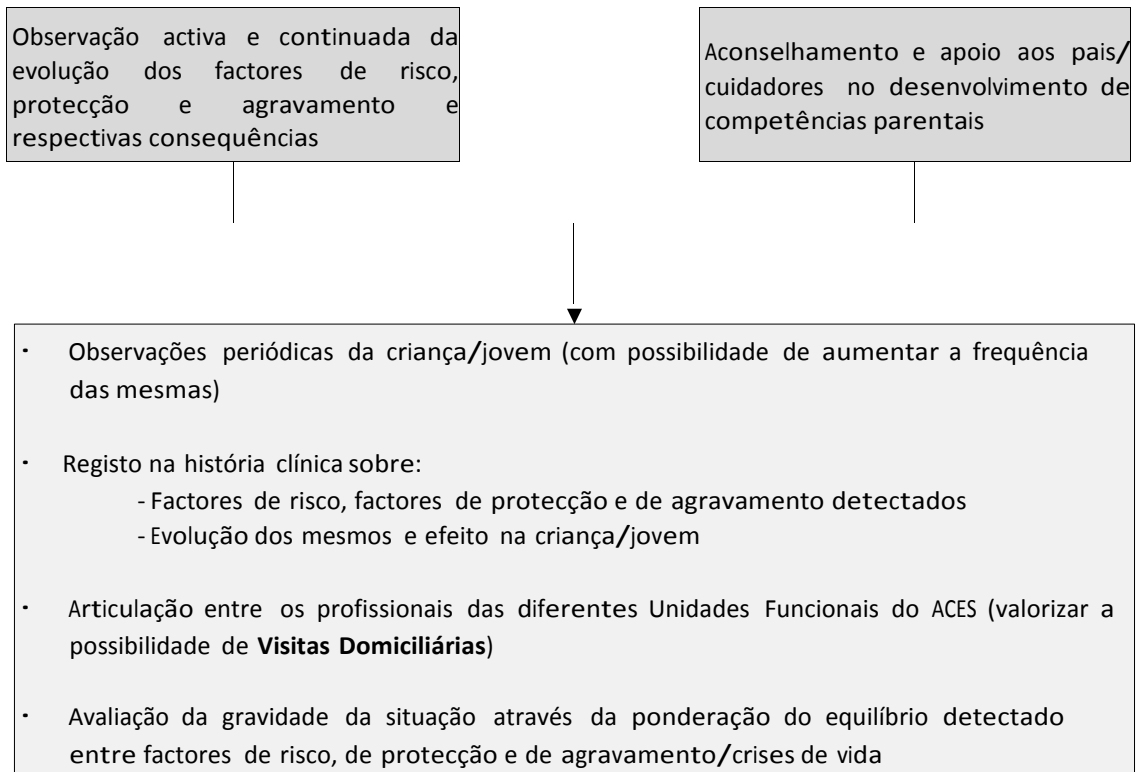
## I. Algoritmo de deteção de factores de risco, de protecção e de agravamento/crises de vida

**Factores de risco** são variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações no desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens

Deteção de factores de risco, protecção e agravamento na criança/jovem e família

**Factores de protecção** incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais, que apoiam e favorecem o ~~desenvolvimento individual e social, e podem~~ remover ou minorar o impacto dos factores de risco

**Factores de agravamento/crises de vida** são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e de protecção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos



# I. Procedimento perante deteção de fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida

Deteção			Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Fatores de risco	Fatores de proteção	Fatores de agravamento				
<p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nascimento prematuro/baixo peso</li> <li>■ Temperamento difícil</li> <li>■ Filho não desejado</li> <li>■ Défice físico ou psíquico</li> <li>■ Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento</li> <li>■ Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.)</li> <li>■ Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc)</li> <li>■ Excessiva dependência ou alheamento</li> <li>■ Viver em lar ou instituição</li> </ul> <p><b>Familiares/contextos de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuidadores vítimas de maus tratos em criança</li> <li>■ Défice de competências parentais</li> <li>■ Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança</li> <li>■ Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente</li> <li>■ História de comportamento violento e/ou antissocial</li> <li>■ Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)</li> <li>■ Relações familiares conflituosas</li> <li>■ Inexistência de condições de habitabilidade</li> <li>■ Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários</li> <li>■ Ausência de suporte sóciofamiliar</li> <li>■ Ausência prolongada de um dos cuidadores</li> <li>■ Família disfuncional</li> <li>■ Insegurança económica /pobreza</li> </ul>	<p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bom nível de desenvolvimento global</li> <li>■ Temperamento fácil</li> <li>■ Vinculação segura à família/adulto de referência</li> <li>■ Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário</li> <li>■ Sucesso escolar</li> <li>■ Desejo de autonomia e comportamento exploratório</li> <li>■ Grupo de pares pró-social</li> </ul> <p><b>Familiares/contextos de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Boas competências parentais</li> <li>■ Boa rede de suporte familiar e social</li> <li>■ Família organizada, com regras e controlo da criança</li> <li>■ Boa integração comunitária</li> <li>■ Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros)</li> <li>■ Segurança económica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rutura e reconstruções familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.)</li> <li>■ Luto</li> <li>■ Doença súbita grave</li> <li>■ Início de cuidados a pessoas dependentes</li> <li>■ Desemprego</li> <li>■ Migração</li> <li>■ Alteração brusca da situação laboral/económica</li> <li>■ Institucionalização</li> <li>■ Detenção/prisão</li> <li>■ Desastre natural</li> <li>■ Conflito armado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prevenir o aparecimento dos maus tratos</li> <li>■ Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manter atitude ativa e receptiva na recolha da informação</li> <li>■ Observar continuamente a evolução dos fatores de risco/de proteção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos</li> <li>■ Apoiar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam</li> </ul>	<p><b>Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</b> - Recolha e registo de informação relacionada com os fatores de risco e/ou com as suas consequências no cuidar da criança/jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aumento da frequência dos atos de vigilância, se necessário</li> <li>■ Avaliação da gravidade da situação</li> <li>■ Observação periódica</li> <li>■ Visitação domiciliar, quando possível <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Observação periódica</li> </ul> </li> <li>■ Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros do 1.º nível de intervenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável</li> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável</li> <li>■ Enfermeiro/ Assistente Social</li> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social/ Psicólogo</li> </ul>

## II. Algoritmo de detecção de factores de risco, de protecção e de agravamento/crises de vida

**Factores de risco** são variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações no desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens

Detecção de factores de risco, protecção e agravamento na criança/jovem e família

**Factores de protecção** incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos factores de risco

**Factores de agravamento/crises de vida** são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e de protecção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos

Observação activa e continuada da evolução dos factores de risco, protecção e agravamento e respectivas consequências

Aconselhamento e apoio aos pais/cuidadores no desenvolvimento de competências parentais

- Observações periódicas da criança/jovem (com possibilidade de aumentar a frequência das mesmas)
- Registo na história clínica sobre:
  - Factores de risco, factores de protecção e de agravamento detectados
  - Evolução dos mesmos e efeito na criança/jovem
- Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES (valorizar a possibilidade de **Visitas Domiciliárias**)
- Avaliação da gravidade da situação através da ponderação do equilíbrio detectado entre factores de risco, de protecção e de agravamento/crises de vida

# I. Procedimento perante deteção de fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida

Deteção			Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Fatores de risco	Fatores de proteção	Fatores de agravamento				
<p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nascimento prematuro/baixo peso</li> <li>■ Temperamento difícil</li> <li>■ Filho não desejado</li> <li>■ Déficit físico ou psíquico</li> <li>■ Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento</li> <li>■ Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.)</li> <li>■ Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc)</li> <li>■ Excessiva dependência ou alheamento</li> <li>■ Viver em lar ou instituição</li> </ul> <p><b>Familiares/contextos de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuidadores vítimas de maus tratos em criança</li> <li>■ Déficit de competências parentais</li> <li>■ Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança</li> <li>■ Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente</li> <li>■ História de comportamento violento e/ou antissocial</li> <li>■ Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)</li> <li>■ Relações familiares conflituosas</li> <li>■ Inexistência de condições de habitabilidade</li> <li>■ Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários</li> <li>■ Ausência de suporte sóciofamiliar</li> <li>■ Ausência prolongada de um dos cuidadores</li> <li>■ Família disfuncional</li> <li>■ Insegurança económica / pobreza</li> </ul>	<p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bom nível de desenvolvimento global</li> <li>■ Temperamento fácil</li> <li>■ Vinculação segura à família/adulto de referência</li> <li>■ Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário</li> <li>■ Sucesso escolar</li> <li>■ Desejo de autonomia e comportamento exploratório</li> <li>■ Grupo de pares pró-social</li> </ul> <p><b>Familiares/contextos de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Boas competências parentais</li> <li>■ Boa rede de suporte familiar e social</li> <li>■ Família organizada, com regras e controle da criança</li> <li>■ Boa integração comunitária</li> <li>■ Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros)</li> <li>■ Segurança económica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rutura e reconstruções familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.)</li> <li>■ Luto</li> <li>■ Doença súbita grave</li> <li>■ Início de cuidados a pessoa dependente</li> <li>■ Desemprego</li> <li>■ Migração</li> <li>■ Alteração brusca da situação laboral/económica</li> <li>■ Institucionalização</li> <li>■ Detenção/prisão</li> <li>■ Desastre natural</li> <li>■ Conflito armado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prevenir o aparecimento dos maus tratos</li> <li>■ Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manter atitude ativa e receptiva na recolha da informação</li> <li>■ Observar continuamente a evolução dos fatores de risco/de proteção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos</li> <li>■ Apoiar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam</li> </ul>	<p><b>Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</b> - Recolha e registo de informação relacionada com os fatores de risco e/ou com as suas consequências no cuidar da criança/jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aumento da frequência das visitas de vigilância, se necessário</li> <li>■ Avaliação da gravidade da situação</li> <li>■ Observação periódica</li> <li>■ Visitação Domiciliária, quando possível <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Observação periódica</li> </ul> </li> <li>■ Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros do 1.º nível de intervenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável</li> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável</li> <li>■ Enfermeiro/ Assistente Social</li> <li>■ Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social/ Psicólogo</li> </ul>

### III. Algoritmo de deteção de sinais de alerta

Deteção de sinais de alerta na criança/jovem e família

O **Alerta** pode ser detectado através de sinais ou sintomas que revelam **disfuncionalidade** no desenvolvimento físico ou psíquico da criança e para os quais não se encontra ~~causa orgânica~~. Consideram-se como “de alerta”, os sinais que:

- a. Se encontrem associados (existência de mais do que um sinal ou sintoma)
- b. Forempersistentes

Recolher, analisar e registar, na história clínica, informação sobre a natureza e características dos sintomas detectados para excluir causa orgânica

- Associação a outros sintomas e/ou factores de risco
- Persistência no tempo (≥ 6 meses)
- Gravidade
- Consequências na criança/jovem/família
- Intervenções recorrentes
- Pedido de ajuda por parte dos pais/cuidadores

**Não**

Deteção de causa orgânica/psicológica

**Sinal de Alerta?**

**Sim**

Observar, acompanhar e intervir sobre os sintomas detectados, através do Programa de Vigilância de Saúde Infantil

Valorizar da atitude/comportamento dos pais/ cuidadores e/ou da criança durante o processo de recolha e análise de informação

- Obter mais informação através de consulta aos outros profissionais das diferentes Unidades Funcionais
- Saber junto do **N(H)ACJR** se já existe sinalização anterior

**Sinal de Alerta**

**É Sinal de Alerta ou é uma Situação de Maus Tratos?**

**Situação de Maus Tratos**

- Articular, eventualmente, com Saúde Mental, Serviço Social, outros parceiros de 1.º nível e elaborar Plano de Intervenção e Apoio à Família
- Aumentar a frequência das observações periódicas da criança/jovem

Proceder conforme Algoritmo da deteção de situação de maus tratos

## I. Procedimento perante deteção de sinais de alerta

Deteção de sinais de alerta	Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
<p><b>Criança dos 0 aos 5 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perturbações na alimentação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do sono</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento e da relação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do desenvolvimento psicomotor</li> <li><input type="checkbox"/> Medo e/ou fobias de pequena intensidade</li> </ul> <p><b>Crianças com idade &gt; 5 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dificuldades /insucesso escolar</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações da relação/comunicação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedade</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, agressividade)</li> <li><input type="checkbox"/> Manifestações somáticas</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento alimentar</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações psicóticas</li> <li><input type="checkbox"/> Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes</li> </ul>	<p>1 - Valorizar as características e natureza do sintoma detetado</p> <p>2 - Prevenir o agravamento da situação de saúde detetada</p> <p>3 – Confirmar ou infirmar a evidência de mau tra to</p>	<p>Recolher informação relacionada com o sintoma detetado e registar na história clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Associação a outros sintomas/fatores de risco</li> <li><input type="checkbox"/> Persistência no tempo (≥6 meses)</li> <li><input type="checkbox"/> Consequências graves na criança/jovem</li> <li><input type="checkbox"/> Intervenções recorrentes</li> <li><input type="checkbox"/> Pedido de ajuda por parte de pais/cuidadores</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Não sendo “de alerta” o sinal/sintoma detetado, manter observação vigilante</p> <p><input type="checkbox"/> Sendo “de alerta” o sinal/sintoma detetado, ponderar necessidade de apoio a outros profissionais/equipas</p> <p><input type="checkbox"/> Valorizar atitude de pais/cuidadores/criança durante o processo de diagnóstico:</p> <p><b>Nos pais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colaboração</li> <li><input type="checkbox"/> Evitação</li> <li><input type="checkbox"/> Reconhecimento da necessidade de intervenção</li> <li><input type="checkbox"/> Veracidade das informações</li> </ul> <p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colaboração</li> <li><input type="checkbox"/> Evitação</li> <li><input type="checkbox"/> Submissão aos pais</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Procurar mais informações junto dos outros profissionais/equipas</p> <p><input type="checkbox"/> Consultar o NACJR sobre sinalização anterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Frequência acrescida nas entrevistas e consultas de vigilância</li> <li><input type="checkbox"/> Registo rigoroso da informação pertinente</li> <li><input type="checkbox"/> Realização de Visita Domiciliária – Guia de Registo em <b>ANEXO III</b></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Manutenção do cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil Juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aumentar a frequência de observações periódicas</li> <li><input type="checkbox"/> Elaboração de PIAF, se necessário, em colaboração com outros profissionais/equipas</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Observação direta/registos</p> <p>b) Contatos/reuniões/registos c) Contatos/reuniões/registos</p>	<p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p>

#### IV. Orientações para a recolha de informação e entrevista

##### Atitude a ter perante a criança/jovem:

- ☐ Tentar que a entrevista seja realizada pelo profissional de saúde com quem a criança tenha mais vínculo ou contacto;
- ☐ Escutar o testemunho da criança/jovem;
- ☐ Entender os pontos essenciais da situação;
- ☐ Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- ☐ Evitar fazer perguntas diretas que possam soar bruscas ou agressivas;
- ☐ Não fazer perguntas desnecessárias;
- ☐ Apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista;
- ☐ Transmitir confiança, orientar e proteger;
- ☐ Utilizar uma linguagem simples, com uma abordagem apropriada à fase de desenvolvimento da criança/jovem;
- ☐ Mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança/jovem;
- ☐ Respeitar as pausas no discurso da criança/jovem e os silêncios, mantendo uma escuta ativa constante.

##### Exemplos:

Como é que correm “as coisas” em casa?

O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

O que é que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?

Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

##### Atitude a ter perante os pais/cuidadores:

- ☐ Assegurar um tratamento digno a todos os intervenientes, mesmo nos casos mais complexos;
- ☐ Salvar a privacidade e a confidencialidade;
- ☐ Não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhar os intervenientes;
- ☐ Proceder a uma escuta ativa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências sem criar uma relação de dependência;
- ☐ Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família;
- ☐ Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção;
- ☐ Não negociar as formas de intervenção se não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional ou para a criança/jovem e/ou se a família não colaborar;
- ☐ Transmitir-lhes que “estamos todos no mesmo barco” e que, como eles, o nosso interesse é cuidar e proteger as crianças e que vamos ajudá-los nessa tarefa.

##### Exemplos:

O que faz quando o seu filho(a) se porta mal?

Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho(a)?

Já aconteceu magoar o seu filho(a)?

Quem toma conta do seu filho(a) quando não está em casa?

Costuma recear pela segurança do seu filho(a)?

Sabe onde procurar ajuda?

**O que pode/deve dizer-se à criança/jovem durante o depoimento:**

- Que se dá credibilidade e valor ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado;
- Que vai procurar ajuda para ela e para a sua família;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada, nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo para a ouvir e que pode procurá-lo sempre que precisar;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos.

## V. Procedimento perante deteção de sinais de alerta

Deteção de sinais de alerta	Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
<p><b>Criança dos 0 aos 5 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perturbações na alimentação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do sono</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento e da relação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do desenvolvimento psicomotor</li> <li><input type="checkbox"/> Medo e/ou fobias de pequena intensidade</li> </ul> <p><b>Crianças com idade &gt; 5 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dificuldades /insucesso escolar</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações da relação/comunicação</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedade</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, agressividade)</li> <li><input type="checkbox"/> Manifestações somáticas</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações do comportamento alimentar</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbações psicóticas</li> <li><input type="checkbox"/> Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes</li> </ul>	<p>1 - Valorizar as características e natureza do sintoma detetado</p> <p>2 - Prevenir o agravamento da situação de saúde detetada</p> <p>3 – Confirmar ou infirmar a evidência de mau tra</p>	<p>Recolher informação relacionada com o sintoma detetado e registar na história clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Associação a outros sintomas/fatores de risco</li> <li><input type="checkbox"/> Persistência no tempo (≥6 meses)</li> <li><input type="checkbox"/> Consequências graves na criança/jovem</li> <li><input type="checkbox"/> Intervenções recorrentes</li> <li><input type="checkbox"/> Pedido de ajuda por parte de pais/cuidadores</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Não sendo “de alerta” o sinal/sintoma detetado, manter observação vigilante</p> <p><input type="checkbox"/> Sendo “de alerta” o sinal/sintoma detetado, ponderar necessidade de apoio a outros profissionais/equipas</p> <p><input type="checkbox"/> Valorizar atitude de pais/cuidadores/criança durante o processo de diagnóstico:</p> <p><b>Nos pais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colaboração</li> <li><input type="checkbox"/> Evitação</li> <li><input type="checkbox"/> Reconhecimento da necessidade de intervenção</li> <li><input type="checkbox"/> Veracidade das informações</li> </ul> <p><b>Na criança/jovem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colaboração</li> <li><input type="checkbox"/> Evitação</li> <li><input type="checkbox"/> Submissão aos pais</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Procurar mais informações junto dos outros profissionais/equipas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Frequência acrescida nas entrevistas e consultas de vigilância</li> <li><input type="checkbox"/> Registo rigoroso da informação pertinente</li> <li><input type="checkbox"/> Realização de Visita Domiciliária – Guia de Registo em <b>ANEXO III</b></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Manutenção do cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</p> <p><input type="checkbox"/> Aumentar a frequência de observações periódicas</p> <p><input type="checkbox"/> Elaboração de PIAF, se necessário, em colaboração com outros profissionais/equipas</p> <p><input type="checkbox"/> Observação direta/registos</p> <p>b) Contatos/reuniões/registos c) Contatos/reuniões/registos</p>	<p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p> <p>Médico/Enfermeiro / Assistente Social/ Psicólogo</p>

## VI. Orientações para a recolha de informação e entrevista

### Atitude a ter perante a criança/jovem:

- ☐ Tentar que a entrevista seja realizada pelo profissional de saúde com quem a criança tenha mais vínculo ou contacto;
- ☐ Escutar o testemunho da criança/jovem;
- ☐ Entender os pontos essenciais da situação;
- ☐ Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- ☐ Evitar fazer perguntas diretas que possam soar bruscas ou agressivas;
- ☐ Não fazer perguntas desnecessárias;
- ☐ Apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista;
- ☐ Transmitir confiança, orientar e proteger;
- ☐ Utilizar uma linguagem simples, com uma abordagem apropriada à fase de desenvolvimento da criança/jovem;
- ☐ Mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança/jovem;
- ☐ Respeitar as pausas no discurso da criança/jovem e os silêncios, mantendo uma escuta ativa constante.

#### Exemplos:

Como é que correm “as coisas” em casa?

O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

O que é que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?

Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

### Atitude a ter perante os pais/cuidadores:

- ☐ Assegurar um tratamento digno a todos os intervenientes, mesmo nos casos mais complexos;
- ☐ Salvar a privacidade e a confidencialidade;
- ☐ Não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhar os intervenientes;
- ☐ Proceder a uma escuta ativa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências sem criar uma relação de dependência;
- ☐ Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família;
- ☐ Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção;
- ☐ Não negociar as formas de intervenção se não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional ou para a criança/jovem e/ou se a família não colaborar;
- ☐ Transmitir-lhes que “estamos todos no mesmo barco” e que, como eles, o nosso interesse é cuidar e proteger as crianças e que vamos ajudá-los nessa tarefa.

#### Exemplos:

O que faz quando o seu filho(a) se porta mal?

Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho(a)?

Já aconteceu magoar o seu filho(a)?

Quem toma conta do seu filho(a) quando não está em casa?

Costuma rezear pela segurança do seu filho(a)?

Sabe onde procurar ajuda?

**O que pode/deve dizer-se à criança/jovem durante o depoimento:**

- Que se dá credibilidade e valor ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado;
- Que vai procurar ajuda para ela e para a sua família;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada, nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo para a ouvir e que pode procurá-lo sempre que precisar;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos.

## VII. Algoritmo de detecção de situações de maus tratos

Detecção de sinais de alerta na criança/jovem e família

Evidência de indicadores, sinais e sintomas de maus tratos

**A situação é urgente?**

**A situação justifica o recurso ao Procedimento de Urgência se, e de forma cumulativa se verificar:**

- Existência de **perigo actual ou iminente** para a vida ou integridade física da criança/ jovem
- E**
- **Oposição à intervenção** por parte de quem exerça a responsabilidade parental ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem

**Não**

**Sim**

Activar o Procedimento de Urgência (Art. 91º da Lei 147/99) – ver respetivo Algoritmo

Os profissionais de saúde devem obter mais informação para confirmar a situação de Maus Tratos

Recolher e registar na história clínica:

1. Antecedentes pessoais da criança
  - 1.1. Incidentes anteriores de lesões
  - 1.2. Episódios de hospitalização anteriores
2. Acompanhamento noutros serviços de saúde
3. Situação sócio-familiar
4. Relações com parceiros da Rede Social

**Sim**

Confirma-se situação de Mau Trato

**Não**

Sinalizar ao **N(H)ACJR**:

- Para efeitos estatísticos
- Para saber se já existe processo para aquela criança/jovem

Se existe processo aberto

O profissional de saúde deve acompanhar a situação mas aguarda contacto do **N(H)ACJR**

Se não existe processo aberto

O profissional de saúde elabora PIAF em articulação/ consultadoria com **N(H)ACJR**

Manter observação, acompanhamento e intervenção sobre os sinais e sintomas detectados através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

## I. Algoritmo do Procedimento de Urgência

**Situação de Urgência – implica a existência cumulativa de:**

- **Perigo actual ou iminente** para a vida ou integridade física da criança ou do jovem  
E
- **Oposição à intervenção** por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem

O Profissional de Saúde activa o **Procedimento de Urgência** (Art.º 91º da Lei 147/99)

1. Ponderar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança/jovem (ex: adulto idóneo que possa assegurar a sua protecção)
2. Elaborar Relatório escrito para o Magistrado do Ministério Público (MP) do Tribunal de Família e Menores (TFM) ou da Comarca, solicitando a intervenção judicial
3. Solicitar a colaboração policial para dar cumprimento à medida considerada a adequada para remover o perigo em que a criança/jovem se encontra, já proposta no relatório dirigido ao M;
4. Se a medida de protecção mais adequada for o Acolhimento Temporário, contactar a Linha Nacional de Emergência Social (N.º de Telef. 144)
5. Dar conhecimento à CPCJ caso exista processo activo a favor da criança/jovem em apreço
6. Sinalizar ao N(H)ACJR e enviar cópia do relatório

**Do Relatório deve constar:**

1. Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar
2. Descrição dos factos que originaram o recurso ao Procedimento de Urgência, se possível, de acordo com os exemplos de “Situação de Perigo” mencionados no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99
3. Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental ou de quem tem a guarda de facto da criança/ jovem no sentido de aceitar a intervenção proposta e os factos que demonstrem oposição àquela
4. Fundamentação da tomada de medida que se entende ser a adequada para por termo à situação de perigo (segundo a hierarquia do art.35.º da Lei 147/99) e descrição dos princípios orientadores da intervenção (art.4º da mesma Lei)
5. Prestação de outros dados que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação

**NOTA 1:**

- Após o envio da informação ao Magistrado do MP, a medida tomada pelo profissional de saúde está legitimada por 48H
- No prazo de 48H o Tribunal deve pronunciar-se sobre a situação, dando informação de retorno:
  - ou confirma as medidas tomadas
  - ou determina o que tiver por conveniente para o destino da criança/jovem

**NOTA 2:**

O facto de ter sido pedida uma intervenção da CPCJ ou do Tribunal, não desvincula os Serviços de Saúde do SNS de manterem o acompanhamento continuado da vigilância de saúde da criança/jovem e família

**I. Intervenção no procedimento de urgência**

Deteção	Objetivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
<p><b>Procedimento de Urgência</b></p> <p>Se for constatada a existência de:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Perigo actual ou iminente para a integridade física ou a vida da criança/jovem</p> <p>E</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores</p>	<p>1. Proteger a criança</p> <p>2. Assegurar os procedimentos legais aplicáveis</p>	<p>Assegurar proteção através de:</p> <p>1. Procura de outro adulto idóneo que possa assegurar a proteção da criança/jovem ou</p> <p>2. Solicitação de colocação em Centro de Acolhimento Temporário</p> <p>3. Comunicação ao Ministério Público (ver Algoritmo do procedimento de urgência)</p> <p>4. Elaboração de relatório clínico e envio ao N(H)ACJR</p>	<p>1. Entrevista</p> <p>2. Contactos telefónicos</p> <p>3. Fax</p> <p>4. Via informática /suporte físico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro/Médico/Assistente Social/Psicólogo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro/Médico/Assistente Social/Psicólogo</p>

## **2 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Norma nº010/2013 de 31/05/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde

ANEXO V – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

## NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gr.industriais e Comerciantes</li> <li>- Gestores de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>- Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>- Brigadeiro/General/Marechal</li> <li>- Profissões liberais de topo</li> <li>- Altos dirigentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucros de empresas, de propriedades</li> <li>- Heranças</li> <li>- Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona residencial elegante</li> </ul>	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I  CLASSE ALTA  DATA __/__/__
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médios Industriais e Comerciantes</li> <li>- Dirigentes de médias empresas</li> <li>- Agricultores / Proprietários</li> <li>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado</li> <li>- Oficiais das Forças Armadas</li> <li>- Profissões liberais</li> <li>- Professores Ens.Básico</li> <li>- Professores Ens.Secundário</li> <li>- Professores Universitários (s/ Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom local</li> </ul>	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II  CLASSE MÉDIA ALTA  DATA __/__/__
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. Industriais e Comerciantes</li> <li>- Quadros médios; Chefes de Secção</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↑)</li> <li>- Médios agricultores</li> <li>- Sargentos e equiparados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12º Ano</li> <li>- Nove ou mais anos de escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vencimentos certos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona intermédia</li> </ul>	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III  CLASSE MÉDIA  DATA __/__/__
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. Agricultores/Rendeiros</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↓)</li> <li>- Operários semi-qualificados</li> <li>- Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolaridade ≥ 4 anos e &lt; 9 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>- Pensionistas ou Reformados</li> <li>- Vencimentos incertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro social / operário</li> <li>- Zona antiga</li> </ul>	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV  CLASSE MÉDIA BAIXA  DATA __/__/__
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assalariados agrícolas</li> <li>- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não sabe ler ou escrever</li> <li>- Escolaridade &lt; 4 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência (subsídios)</li> <li>- RMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impróprio (barraca, andar ou outro)</li> <li>- Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro de lata ou equivalente</li> </ul>	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V  CLASSE BAIXA  DATA __/__/__

**Fonte:** Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459  
 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

**FACES II**  
Versão Portuguesa de Otlia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					

25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

## Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
<b>TOTAL</b>		

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

## Critérios relativos ao **Tipo de Habitação**

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - - espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + electrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os electrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/electricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/electricidade + sem ventilação + sem luz natural

## Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
<b>TOTAL:</b>			

Quase sempre: 2 pontos  
 Algumas vezes: 1 ponto  
 Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional 4 a 6 – Família com moderada disfunção 0 a 3 – Família com disfunção acentuada
---

**Avaliação final:**