

Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde de Leiria
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Estágio de natureza profissional em Enfermagem de
cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP
com relatório final**

Beatriz Isabel Ferreira Carvalho

Leiria, novembro de 2022

Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde de Leiria
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Estágio de natureza profissional em Enfermagem de
cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP
com relatório final**

Beatriz Isabel Ferreira Carvalho, nº 5190231

Professora Supervisora: Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

Enfermeira Orientadora: Enf^a Ana Catarina Veríssimo

Leiria, novembro de 2022

*"Tudo pode ser tirado de uma pessoa, salvo uma coisa: a liberdade de
escolher sua atitude em qualquer circunstância da vida."*

Viktor Emil Frankl

AGRADECIMENTOS

Após um exigente percurso que culmina com a realização deste relatório de estágio cabe-me agradecer a todos aqueles que de alguma forma tornaram possível a sua concretização.

À Professora Orientadora Doutora Teresa Kraus pela superior orientação, incentivo e disponibilidade constantes.

À Enfermeira Ana Catarina Veríssimo pela disponibilidade e partilha de conhecimentos, experiência.

Aos meus pais pelo amor, compreensão e dedicação incondicional.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de saberes e pelo incentivo demonstrados.

A todos, profundamente grata!

RESUMO

ENQUADRAMENTO: Em pleno estado de emergência devido à pandemia por Covid-19, emergiu, no desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde familiar em contexto de numa UCSP, a preocupação com o crescente número de famílias com elementos com sintomatologia depressiva. O sofrimento mais relatado era a incapacitados de experienciar momentos de bem-estar e de olhar o seu futuro, acompanhado de alteração do humor, ideação suicida e alienação pelo recurso a dependências. Os estudos de Viktor Frankl e investigadores existenciais logoterapeutas têm comprovado a relação entre, grande parte, desta sintomatologia e o vazio existencial ou ausência de sentido de vida, sendo a CoCIP uma competência de enfermagem que orienta na descoberta de sentido de vida.

OBJETIVOS: Os objetivos definidos para a pesquisa são: 1) Mapear o conhecimento existente sobre o sentido de vida das pessoas/famílias com depressão; 2) Identificar as intervenções junto da família com um elemento com depressão.

METODOLOGIA: Efetuou-se uma revisão da literatura, subjacente à seguinte questão de investigação: Qual é o conhecimento que existe sobre a importância do Sentido de vida na Pessoa com Depressão? A partir da questão PCC, foram definidas palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos na base de dados da plataforma B-On. Na Revisão da Literatura, incluíram-se artigos, publicados nos últimos cinco anos e disponíveis gratuitamente, através dos seguintes descritores: “meaning in life” or “life purpose”, “depression”, “nurs*” or “family nurs*”, “hospital” utilizando o operador booleano AND, OR e NOT. Da aplicação dos critérios de inclusão, foram identificados, no total, 12 artigos, dos quais, após análise dos títulos e resumos, foram selecionados quatro artigos como elegíveis e incluídos.

RESULTADOS: Os resultados constataram que os sintomas depressivos diminuem a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos e das famílias que sofrem desta patologia, pondo a sua vida em risco com ideações suicidas. Registou-se que a promoção do sentido de vida com intervenções do EEESF, reduz, com significância estatística, os sintomas depressivos e a forma de encarar os acontecimentos de vida.

CONCLUSÃO: É fundamental que os profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros de Família, estejam despertos e capacitados para promover a esperança e o sentido de vida das suas famílias e indivíduos. Os enfermeiros devem implementar mudanças na prática com vista à melhoria dos cuidados, procurando personalizar os cuidados às necessidades de cada família. Torna-se crucial que os enfermeiros desenvolvam competências para identificar e intervir nos processos de transição saúde - doença, orientando os cuidadores para atingirem o nível de mestria, promotor da resiliência e de esperança.

Palavras-chave: Sentido de Vida, Depressão, Enfermeiro de Família

Abstract

BACKGROUND: In the midst of a state of emergency due to the Covid-19 pandemic, in the development of the common and specific skills of the Specialist Nurse in Family Health Nursing in the context of a UCSP, the concern with the growing number of families with elements with depressive symptoms emerged. The most reported suffering was the inability to experience moments of well-being and look to the future, accompanied by mood swings, suicidal ideation and alienation due to addictions. Studies by Viktor Frankl and existential logotherapist researchers have proven the relationship between a large part of this symptomatology and existential emptiness or lack of meaning in life, with CoCIP being a nursing skill that guides the discovery of meaning in life.

OBJECTIVE: The goals defined for the research are the following: 1) Map existing knowledge about the meaning of life of people/families with depression; 2) Identifying interventions with the family with a member with depression.

METHODOLOGY: There has been a Scoping Review underlying the following investigation: “What is the knowledge that exists about the importance of the Meaning of life in the Person/family with Depression?” According to PCC, several keywords have been defined and there has also been research of scientific articles on the B-On platform. In the Systematic Literature Review, we can find articles published for the past five years. These are also available, free of charge, under the descriptors: “meaning in life” or “life purpose”, “depression”, “nurs*” or “family nurs*”, “hospital”, using the Boolean expression AND, OR, NOT. Considering the inclusion criteria applicability 12 articles have been identified in total. After analyzing titles and abstracts, four of those articles were selected and considered eligible and integrated.

RESULTADOS: Regarding the results, we verified that the patients and families who suffer from this condition have their well-being and quality of life highly affected by depressing symptoms. Such symptoms present a risk of suicidal thoughts. It is established that stimulating the meaning in life significantly decreases the depressing symptoms and how certain events are handled.

CONCLUSÃO: It is crucial that health providers, specifically Family Nurses, are aware and qualified to promote hope and meaning in life to their families and individuals. Nurses should establish changes in order to improve care and adjust them to the needs of each family. It becomes vital that nurses develop skills to identify and take action in the process of health-disease transition. They should provide guidance to the caregivers in order to achieve a good level of resiliency and hope.

Keywords: Meaning in life, Depression, Family Nurse

ÍNDICE

INDICE DE TABELAS	IX
INDICE DE FIGURAS	IX
INDICE DE QUADROS	X
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XI
INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTO	17
1.1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	17
1.1.1. Município – caracterização histórico-cultural	17
1.1.2. Património	18
1.1.3. Rede viária e acessibilidades	20
1.1.4. Caracterização Demográfica	20
1.1.5. Taxas de Natalidade e Mortalidade e Índice de Dependência	23
1.1.6. Equipamentos	23
1.1.6.1. Equipamentos de Educação e Ensino	23
1.1.6.2. Equipamentos de Saúde	23
1.1.6.3. Equipamentos Sociais	24
1.1.6.4. Equipamentos de Desporto	24
1.1.7. Economia	25
1.1.7.1. Estrutura do Emprego	25
1.1.8. O ACES	27
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	27
1.2.1 Área Geográfica de Influência	28
1.2.2 A UCSP Cuid’Arte	29
1.1.2.1. Missão, Visão e Valores da UCSP	29
1.1.2.2. Estrutura organizacional da UCSP	29
1.1.2.3. Organização e articulação interna	29
1.1.2.4. Acessibilidade e circuito de utentes	30
1.1.2.5. Breve caracterização dos utentes	31
1.1.2.6. Consulta de enfermagem	32

1.2.2.7. Programas de saúde	32
1.2.3. Caracterização dos utentes do ficheiro do Enfermeiro de Família	33
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - CONCEITOS	37
2.1. FAMÍLIA	37
2.2. SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM	40
2.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	44
2.4. MODELOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR	44
2.5. SENTIDO DE VIDA	47
2.6 DEPRESSÃO E ANSIEDADE	51
2.6.1 Intervenções não farmacológicas	54
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM	58
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS	58
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	63
3.3 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	66
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	74
. 4.1 INTRODUÇÃO	74
4.2 METODOLOGIA	76
4.2.1 Questão de investigação	78
4.2.2 Objetivos	78
4.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão	78
4.2.4 Estratégia de busca e identificação dos estudos	79
4.2.5 Seleção dos estudos	80
4.2.6 Análise crítica dos estudos	82
4.2.7 Resultados e Discussão dos resultados	83
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

APÊNDICES

APÊNDICE I. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NA B-On

APÊNDICE II- GRELHAS DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Indicadores sanitários da população da Marinha Grande

Tabela 2 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Tabela 3 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Tabela 4 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Tabela 5 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Tabela 7 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Tabela 8 – Caracterização dos utentes do ficheiro do enfermeiro e médico de família em estudo

Tabela 9 – Programas de Saúde Ativos e respetivo número de utentes

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Município da Marinha Grande

Figura 2 – Dados estatísticos do Município da Marinha Grande em 2011

Figura 3 – Dados estatísticos da freguesia da Marinha Grande em 2021

Figura 4 – Dados estatísticos do município da Marinha Grande em 2021

Figura 5 – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

Figura 6 e 7 – Localização geográfica do Município da Marinha Grande em Portugal Continental e Freguesias pertencentes ao Concelho da Marinha Grande

Figura 8 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Cuid'Arte

Figura 9 – Fluxograma PRISMA

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Termos e descritores iniciais

Quadro 2 – Termos e descritores finais

Quadro 3 – Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica

Quadro 4 – Resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Quadro 5 – Objetivos dos estudos em análise

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CEESF - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

CS -Centro de Saúde

CSMG - Centro de Saúde da Marinha Grande

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EC - Ensino Clínico

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde ()

TUMG - Transportes Urbanos da Marinha Grande

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários ()

UCC - Unidade Cuidados Comunitários

USF - Unidades de Saúde Familiar

RL – Revisão da Literatura

INTRODUÇÃO

Enfermagem é a ciência e a arte do cuidar, quando os enfermeiros são capazes de encontrar o sentido que está inerente ao seu encontro com a pessoa, quando são capazes de estabelecer conexões, quando são capazes de desenvolver as ações de enfermagem com competência, quando tomam decisões baseados na disciplina e quando desenvolvem a sua prática segundo a ética e a moral. Como objeto de trabalho, é necessário que seja eficiente, prestado de forma humanizada, sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional (Oriá, Moraes, & Victor, 2004).

É visível a evolução na Enfermagem ao longo das últimas décadas, quer enquanto disciplina, prática clínica, a par das dinâmicas que se geram em contextos profissionais, sendo perspetivada como uma disciplina humana, do cuidar, que acompanha as pessoas e as famílias nos seus projetos de saúde (Carvalho, 2010). A humanização dos cuidados remete para o homem, o ser humano que recebe cuidados desde o seu nascimento até à morte, em que, na ausência deste, a sua vida desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. O artigo 89º - Da humanização dos cuidados, alínea a), do Código Deontológico do Enfermeiro (2015) refere, “O enfermeiro, sendo o responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”. Para a Ordem dos Enfermeiros (2003) humanizar cuidados é “tornar mais humano” no âmbito da prática profissional, que implica uma ligação entre o enfermeiro e a pessoa / família. Sendo responsável pela humanização dos cuidados, o enfermeiro deve atender com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda.

O conceito de família foi evoluindo ao longo dos anos, fruto dos diferentes contextos sociais e políticos, no entanto desde a pré-história aos nossos dias, mantém-se como a unidade básica de saúde. A família como unidade caracteriza-se pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.

A família é um sistema de interação que articula dentro dela os vários componentes individuais, sendo influenciada por cada um deles e pelo meio ambiente. A interação familiar é difícil de definir, avaliar ou explicar, porque é muito mais complexa do que os instrumentos de avaliação existentes. Por isso, a avaliação familiar é tão importante, ajudar as famílias a encontrar os seus pontos fortes, evoluírem e crescerem de forma saudável e unida.

Nas teorias clássicas antigas, o foco era o indivíduo como ser unitário, e a atenção dos Cuidados de Enfermagem era centrada de forma individual nos vários elementos da família. Ao longo dos tempos, a visão da Enfermagem foi crescendo e observou-se a importância da coesão na família, do bem-estar geral dos vários elementos que compõe a família e da relevância da mesma na participação dos cuidados aos vários membros (Hagedoorn, Paans, Jaarsma, & Keers, 2018). O contacto com diferentes famílias, com estruturas variadas, mecanismos de organização diversificados e em diferentes fases do ciclo vital, consolidou todos os conhecimentos teóricos adquiridos, de que o comportamento individualizado dos membros da família, afeta o sistema familiar no seu todo, intra e extra-familiar.

Em 2005, dada a crescente necessidade de cuidados de saúde personalizados e individualizados a cada família, iniciou-se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com a reorganização dos Centros de Saúde e a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF). O programa do XVII Governo Constitucional reconhece os cuidados de saúde primários como um elemento chave do sistema de saúde, por ser o primeiro acesso dos utentes aos cuidados de saúde. De acordo com o Artigo 101.º do Código Deontológico de Enfermagem (2015), o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde comunidade na e pela resposta adequada de cuidados, prevendo conhecer as necessidades da população onde está inserido para melhor responder a estas mesmas necessidades.

Pode-se dizer que, cuidar a família como um sistema individual e coletivo sempre fez parte dos cuidados de enfermagem, no entanto, estes cuidados evoluíram juntamente com o conceito de família.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (EESF) é um elemento de potencialização do conhecimento da família, do seu contexto com uma perspetiva multidimensional na avaliação familiar nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O EESF cria a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças. O foco é a família como unidade de cuidados, onde é valorizado a relação multifacetada entre a saúde dos vários elementos da família e a saúde da família na sua globalidade (Figueiredo 2013). O enfermeiro de família inserido numa equipa multidisciplinar promove os ganhos em saúde através de um agir intencional e crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Segundo Braga (2013), o Enfermeiro de Família, integrado na equipa multidisciplinar, presta cuidados às famílias nas diferentes fases do seu ciclo vital, a enfermagem centra os seus cuidados na família como um todo, potencializando os recursos e competências da família. A família requer intervenções de enfermagem, a fim de suprir as necessidades identificadas, visando a promoção do funcionamento efetivo do sistema familiar.

Apesar de todo o desenvolvimento da teoria em enfermagem de família e da sua conceptualização política, verificam-se, ainda, dificuldades na construção das práticas dos enfermeiros, relacionadas com o desfazamento entre a teoria e a prática, e que se devem a várias razões, tais como: alguns enfermeiros acreditam que a presença da família significa que o seu trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se, por isso, ameaçados (Martins, 2004); são vários os apoios teóricos para a evolução do cuidar das famílias, contudo a formação escolar em Enfermagem de Família é muito recente e a maioria dos enfermeiros não tem formação, continuando a orientar as suas práticas com base num padrão de enfoque individual; há enfermeiros a acreditar que família e enfermagem de família fazem parte do senso comum e, por esta razão, creem não necessitar de formação. A enfermagem tem, ainda, fortes laços históricos com o modelo biomédico, onde a família, ainda que possa ser contemplada, é vista apenas como um contexto da pessoa e não como outro cliente; a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem; a escassez de recursos humanos e materiais (Carvalhido, 2014; Figueiredo, 2012; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009)

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico III – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família numa Unidade de Saúde Familiar ou numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP), incluído no plano de estudos, da terceira turma, do 2º ano, 3º semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O Ensino Clínico (EC) teve como objetivos gerais:

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

G2. Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

E, como objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva.

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e das competências desenvolvidas.

E5. Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem saúde familiar.

E6. Redação de relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.

E7. Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

Como objetivos transversais:

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos.

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

O estudante é o principal responsável pela aprendizagem e pelos momentos em que esta ocorre. Desta forma, e tendo em conta os objetivos do estágio propuseram-se algumas atividades, para além daquelas que se possam considerar importantes à luz dos objetivos pessoais e do projeto pessoal de aprendizagem. Ao longo deste percurso, foram várias as temáticas aprofundadas, resultando na realização de uma revisão da literatura.

1. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTO

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 (Hesbeen, 2001).

1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

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

Para uma melhor compreensão e entendimento das práticas dos cuidados de saúde de Enfermagem prestados ao longo dos vários EC no Centro de Saúde da Marinha Grande (CSMG) na UCSP Cuid'Arte, inicialmente será feito um breve enquadramento do concelho e freguesia da Marinha Grande, e por fim uma caracterização da CSMG e da UCSP como estrutura dos recursos humanos, valores, visão e missão e, enquadramento no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

1.1.1. Município - caracterização histórico-cultural

Marinha Grande é uma cidade portuguesa do distrito de Leiria, na província da Estremadura, integrando a Região de Leiria, no Centro de Portugal, com cerca de 32 330 habitantes. É sede de um município com 187,25 km² de área e 39 032 habitantes (2011), subdividido em 3 freguesias. O município é limitado a norte e leste pelo município de Leiria, a sul por Alcobaça e a Oeste tem litoral no oceano Atlântico. A cidade posiciona-se no centro do distrito, a 12 km da cidade de Leiria, a 10 km do mar, no limite norte da Estremadura, 147 km de Lisboa e 196 km do Porto.

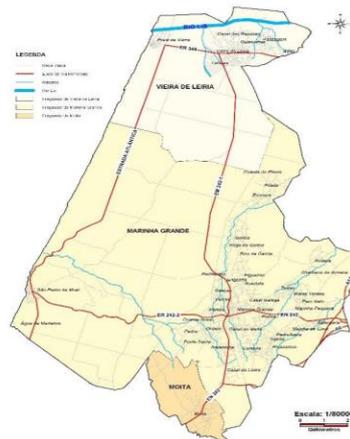


Figura 1 – Município da Marinha Grande

Fonte: https://www.cmmgrande.pt/cmmgrande/uploads/document/file/3795/atuizacao_do_diagnostico_social_aprovado_em_clas.pdf

A freguesia de Marinha Grande tem 138,87 km² de área e 32 330 habitantes (2011) e uma densidade populacional é de 226,2 hab/km².

1.1.2. Património

O Município da Marinha Grande é muito rico em património, tanto de natureza histórico-cultural como natural. Abaixo, apresenta-se a freguesia de Marinha Grande:

Em termos de Cultura e História, existem os seguintes recursos:

- Histórico: Arquivo Municipal; Biblioteca Municipal; Galeria Municipal, Casa Alpendrada/Casa do Vidreiro; Conjunto Arqueológico do Alto-forno de Pedreanes;
- Monumentos: Busto de Guilherme Stephens; Cruzeiro da Independência; Busto de Victor dos Santos Gallo; Estátua Orfeu; Monumento aos Heróis do Ultramar/ Mártires do Colonialismo; Monumento ao 18 de janeiro; Estátua o Vidraceiro. Em São Pedro de Moel: Busto de Afonso Lopes Vieira; Monumento aos Mortos da Grande Guerra; Conjunto Escultórico em Memória de D. Dinis e de D. Isabel; Monumento a Bernardino Barros Gomes; Farol de São Pedro de Moel.
- Património religioso: Capela de Albergaria; Capela de Amieira; Capela de Picassinos; Capela de Pilado; Capela de Garcia; Capela de São Pedro de Moel; Igreja Matriz da Marinha Grande.

- Equipamentos culturais: Casa Museu Afonso Lopes Vieira; Casa da Cultura; Museu do Vidro; Núcleo de Arte Contemporânea; Coleção Visitável do Futuro Museu da Indústria de Moldes; Museu Joaquim Correia/ Palácio Taibner de Moraes Santos Barosa; Museu Santos Barosa.

- Postos de vigia: Posto de vigia da Boavista; Posto de vigia da Crastinha; Posto de vigia do Facho; Posto de vigia Ponto Novo.

- Praças: Praça Guilherme Stephens; Praça Afonso Lopes Vieira.

Em termos de Património Natural:

- Pinhal do Rei.

- Árvores de interesse público: pinheiro serpente; cordão dunar litoral.

- Penedo da Saudade.

- Linhas de água: Ribeira das Bernardas; Ribeiro de São Pedro de Moel.

- Parques: Parque das Bernardas; Parque Mártires do Colonialismo; Parque da Cerca; Parque do Vale do Ribeiro de São Pedro de Moel.

- Praias: Praia de São Pedro de Moel; Praia da Concha; Praia Velha; Praia das Pedras Negras; Praia do Samouco;

Em termo de artes e ofícios:

- Arte de produzir e trabalhar o vidro e moldes;

- Artes e ofícios de trabalhar elementos vegetais: empalhamento; fabrico de miniaturas;

Existe ainda um conjunto de atividades de interesse turístico:

- Percursos pedestres; feiras, festividades e eventos.

1.1.3 Rede Viária e Acessibilidades

A Freguesia da Marinha Grande é servida pela estrada nacional (EN 242), pelas autoestradas (A8 e A17), pela via-férrea do Oeste, estando implantada numa extensa planície de chão arenoso e saibro e pela rodoviária do Tejo (Marinha Grande, 2021).

A população da Marinha Grande tem ao seu dispor uma rede de transportes públicos, disponibilizada pela empresa Municipal – Transportes Urbanos da Marinha Grande (TUMG), com vários horários durante a semana, no entanto ao sábado à tarde, domingo e feriados, o concelho fica desprovido de um meio de transporte (Marinha Grande, 2021).

1.1.4 Caracterização Demográfica

Em termos demográficos, seguem-se os dados do Instituto Nacional de Estatística dos Censos 2021, em comparação com 2011. Consultando o site interativo do Instituto Nacional de Estatística para os censos de 2021, relativamente à evolução da população por freguesia, é possível identificar, como tendência geral, um decréscimo populacional, que se manifesta nas freguesias de Moita (-8.7%) e de Vieira de Leiria (-7.5%), com exceção da freguesia sede, onde a tendência é inversa, havendo um aumento de +2.9%, comparativamente a 2011 (Fig. 2 e 3).

Observando a figura 3, conclui-se que a maioria da população residente no município tem idade compreendida entre os 25 e os 64 anos, no entanto, houve um decréscimo populacional neste grupo etário. Por outro lado, o envelhecimento populacional é bastante visível, com um aumento significativo para pessoas acima dos 64 anos. Outra tendência verificada, prende-se com o facto de a freguesia apresentar uma tendência para a diminuição do número de mulheres, tal facto poderá dever-se a uma maior disponibilidade da população masculina para o mercado de trabalho da cidade (Fig. 4).

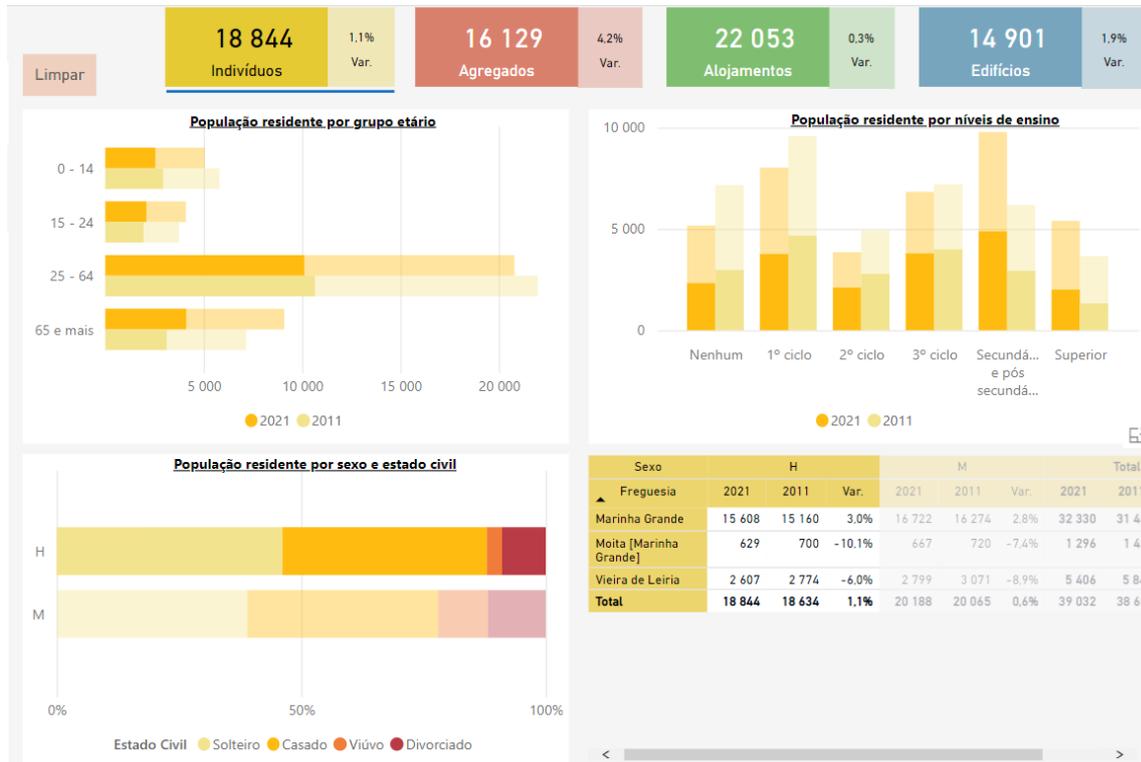


Figura 2 – Dados estatísticos do Município da Marinha Grande em 2011

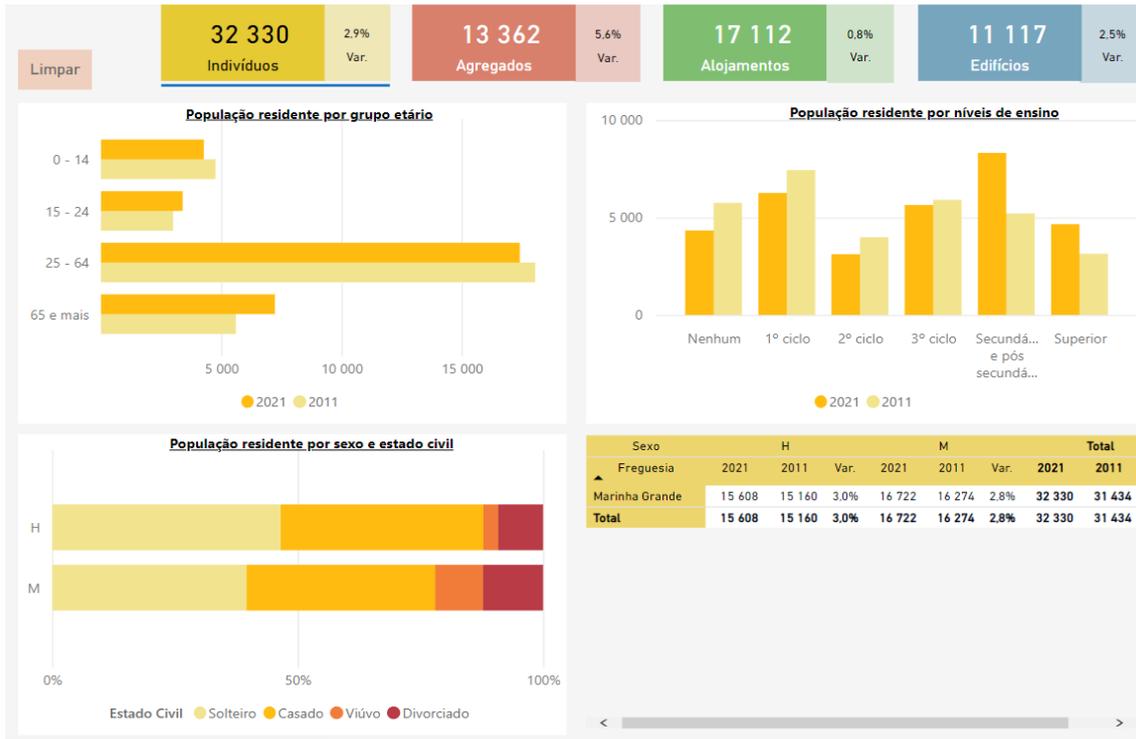


Figura 3 – Dados estatísticos da freguesia da Marinha Grande em 2021
 Fonte: print screen do site do INE

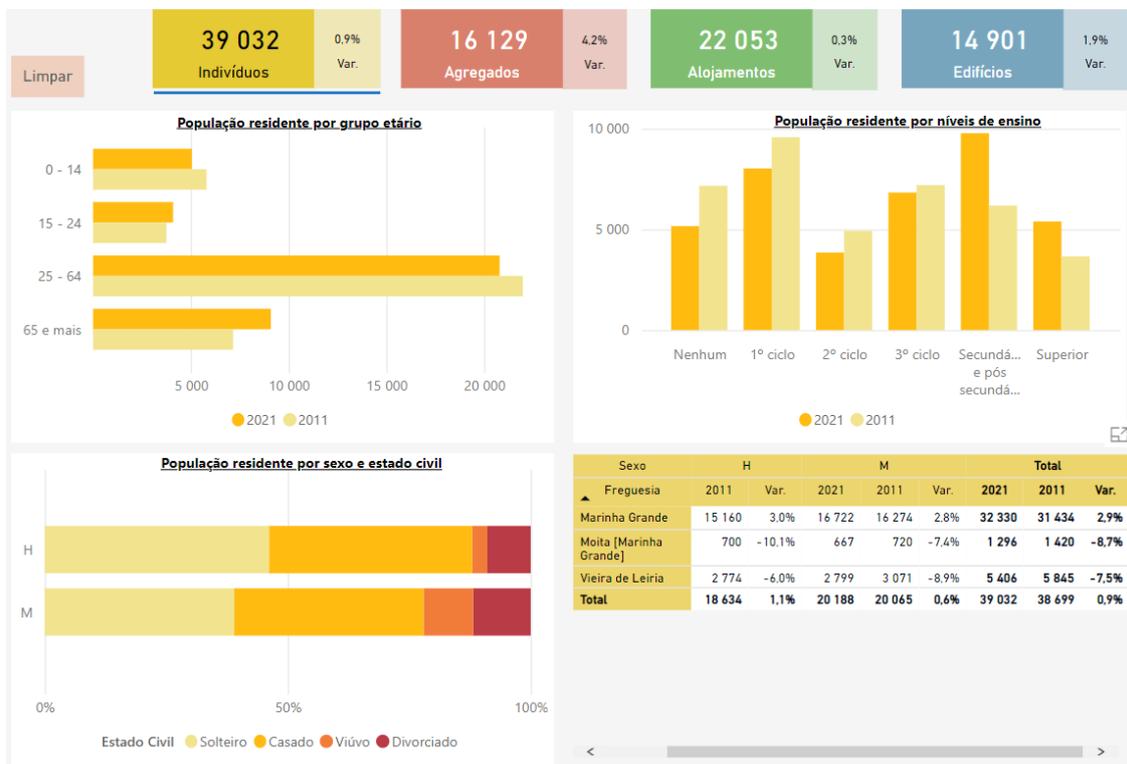


Figura 4 – Dados estatísticos do município da Marinha Grande em 2021
 Fonte: print screen do site do INE

1.1.5. Taxas de Natalidade e Mortalidade e Índice de Dependência

De acordo com os indicadores sanitários dos marinhenses temos os seguintes indicadores de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020).

Podemos comprovar que a Marinha Grande assume o problema de envelhecimento que observamos a nível nacional, com uma taxa de mortalidade superior à de natalidade. Na tabela 1 é possível observar que a maior causa de morte são os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório.

Taxa	Ano	Percentagem
Taxa de Natalidade	2020	8.9
Taxa de Mortalidade	2020	10.9
Por tumores malignos	2019	2.9
Por doenças do aparelho circulatório	2019	2.4
Taxa de mortalidade infantil 2015-2019	2019	2.6

Tabela 1 – Indicadores sanitários da população da Marinha Grande

1.1.6. Equipamentos

1.1.6.1. Equipamentos de Educação e Ensino

A população escolar do Município da Marinha Grande tem ao seu dispor 39 equipamento, que vão desde o ensino pré-escolar até ao secundário e que procuram assegurar as necessidades educativas. Há uma predominância dos estabelecimentos públicos sobre os privados, e quase todas as localidades do Município possuem pelo menos um estabelecimento de ensino. O ensino secundário está restrito às freguesias de Marinha Grande e Vieira de Leiria, sendo predominante na primeira, com 2 estabelecimentos de ensino.

1.1.6.2. Equipamentos de Saúde

No que diz respeito aos equipamentos de saúde, a Marinha Grande possui atualmente uma estrutura que procura assegurar as necessidades da população e abrange a totalidade do concelho, sendo a freguesia de Marinha Grande a que maior número de equipamentos possui,

considerando as categorias de Centros de Saúde/Extensões, Farmácias, Laboratórios de Análises, Clínicas e Consultórios. No âmbito das unidades de cuidados primários do Serviço Nacional de Saúde, existe o Centro de Saúde da Marinha Grande com extensão na freguesia de Vieira de Leiria, para dar resposta às necessidades da população, incluindo promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e desenvolvimento de atividades específicas dirigidas a situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde.

1.1.6.3. Equipamentos Sociais

Esta dimensão pretende realçar toda uma vasta rede de serviços que, dentro da sua área de intervenção, mais ou menos semelhante, apoiam os cidadãos do nosso concelho, com constrangimentos económicos, que condicionam o seu bem-estar. Esta rede ambiciona combater a exclusão social e a pobreza, em prol da inclusão sustentada dos indivíduos.

Salientam-se alguns dos apoios, segundo o Diagnóstico Social 2015, a maio do mesmo ano, havia cerca de 451 processos para o Rendimento Social de Inserção, cerca de 3750 beneficiários de apoio económicos em situação de vulnerabilidade e cerca de 1844 beneficiários do Fundo Europeu de Auxílio às Pessoas mais Carenciadas.

Na figura 4, podemos observar o número de pensionista no concelho da Marinha Grande, até dezembro de 2014.

Regime	Invalidez	Velhice	Sobrevivência	Totais
Geral	1664	7698	2635	11997
Rural	8	180	41	229
Regulamentar				
Não	144	37	5	186
Contributivo				
Totais	1816	7915	2681	12412

Tabela 2 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

1.1.6.4. Equipamentos de Desporto

Em termos de equipamentos desportivos, o concelho da Marinha Grande dispõe de piscina municipal na freguesia da Marinha Grande e de Vieira de Leiria. A maioria dos equipamentos encontram-se na cidade sede do concelho, existindo algumas limitações nas restantes freguesias. Para além da piscina, há campos grandes para a prática de futebol, hóquei e rãguebi;

pista de atletismo; campo pequeno para a prática de andebol, badminton, basquetebol, esgrima, ginástica, hóquei em patins, judo, lutas amadoras, patinagem, voleibol, etc; campo de ténis; sala de desporto que se destina à prática da ginástica, judo, lutas amadoras, ténis de mesa, etc; um pavilhão para a prática do andebol, badminton, basquetebol, futebol 5, hóquei em patins, patinagem, ténis, voleibol, etc e, por fim, instalações especiais como as pista de ciclismo e os passadiços de madeira na zona costeira, entre outros (Carta Desportiva Municipal, 2021).

1.1.7. Economia

A Marinha Grande tem uma vasta oferta de emprego, com uma forte indústria vidreira, contudo, e face ao crescimento económico, emanciparam-se outras empresas, sobretudo na área dos moldes, que promoveram o desenvolvimento socioeconómico do concelho.

Em 2015, havia 4280 empresas, de diferentes setores de atuação, sendo que a atividade económica com maior representatividade é o do comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis e motociclos, com 688 empresas em nome individual (Diagnóstico Social, 2015).

1.1.7.1. Estrutura do Emprego

O emprego impulsiona o desenvolvimento económico e social das sociedades. A sua falta ou insuficiência condiciona o bem-estar dos cidadãos, interfere com a sua dignidade e dificulta a sua inclusão e interação social, criando um ambiente propício ao advento de crises económicas e sociais, dentro e fora dos sistemas sociais (Diagnóstico Social, 2015, p.55).

Género		Tempo de Inscrição		Situação face emprego		Total
H	M	< 1 Ano	1 Ano E +	1º Emprego	Novo Emprego	
694	1012	968	738	159	1547	1706

Tabela 3 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

A tabela 3 destaca o sexo feminino, em que do total de inscrições representam 59,3% dos inscritos. Verifica-se ainda que predominam os candidatos à procura do Novo Emprego, cerca de 91%.

Nível Escolaridade						Total
< 1º Ciclo EB	1º Ciclo EB	2º Ciclo EB	3º Ciclo EB	Secundário	Superior	
64	267	278	409	484	204	1706

Tabela 4 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

No que se refere à escolaridade, no total dos inscritos, predomina o ensino secundário, com 28%. Com qualificações inferiores ao 1º ciclo encontravam-se inscritos 3,8% de pessoas e com o Ensino Superior cerca de 12% (Diagnóstico Social, 2015, p.56).

Grupo Etário				Total
< 25 Anos	25 - 34 Anos	35 - 54 Anos	55 Anos e +	
220	363	823	300	1706

Tabela 5 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

O grupo etário dos 35-54 anos tem a maior taxa de atividade da população, correspondendo a 48% dos inscritos no serviço de emprego (tabela 5).

Quanto aos motivos de inscrição predomina o fim de trabalho não permanente, designadamente os contratos de curta duração, com 46% do total dos inscritos (tabela 6).

Motivos de Inscrição							Total
Ex-Inactivos	Despedido	Despediu-se	Despedim. mút. acordo	Fim trab. não permanente	Trabalh. conta própria	Outros motivos	
20	75	10	0	110	0	26	241

Tabela 6 – Dados estatísticos Diagnóstico Social do Município da Marinha Grande

Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

1.1.8. O ACES

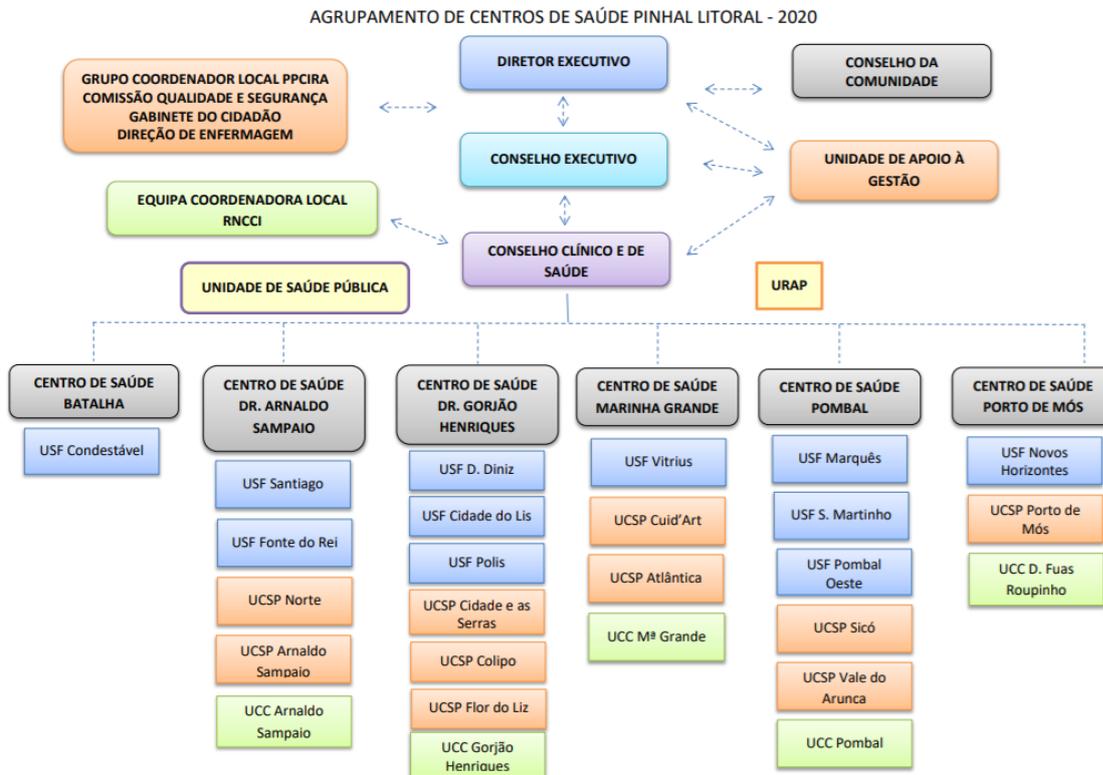


Figura 5 – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

O ACES Pinhal Litoral integra 27 unidades, sendo uma delas o Centro de Saúde da Marinha Grande. Consultando o BI do ACES, contacta-se que o maior número de utentes inscritos está entre os 30 e os 75 anos de idade, havendo um equilíbrio entre o número de homens e mulheres, com exceção nos grupos etários >85 anos, em que o número de mulheres é significativamente maior do que o número de homens. Também, se observa que a percentagem de utentes inscritos sem médicos de família no CSMG corresponde a 93.67%.

O índice de dependência do ACES corresponde a 56.73%, sendo 37.42% corresponde a idosos. O CSMG apresenta um índice de dependência de 39.29%, 20.16% para jovens e 19.13% para idosos.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Neste ponto, será feita referência à identificação, constituição e área geográfica da UCSP e a caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

O Centro de Saúde da Marinha Grande é composto por oito unidades funcionais que prestam cuidados a toda a população da região: a USF Vitrius; a UCSP Atlântica e a UCSP Cuid'Arte,

Serviço de Atendimento Permanente (SAP), Unidade Cuidados Comunitários (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Apoio à Gestão administrativa (UAG).

A UCSP Cuid'Arte é uma unidade funcional do Centro de Saúde da Marinha Grande (CSMG), integra o ACES Pinhal Litoral e é dependente da Administração Regional de Saúde do Centro Instituição Pública (ARSC, IP). Localizada no Concelho da Marinha Grande, é constituída pela sede, situada na freguesia da Marinha Grande, e por dois polos, situados na freguesia de Vieira de Leiria e Moita.

1.2.1 Área Geográfica de Influência

A UCSP Cuid'Arte, está inserida no Centro de Saúde da Marinha Grande, junta Concelho da Marinha Grande, faz parte da Região Centro de Portugal Continental, Distrito de Leiria, integrado na zona do Pinhal Litoral. A área de influência da UCSP coincide com a totalidade das três freguesias existentes no concelho da Marinha Grande: Marinha Grande, Moita e Vieira de Leiria. O CSMG encontra-se sediado na localidade com o mesmo nome e serve as três freguesias que o compõem.

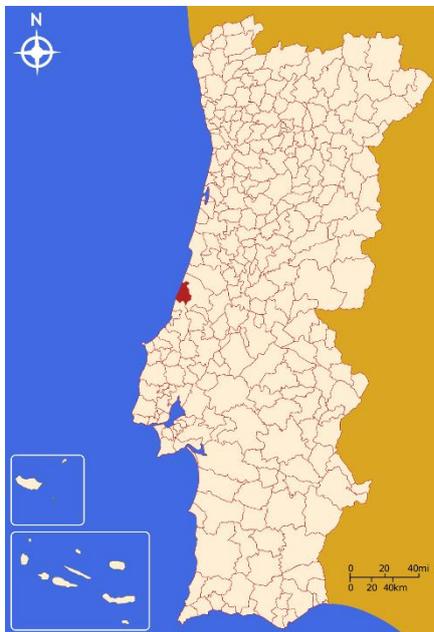


Figura 6 e 7 – Localização geográfica do Município da Marinha Grande em Portugal Continental e Freguesias pertencentes ao Concelho da Marinha Grande
Fonte: print screen do site do Camara Municipal da Marinha Grande (CMMG)

Mediante os dados relativos aos Censos de 2011, a população residente no concelho da Marinha Grande é de 39.032 habitantes, sendo maioritariamente indivíduos adultos ativos, com idade compreendidas entre os 25 e os 64 anos.

1.2.2. A UCSP Cuid'Arte

A UCSP é uma unidade funcional do CSMG, nasceu a 6 de maio 2018, pertencente ao ACES PL, que por sua vez está integrado na Administração Regional de Saúde do Centro, na qual se privilegia o trabalho em equipa multidisciplinar e a prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes nela inscritos.

1.2.2.1. Missão, Visão e Valores da UCSP

Tem como missão e objetivos a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

1.2.2.2. Estrutura organizacional da UCSP

Constituem a estrutura interna da UCSP o Coordenador desta, o Conselho Geral, o Conselho Técnico, o Interlocutor de Enfermagem e o Interlocutor Administrativo (UCSP, 2018).

1.2.2.3. Organização e articulação interna

A equipa da UCSP Cuid'Arte é constituída por 6 Médicos, 6 Enfermeiros e 5 Administrativas. Não existem 6 equipas completas (médico/ enfermeiro/ administrativa) por falta de recursos humanos. Atualmente, as assistentes operacionais são partilhadas pelas unidades que compõe o Centro de Saúde da Marinha Grande, não havendo distribuição pelas unidades funcionais. (UCSP, 2020). Os médicos, enfermeiros e administrativos, apesar de pertencerem a uma equipa nuclear e de assumirem uma maior responsabilidade para com os seus utentes, continuam a ter de garantir a prestação de cuidados de saúde gerais a todos os utentes da UCSP. Cada enfermeiro tem a seu cargo uma lista de utentes, agrupados em famílias, coincidente com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence, devidamente identificados no SClinico (UCSP, 2020).

A prestação de cuidados de enfermagem (tratamentos e consultas de enfermagem) é realizada maioritariamente a utentes do ficheiro clínico de cada enfermeiro. A equipa médica e a equipa

de enfermagem prestam cuidados de saúde domiciliários. O edifício está em obras para remodelação, os gabinetes de consulta estão deslocados do sítio habitual, estando em gabinetes temporários adaptados a cada uma das valências. De momento, dispõem de 2 gabinetes de consultas de Planeamento Familiar e consulta de Diabetes com 2 marquesas ginecológicas, 1 gabinete de Saúde Infantil, 1 gabinete de Vacinação com frigorífico com termóstato, 1 sala de tratamentos de enfermagem com 2 marquesas para tratamentos em simultâneo, no entanto a privacidade do doente fica comprometida por não haver barreira de som, 1 WC para Homens e Mulheres e 1 WC para funcionários. Os 6 médicos têm cada um a seu gabinete próprio.

Esta transição de espaço foi relativamente recente e, portanto, a enfermagem está em readaptação ao novo espaço temporário, sendo importante referir que, de momento, as condições físicas não são as ideais, realçando a inexistência de aquecimento, exceto no gabinete de saúde infantil que tem um aquecedor elétrico.

1.2.2.4. Acessibilidade e circuito de utentes

A UCSP Cuid'Arte encontra-se no rés-do-chão de um edifício de 1º andar com acesso por escadas e elevador, que neste momento está em obras de remodelação e posteriormente será transferido para o 1º piso, quando terminar as obras. Encontra-se localizada no centro da cidade, de fácil acesso por transportes públicos ou veículo próprio, dispondo de estacionamento. O Centro de saúde da Marinha Grande articula com o centro Hospitalar de Leiria nos cuidados de saúde diferenciados e especializados. O Circuito do Utente é considerado o conjunto de procedimentos que o utente deve fazer para ter acesso aos serviços de saúde.

O primeiro procedimento a realizar é o agendamento, que poderá ser feito por telefone ou presencialmente. No dia do agendamento, o utente deverá chegar cerca de 30 minutos antes da marcação e efetuar a inscrição junto da administrativa. A chamada do utente é efetuada pelo nome anunciado ao altifalante, com informação do número do gabinete a que se deve deslocar. Outra forma de entrar em contacto é via e-mail, com a equipa de enfermagem, que orienta o utente para um agendamento ou dá instruções por e-mail.

A UCSP Cuid'Arte não tem circuitos de utentes claramente definidos.

1.2.2.5. Breve caracterização dos utentes

De acordo com o Artigo 101.º do código deontológico de enfermagem (2015), o enfermeiro é responsável pela comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada de cuidados, prevendo o enfermeiro conhecer as necessidades da população onde esta inserido para melhor responder a estas mesmas necessidades.

Consultando o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, atualizado a 13 de março de 2020 é possível recolher informação da faixa etária da população que a UCSP apresenta (figura 8). Por ser uma unidade recente, ela própria em crescimento e a sofrer alterações organizacionais e de espaço físico, não há informações estatísticas para conhecer detalhadamente os utentes da Cuid'Arte. No entanto, sabe-se que a população da Marinha Grande é multicultural com barreiras não só pela cultura, religião ou crenças, mas também pela barreira linguística.

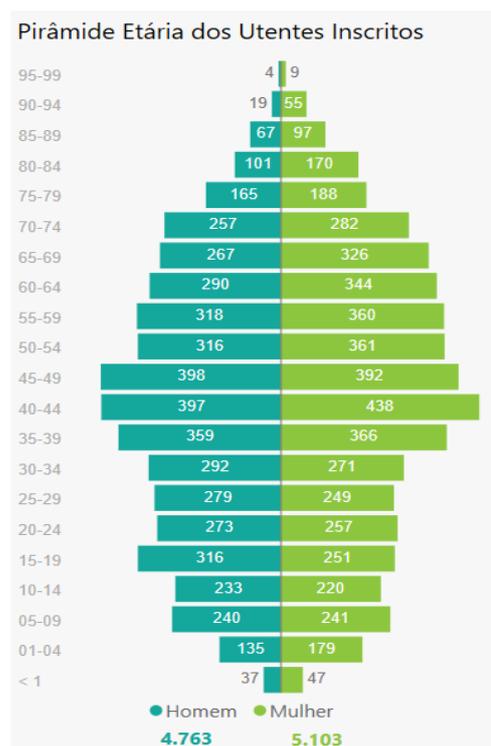


Figura 8: Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Cuid'Arte

A pirâmide etária permite conhecer melhor os utentes da unidade, podendo ser usado para realizar um plano de atividades adequado à população que esta UCSP serve. Nesta pirâmide etária podemos observar índice de envelhecimento elevado, e também uma baixa natalidade.

De acordo com BI Cuidados de Saúde Primários o índice de dependência total é elevado (51,16%), sendo 20,41% de índice de dependência dos jovens e 30,75% de idosos.

1.2.2.6. Consulta de enfermagem

O papel do enfermeiro de família bem como a prestação de cuidados de enfermagem pelo mesmo tem sofrido alterações, derivadas da definição que o Decreto-Lei 118/2014 veio introduzir. O Decreto-Lei no 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade». Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05, Pág.4069 – 4071.

Ao acompanhar os enfermeiros da UCSP Cuid'Arte verificamos que estes estão organizados de acordo com um ficheiro de utentes. Dentro do programado e definido pelo plano de ação, vão acompanhando os seus utentes numa perspetiva colaborativa com os demais elementos da unidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos mesmos.

O enfermeiro como pessoa de referência para com os seus utentes/famílias, deve demonstrar conhecimentos adequados para poder atuar em conformidade perante quem o procura. Uma avaliação da família, é essencial para a elaboração de qualquer plano de cuidados. Nas consultas de enfermagem, é perceptível os enfermeiros o que aquela família necessita e quais as áreas importantes a abordar. Nesta unidade ainda não se pode perceber claramente a capacidade do enfermeiro de família, mas o trabalho é orientado para que se inclua toda a família. Esta intervenção familiar é feita pela adequação dos programas de saúde à fase de ciclo de vida em que esta se encontra. Na equipa multidisciplinar, o enfermeiro **é visto como um elemento integrante** entre a família, os outros profissionais da unidade e os recursos de que dispõe e que servem a comunidade que abrangem.

1.2.2.7. Programas de saúde

Criada em 2018, a UCSP Cuid'Arte começou por apresentar o seu plano de ação ao ACES ao qual pertence, através da proposta de um conjunto de objetivos a atingir com a implementação e estratégias de modo a atingir as metas previstas com os indicadores identificados. Todos os anos, a unidade propõe-se a alcançar os seus objetivos e reavaliar aqueles que de alguma forma queriam melhorar ou alcançar como possíveis para o ano seguinte. Dentro dos indicadores pode

fazer-se uma leitura de quais os que se incluem e qual dos programas de saúde. Desta forma, sabemos se os programas estão a ser cumpridos de acordo com a finalidade de cada um. O objetivo será sempre o acompanhamento contínuo do utente/família ao longo do seu ciclo vital. Dentro dos programas identificados na unidade UCSP Cuid'Arte temos:

- Programa de Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde da Mulher
- Programa de Planeamento Familiar
- Programa de Rastreio de Cancro do Colo do Útero
- Programa de Rastreio de Cancro da Mama
- Programa de Saúde Materna
- Saúde da Criança e Adolescente
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil
- Vacinação
- Programa de Vigilância de Fatores de Risco Cardiovascular
- Programa de Diabetes
- Programa de Hipertensão Arterial
- Cuidados no Domicílio

1.2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Segue uma análise ao ficheiro do enfermeiro de família cujo ficheiro de utentes mais se trabalhou, em termos de dimensão, peso relativo e áreas de patologia mais codificadas nas listas de problemas.

Do ficheiro constam um total de 1489 utentes, sendo 678 do sexo masculino e 811 do sexo feminino. Como se pode observar no quadro abaixo, há um equilíbrio entre o número de utentes do sexo feminino e do sexo masculino, com exceção da faixa etária acima dos 64 anos, em que

começa a aumentar, consideravelmente, o número de utentes do sexo feminino em relação ao masculino.

Idade	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total Utes
00-06 anos	29	25	54
07-64 anos	520	468	988
64-74 anos	130	96	226
+75 anos	132	89	221

Tabela 8 – Caracterização dos utentes do ficheiro do enfermeiro e médico de família em estudo

O médico de família e o enfermeiro de família deste ficheiro contabilizavam, em fevereiro de 2020, um total de 1489 utentes, divididos por 677 famílias, ocupando as atividades de prevenção/acompanhamento geral, as infeções agudas do aparelho respiratório, as síndromes vertebrais, as alterações do metabolismo dos líquidos e as entorses/distensões o top dos problemas mais comumente apresentados pelos mesmos.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza dotações seguras nos CSP, e tem vindo a desenvolver e a afirmar a vertente familiar e comunitária, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações. Para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários em cada Unidade de Saúde Familiar, aplica -se o seguinte rácio: 1 Enfermeiro/1.550 utentes ou 1 Enfermeiro/350 famílias (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2014). Assim neste momento, considera-se adequado o rácio do número total de utentes do ficheiro para 1 enfermeiro; no entanto, o número de famílias excede em quase do dobro o rácio considerado adequado de 350 famílias para 1 enfermeiro.

Porque é que há tantas famílias se o número de utentes corresponde ao adequado? A resposta seria obvia: porque as famílias estão cada vez mais pequenas. Em 50 anos, cresceu o número de casais sem filhos e diminuiu o número de casais com filhos. Há mais famílias monoparentais e indivíduos a viver sozinhos (INE, 2013). Segundo a análise dos censos em 2021, o número de famílias unipessoais tem vindo a aumentar gradualmente, quase duplicando entre 1991 e 2021.

Em cerca de cinco décadas a taxa de natalidade em Portugal caiu para menos de metade. No início dos anos sessenta, havia mais de 200 mil nascimentos por ano no país. Atualmente, esse

número é inferior a 90 mil. A tendência de declínio dos nascimentos não é nova, como se vê, mas nos anos recentes adquiriu uma intensidade reforçada. Em 1982, o número médio de filhos por mulher caiu abaixo de 2,1, considerado o limite da substituição de gerações. Na década seguinte, em 1994, esse indicador ficou, pela primeira vez, abaixo de 1,5 filhos por mulher, valor que é considerado crítico para a sustentabilidade de qualquer população, inviabilizando uma recuperação das gerações no futuro se tal nível se mantiver durante um longo período (INE, 2021).

Para além de haver menos nascimentos, é-se pai e mãe cada vez mais tarde. Esta maternidade mais tardia, ou adiada, aproxima o momento em que as mães têm o primeiro filho do seu limite biológico de fertilidade diminuindo, deste modo, a probabilidade de terem muitos filhos.

Outra questão de extrema relevância é a separação dos elementos da família, nuclear ou alargada. Apesar de não haver informação por escrito ou um número concreto, sabe-se que há elementos da mesma família nuclear separados, tanto por outros médicos e enfermeiros de família da unidade, como por outras unidades do CSMG.

No sistema atual de saúde, os cuidados envolvem a família nas atitudes ligadas à saúde e à doença dos seus membros. Esta relação é importante para o equilíbrio físico, psicológico e moral do utente. Se há esta separação entre famílias por vários ficheiros ou unidades, perde-se a união familiar aumentando as diferenças entre o meio familiar. Normalmente, o doente comunica com mais facilidade com a família do que com a equipa de saúde, até porque a família também o conhece melhor, sendo uma peça fundamental que atua como intermediária entre o doente e a instituição. Segundo a orientação da OMS, a família faz parte da equipa de saúde (Dias, 2000).

Sendo esta uma problemática sentida não só na UCSP Cuid'Arte, mas sim, em todas as unidades do CMMG, estão a ser realizados esforços diários pelos vários elementos responsáveis para que as famílias sejam reunidas no mesmo ficheiro e na mesma unidade. Enquanto isso não é possível para todos os utentes, promove-se a comunicação multidisciplinar necessária para o bem-estar do utente e da família.

Os planos de saúde ativos no ficheiro do médico e enfermeiro de família, são o planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, RCCU, diabetes e hipocoagulados. Num total de 1586 utentes, há um total de 24 utentes dependentes por co morbilidades.

Deste valor total de utentes, em fevereiro de 2020, e por Programa, 112 eram vigiados por Diabetes Mellitus, 193 por Hipertensão Arterial, 228 em Planeamento Familiar, 236 em Saúde Infanto-Juvenil, 3 em Saúde Materna, 11 no programa dos hipocoagulados e, por fim, com um maior número de utentes o programa de saúde do adulto.

Programa de Saúde	Utentes
Hipertensão Arterial	193
Diabetes	112
Saúde Infantil e Juvenil	174
Saúde Juvenil	62
Planeamento Familiar	228
Saúde Materna	3
Hipocoagulados	11
Saúde do Adulto	547
Saúde das Pessoas Idosas	375

Tabela 9 – Programas de Saúde Ativos e respetivo número de utentes

Há ainda, outras comorbilidades, como feridas traumáticas e úlceras por pressão, perfazendo 336 utentes. Os rastreios do cancro do colo do útero e do cancro do colón e reto totalizando 224 e 264 utentes respetivamente.

Consultando as prescrições de fármacos mais frequentes, do 2º semestre de 2021, do ficheiro do médico de família em estudo, há uma prevalência para fármacos não classificados, totalizando 644 das receitas prescritas. Salienta-se dos restantes, o grupo farmacoterapêutico do sistema nervoso central, com maior número de receitas no grupo farmacoterapêutico dos psicofármacos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antipsicóticos, antidepressores) totalizando 109 das receitas e 208 embalagens prescritas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - CONCEITOS

2.1 FAMÍLIA

Desde a década de 70 e 80 que o conceito de família e a comunidade tem sido foco de estudo das ciências sociais e da psicologia. O conceito de família foi evoluindo ao longo dos anos, fruto dos diferentes contextos sociais e políticos (Crepaldi, Andreani, Hammes, Ristof, & Abreu, 2006; Ponciano, 2003), no entanto desde a pré-história aos nossos dias, mantém-se como a unidade básica de saúde. A família como unidade caracteriza-se pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.

Para compreender as características da família ao longo do tempo, convém fazer uma breve descrição de algumas mudanças que já ocorreram na estrutura da família ocidental ao longo da história. Até os séculos XVI – XVII a estrutura familiar e a estrutura social misturavam-se, as famílias eram extensas e pais e filhos conviviam com parentes próximos e distantes, sendo a linhagem o limite familiar (Ariès, 1975; Poster, 1979; Ponciano, 2003). A relação entre eles era guiada por uma hierarquia pré-estabelecida, pelo pai, o elemento mais velho da família, os restantes membros eram distribuídos pelos trabalhos necessários à sobrevivência da família. A relação entre pai-filho, é descrita por Ponciano (2003) como uma relação dolorosa, em que prevaleciam os sentimentos de respeito, ódio e temor. O legado familiar era vinculado pelas posses e bens, e todo o esforço familiar girava em torno de manter dotes e aumentar riqueza para herança do filho mais velho (Ariès, 1975).

A partir do século XVIII até início do século XIX, as características sociais alteram-se e mudam o paradigma familiar. Inicialmente sob a influência de religiosos, da emergência do sentimento de infância e de família, assim como da valorização da escolarização e, depois, com o advento da Revolução Industrial. A necessidade de mão de obra nas cidades, levou ao êxodo rural, as famílias mudaram-se para as cidades para trabalharem nas fábricas, o que levou à dissociação familiar. A família começou a ser composta por membros mais próximos como pais e filhos. Essa construção ficou conhecida por família nuclear (Ponciano, 2003).

A nova estrutura familiar deixou para trás a conveniência financeira, promovendo os laços de afetivos e sentimentos de amor e cumplicidade entre todos os elementos da família. Este foi um importante marco no sentimento de infância nas famílias, a criança conquista um lugar no seio

familiar, a mãe promove o bem-estar dos filhos como primeira necessidade, criando uma ligação emocional (Àries, 1975). Por outro lado, a mulher perde o seu papel na sociedade ficando confinada ao papel de mãe em casa, reforçando a opressão e o pai é o pilar da família, devendo protegê-la (Poster, 1979; Ponciano, 2003).

A partir da segunda guerra mundial, com a introdução da pilula anticoncepcional começamos a caminhar para novas organizações familiares, mudando papéis e funções (Walsh, 2005). Em 1960, surgiu nos Estados Unidos da América o movimento feminista que marcou o início das revisões sobre o papel da mulher na sociedade e nas relações de forma geral (Gonçalves, 2007; Narvaz & Koller, 2007).

Todas estas mudanças conduziram-nos para a família contemporânea da atualidade. Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando (OE, 2008).

A família é um sistema de interação que articula dentro dela os vários componentes individuais, sendo influenciada por cada um deles e pelo meio ambiente. A interação familiar é difícil de definir, avaliar ou explicar, porque é muito mais complexa do que os instrumentos de avaliação existentes. Por isso, a avaliação familiar é tão importante, ajudar as famílias a encontrar os seus pontos fortes, evoluírem e crescerem de forma saudável e unida (Figueiredo, 2009).

Relvas (2004, p.14), defende que qualquer que seja o tipo de família «todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais». Apesar de ser a família ser um tema em foco na última década, na prática ainda há muitas falhas por parte dos profissionais de saúde, que estão pouco informados sobre o tema, uma vez que requer atualização de conhecimentos teóricos e científicos. **A família faz parte da nossa vivência, família é o que conhecemos, mas também pode ser exatamente o oposto daquilo que conhecemos, defendemos ou acreditamos. E é aí que está a arte dos cuidados de enfermagem, ou assim se espera, não projetarmos nos outros a nossa realidade, a nossa família pode não ser a família do outro.**

A família funciona como unidade de cuidados sendo um participante ativo no processo de tratamento do paciente (Korin & Lebensohn, 2005), influenciando certos comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico, o tabagismo, a adesão à terapêutica ou o uso dos serviços de saúde (Ribeiro, 2007).

As famílias e os indivíduos são especialmente vulneráveis em momentos de mudança de vida, que muitas vezes desencadeiam sintomas e conflitos familiares, ampliados quando a mudança cultural se sobrepõe à mudança do ciclo de vida (Korin et al, 2002). O processo, a percepção e a rutura são as características universais da transição (Meleis, 2010). Não alterei a frase porque não consegui reestruturar e, como falámos por telefone, a primeira frase tem autor. Acrescentei a Meleis na 2ª frase, após consultar os meus apontamentos.

Canigo et al (2010), classificam as famílias em 3 grupos: estrutura e dinâmica global, relação conjugal e relação parental. Na estrutura dinâmica e global assumem 21 tipos de famílias em que uns caracterizam melhor a estrutura, outros sinalizam determinada dinâmica, disfuncional ou não. A relação conjugal é importantíssima no que respeita à origem da família por constituir união e reforço de objetivos comuns em harmonia, utilidade e sociedade. Analisar a relação entre conjugues é compreender a repercussão que isso tem nos restantes elementos da família. Neste grupo os autores propõem seis tipos de família. Quanto à relação parental, engloba e traduz afeto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade. Neste ponto, consideram 7 tipos de família e analisam as dinâmicas entre as diferentes gerações que compõem as famílias, a educação e a transmissão de valores por parte dos pais aos filhos, e a receção desta informação por parte dos filhos.

Os tipos de família não são estanques, imutáveis. Muito menos quando se pretende avaliar relações intrafamiliares, ainda mais rapidamente evolutivas que a sua estrutura, atendendo a maior labilidade, oportunidade ou subjetividade individual e de interação, existência de padrões flexíveis ou não regulação interpessoal.

A função familiar permite que a família mantenha um equilíbrio estável para alcançar os objetivos psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos que requer o grupo familiar. A família normofuncional é capaz de regular as relações entre os seus membros, garantindo a homeostase e facilitando as trocas (Ahumada & Cochoy, 2008). Uma família considera-se funcional quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis (Almeida, 1994).

A principal função da família é a sobrevivência, e o médico e enfermeiro de família devem avaliar a função familiar dos seus utentes porque é possível relacionar a saúde do indivíduo e a disfunção familiar percebida por ele (Smilkstein, 1984).

Ainda se verificam algumas disparidades no acesso e qualidade dos cuidados de saúde em minorias étnicas e raciais, mulheres, homossexuais e idosos (Kerridge et al, 2001). A morbimortalidade é mais prevalente nos grupos desfavorecidos, devido às disparidades sociais e ambientais (Krieger, 1993).

Os profissionais de saúde que ainda estão a desenvolver os seus conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem de saúde familiar, defendem-se dizendo que é um conceito e uma prática de cuidar recente. Se olharmos para trás, já em 1994, a OMS apresentava um conceito de família que coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família: «o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum» (Hennessy & Gladin, 2006, p.11); aceitar a afirmação «família é quem os seus membros dizem que são» (Wright e Leahey 2002, p.68).

Nas teorias clássicas antigas, o foco era o indivíduo como ser unitário, e a atenção dos Cuidados de Enfermagem era centrada de forma individual nos vários elementos da família. Ao longo dos tempos, a visão da Enfermagem foi crescendo e observou-se a importância da coesão na família, do bem-estar geral dos vários elementos que compõe a família e da relevância da mesma na participação dos cuidados aos vários membros.

Para esta nova abordagem da Enfermagem de Saúde Familiar são reconhecidas três novas teorias como os grandes pilares para o desenvolvimento da profissão e da promoção dos Cuidados de Enfermagem: as teorias das ciências sociais, as teorias da Terapia Familiar e as teorias de Enfermagem.

2.2 SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM

De acordo com o Artigo 101.º do código deontológico de enfermagem (2015), o enfermeiro é responsável pela comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada de cuidados, prevendo o enfermeiro conhecer as necessidades da população onde esta inserido para melhor responder a estas mesmas necessidades.

Citando Martins (2004, p.97) “O desenvolvimento da enfermagem leva a que se torne fundamental uma procura constante de conhecimentos, de reflexões com vista à compreensão do cuidar numa perspetiva cada vez mais enriquecedora quer para os enfermeiros, quer para os utentes, neste sentido procuramos compreender a importância que tem a tendência atual de não limitar a intervenção dos enfermeiros aos indivíduos, mas investir a enfermagem de saberes para a sua intervenção nas pessoas e no seu meio”.

Durante séculos os cuidados ao doente eram prestados em casa, no seu ambiente familiar, onde a pessoa se sentia segura. Com a evolução da sociedade e do conhecimento científico, o cuidar foi transferido de casa para o hospital, excluindo as famílias do cuidar e de acontecimentos marcantes como o nascimento e a morte (Wright e Leahey, 2000). Lentamente, esta situação tem sido alterada e cada vez mais a família é solicitada e integrada nos cuidados aos seus membros. Contudo, esta realidade ainda não é uma verdade absoluta, há muitos obstáculos por parte de alguns profissionais de saúde que, ainda, acreditam que as famílias junto do utente estão a observar e avaliar o seu trabalho, sentindo-se ameaçados.

A família é o pilar na vida do indivíduo, desde o seu nascimento até à morte, é a família que potencia o desenvolvimento e automização dos seus membros. É na família que o indivíduo encontra forças para ultrapassar os problemas na sua vida, desde a confiança para começar a caminhar, como na resiliência da doença, nas transições inerentes ao ciclo vital e, por fim, no sofrimento do luto.

A prestação de cuidados à família e a todos os seus elementos é essencial, independentemente do contexto onde estes se inserem (Figueiredo & Martins, 2010; Hanson, 2005), podendo ser realizada nos mais variados contextos da prática clínica diária (Cervera et al., 2011), a um elemento, ou a vários elementos da família, reflete-se em ganhos para a saúde de todo o agregado familiar e potencia a melhoria da qualidade de vida e bem estar da família (Cerqueira-Silva & Dessen, 2018; Hudson, Remédios & Thomas, 2010). Numa perspetiva sistémica a família é um sistema dinâmico e evolutivo, com interação com o ambiente, com interdependência entre os seus elementos e características de totalidade, equifinalidade e retroação, que permite o eficiente funcionamento de todos os seus elementos (Santos, 2012). Infere-se, portanto, que os cuidados de enfermagem de família têm como foco a capacitação da mesma a partir da maximização do seu potencial de saúde ao auxiliá-la a concretizar o seu projeto de saúde, (Figueiredo & Martins, 2010), promovendo, assim, o desenvolvimento de comportamentos potenciadores da saúde, bem-estar e qualidade de vida familiar (Bomar,

1990).

Pode-se dizer que, cuidar a família como um sistema individual e coletivo sempre fez parte dos cuidados de enfermagem, no entanto, estes cuidados evoluíram juntamente com o conceito de família. Cada vez mais, os enfermeiros procuram prestar cuidados de excelência, focados nas necessidades do indivíduo e da sua família, o processo de enfermagem é algo profundamente complexo e importante para que as nossas intervenções sejam de qualidade e com sucesso.

Martins (2004, p. 97, 98) parafraseando Watson, refere que “a prática de Enfermagem deve ter por base alguns fatores essenciais, nomeadamente:

- um sistema de valores humanista-altruísta, o qual permite ver o doente como uma pessoa, com toda a sua dignidade e singularidade;
- fé e esperança, no sentido de promover o bem-estar da pessoa, ajudando-a a adotar atitudes que lhe possibilitem a procura e manutenção da saúde;
- sensibilidade para consigo e para com os outros, reconhecendo e aceitando os seus próprios sentimentos;
- relação de ajuda e confiança, a qual só é possível através da empatia, congruência e comunicação efetiva;
- expressão de sentimentos positivos e negativos, facilitando assim a partilha das diferentes experiências e uma melhor compreensão das diferentes interpretações de determinadas situações;
- método científico de resolução de problemas, pois através da sua utilização é possível dar credibilidade às decisões tomadas pela enfermeira, abandonando a prática tradicional, na qual a enfermeira executava determinado procedimento de forma rotineira e pouco concisa;
- meio ambiente de apoio e de proteção, que atenda a todas as dimensões da pessoa (física, sociocultural e espiritual), promovendo aspetos como comodidade, segurança, intimidade e limpeza;
- satisfação das necessidades humanas, sendo necessário que a enfermeira identifique quais as necessidades a satisfazer, tendo em conta que se deve atender às necessidades mais elementares e só posteriormente passar ao nível seguinte;

- ensino e aprendizagem interpessoal, através do qual a enfermeira vai possibilitar ao doente o conhecimento necessário para que ele possa cuidar de si próprio, optar de forma consciente, determinar as suas próprias necessidades e promover o seu crescimento pessoal.

Os Enfermeiros que orientem a sua prática do cuidar com base nos pressupostos de Watson, terão experiências enriquecedoras do cuidar, como profissionais, mas também para os seus utentes e famílias.

Naturalmente a família cuida de todos os seus elementos, um cuidar baseado nas suas experiências e no amor e preocupação que nutrem uns pelos outros. Este cuidar é interrompido quando um dos seus elementos necessita de recorrer a cuidados de saúde diferenciados por motivo de doença. Mombaerts e Lanners (2000), referem que a parceria entre os Profissionais de Saúde e Família baseiam-se no respeito mútuo, na confiança, e caracteriza-se, além de outras coisas, pela tomada de decisão conjunta, respeito pela privacidade da família, empatia para com os membros da família e por uma aproximação positiva para resolver o problema, logo torna-se necessário um conhecimento preciso das famílias.

Há mudanças que a família está preparada para ultrapassar, tais como as resultantes da evolução do seu ciclo vital, as transições familiares. Embora estas reorganizações internas sejam previsíveis, elas constituem sempre momentos de stress e, naturalmente, de crise. As pressões a que a família está sujeita, resultante do meio envolvente, são também uma fonte de stress. Os processos de adaptação a novas situações, sejam elas internas ou externas, a fim de assegurar a mudança e continuidade da família, serão, pois, sempre revestidos de mais ou menos stress.

Salvador Minuchin (1990, p.23), considera quatro fontes de stress para uma família:

- "um contacto stressante de um membro da família com forças extrafamiliares, como é o caso de um problema profissional;
- um contacto stressante de toda a família com forças extrafamiliares, como por exemplo uma situação de guerra, de cataclismo físico, de reordenação urbanística, de depressão económica;
- o stress provocado por momentos de transição da família;
- o stress em torno de problemas idiossincrásicos"

2.3 ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O Enfermeiro de Família é um elemento benéfico para a potencialização do conhecimento da família, do seu contexto com uma perspetiva multidimensional na avaliação familiar nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar cria a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças. O foco é a família como unidade de cuidados, onde é valorizado a relação multifacetada entre a saúde dos vários elementos da família e a saúde da família na sua globalidade. Para isso, é necessário aplicar conhecimentos na avaliação da saúde familiar, considerando a interação dinâmica dos seus membros e da família enquanto unidade, perspetivando-as em termos antropobiológicos, sociais, culturais e espirituais. O enfermeiro de família inserido numa equipa multidisciplinar promove os ganhos em saúde através de um agir intencional e crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Foi na Conferência de Munique em 2000, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu pela primeira vez o conceito de Enfermeiro de Família e a sua posição na equipa multidisciplinar. Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, aprova o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (CEESF). E, no Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”. (Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05, Pág.4069 – 4071).

Nas políticas de Saúde Para Todos no Século XXI também é evidenciado o papel do enfermeiro de família, o que justifica o desenvolvimento do conceito de Enfermeiro de Família. A família é reconhecida como “a uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da saúde na Região Europeia uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis” (OE, 2008).

2.4 MODELOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Em meado dos anos 80, Meleis (2010) refere que o desenvolvimento da Teoria em Enfermagem é altamente benéfico e necessário para a prática clínica, não só pelos contributos que surgem

no que toca à clarificação de domínios, mas também pela identificação do que é e não é do nosso âmbito, permitindo racionalizar recursos e focalizar ações naquilo que serão as terapêuticas de enfermagem.

Paiva (2007) acrescenta ainda que a enfermagem tem por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram adaptação (ex: a doença). Saliencia a importância de se evoluir no exercício profissional, dos modelos circunscritos ao paradigma biomédico (centrada na gestão de recursos dos processos fisiológicos, com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença), para modelos com maior valorização da teoria de enfermagem, enfermagem focada na promoção de processos adaptativos ou intencionais, onde os indivíduos possam reformular o seu projeto de saúde e vida, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições. A enfermagem, portadora de um corpo de conhecimentos, sistematizado em saber disciplinar, desenvolve-se e sustenta-se numa prática, onde os enfermeiros facilitam os processos de transição tendo em vista o bem-estar (Queirós, 2011).

As Teorias em enfermagem têm como objetivo principal instruir os enfermeiros a prestar cuidados personalizados aos utentes, nas transições, crises e processos ao longo do seu ciclo vital.

Para o desenvolvimento do processo de enfermagem, as especificidades da área do Enfermeiro de Saúde Familiar, bem como os próprios valores e crenças, é fundamental o conhecimento de alguns Modelos Teóricos na prestação dos cuidados e como guia orientador na aquisição e desenvolvimento das competências especializadas do Enfermeiro de Saúde Familiar.

- Modelo de Avaliação Familiar de Friedmann – Surge com uma visão macroscópica da família, o que possibilita uma compreensão do sistema familiar a partir do seu contexto comunitário, avalia a família como um todo, centrando-se na organização familiar e nas relações da família com os outros sistemas. A prática de enfermagem a nível familiar pode ser classificada em quatro níveis. Segundo Hanson (2005), no nível I a família surge como contexto e o indivíduo como cliente, o foco é cada um dos elementos da família e esta surge como um recurso e como contexto; no nível II a família apresenta-se como soma das suas partes, o foco são cada um e todos os membros da família; no nível III o subsistema familiar surge como foco dos cuidados, centrado nos subsistemas familiares e o trabalho é desenvolvido com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos; o nível IV a família surge como cliente, o alvo é a família como sistema interativo e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a

estrutura e funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

- Modelo de Sistemas de Betty Neuman – Baseado na Teoria Geral dos Sistemas, enfatiza a família como um sistema aberto em relação com ele e com o meio. Para Neuman (1995), a família é um sistema composto por subsistemas que estão em constante interação e se influenciam entre si. Neuman introduziu um novo conceito, definindo agentes de stress como forças ambientais que podem destabilizar o sistema familiar/cliente. Ao longo da vida, os indivíduos são afetados por forças adversas, designadas por Neuman de stressores, que podem ser internas ou externas, que comprometem o seu equilíbrio e, quando tal acontece, as linhas entram em ação para proteger o sistema (Neuman & Fawcett, 2011). Para Neuman a Enfermagem tem o propósito de ajudar a pessoa a identificar os seus recursos, internos e externos, para combater os stressores, promovendo a maximização da saúde/bem-estar, reequilibrando-o. (Neuman & Fawcett, 2011). Para Neuman, a saúde e o bem-estar é o resultado do equilíbrio do sistema da pessoa e com vista a mantê-lo, recupera-lo e reconstruí-lo identificou três níveis de intervenção de enfermagem: prevenção primária, secundária e terciária. (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, quando a pessoa manifesta sintomas exacerbados de ansiedade que põem em causa a sua funcionalidade, as intervenções de enfermagem situam-se no nível secundário para fortalecer as linhas de resistência, protegendo o core e tratando os sintomas. Se esta intervenção for positiva, ocorrerá uma melhoria da saúde/bem-estar, reequilibrando o sistema, caso isso não suceda poderá ocorrer a morte. Após ser atingido um certo nível de equilíbrio e estabilidade do sistema, os enfermeiros atuam a nível da prevenção terciária, em que as ações desenvolvidas preconizam a manutenção do bem-estar e/ou a reconstrução do sistema, potenciando os recursos da pessoa, evitando o reaparecimento da reação aquele agente de stresse.

- Modelo do Cuidar Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb – Este modelo centra-se nas potencialidades únicas de cada pessoa, enalte-se o que está a funcionar bem, o que a pessoa faz de melhor e nos recursos que a pessoa dispõem e a ajudam a lidar de forma eficaz em situações de crise e stress, bem como, na sua vida do dia-a-dia. Gottlieb (2016), eleva os cuidados de enfermagem a um nível superior, que vai além daquilo que os nossos olhos vêem, e direciona os Enfermeiros de Família a estabelecer relações de confiança no seio familiar, de forma a conhecerem as potencialidades individuais e coletivas do sistema familiar para a resolução dos seus problemas.

- Teoria de Stack – Patrícia Stack criou o “The Meaning in Suffering Test”, um instrumento de medida do sentido de vida em contextos de sofrimento. Segundo Starck (2008) citado por Barros (2014), o ser humano é composto pelo corpo físico e espiritual interligados, pois o espírito humano não adoce, independentemente das morbidades psicofísicas. As autoras, defendem que os recursos espirituais permitem ao indivíduo enfrentar a sua enfermidade com um certo grau de liberdade, uma vez que, o ser humano é livre para tomar uma atitude perante a situação geradora de stress, só ele pode decidir a forma como quer/vai reagir, resistir e adaptar-se.

- Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed - A Teoria da Auto Transcendência pode ser aplicada em diferentes contextos, contudo foca-se essencialmente no envelhecimento e doenças crónicas ou paliativas, derivada de processos patológicos, físicos ou cognitivos. A teoria desenvolvida por Pamela Reed apresenta como conceitos centrais a Auto Transcendência, vulnerabilidade, bem-estar, fatores moderadores-mediadores e pontos de intervenções, que proporcionam ao cliente uma perspetiva diferente sobre as capacidades humanas de forma a encontrar e promover o bem-estar, ajudando a pessoa a ultrapassar situações de maior vulnerabilidade (Reed, 1986). Reed (1986) apresenta a autotranscendência como uma habilidade evolutiva, que fornece propósito e sentido à existência humana perante os limites individuais e ambientais, e que pode ser avaliada num momento específico do ciclo de vida.

- Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) – É um modelo de estrutura multidimensional, que orienta para uma avaliação macro do sistema familiar através de três dimensões: a estrutura, o processo de desenvolvimento e o funcionamento familiar. O Modelo de Calgary é um modelo de flexibilidade, baseado nos pontos fortes, colaborativo e não hierárquico, que reconhece a experiência dos membros da família que enfrentam doenças (Wright & Leahey, 2012).

- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Henriqueta Figueiredo – É um referencial das práticas de cuidados com a família, tendo sido co-construído e validado em contexto de cuidados de saúde primários (Figueiredo, 2013). Este modelo reconhece a complexidade do sistema familiar considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização centrando as intervenções de enfermagem numa abordagem sistémica que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências.

2.5 SENTIDO DE VIDA

O sentido de vida constitui uma questão de base filosófico-existencial acerca do propósito e

significado da existência humana, vai muito além da compreensão, análise e observação de dados clínicos visíveis, confrontando-nos com uma dimensão extrafísica do sentir, em que o poder da mente e o desenvolvimento pessoal ganham força lado a lado para ultrapassar o sofrimento inevitável do indivíduo e da família.

É um tema complexo e pouco desenvolvido, tanto a nível teórico como prático, pois requer, por parte dos enfermeiros de família, a sua compreensão, nas suas peculiaridades, pois implica criar experiências multidimensionais pelo contacto contínuo com a finitude humana. Apesar das questões existenciais serem um campo de interesse crescente no âmbito da saúde, existem ainda lacunas na produção científica sobre a temática.

É no mais fundo de nós que encontramos o sentido de vida. A felicidade é encontrada como consequência da realização dos valores e do sentido, é quando nos entregamos a grandes causas, que nos encontramos verdadeiramente (Anselmo Borges in Diário de Notícias, 2021). São vários os investigadores sociais e psiquiatras que afirmam que o vazio e a frustração existencial são uma das maiores causas dos desequilíbrios psicológicos, e que a carência de sentido está frequentemente na base de várias dependências, alterações de humor, depressão e suicídio.

O ser humano não suporta permanecer em estados de crise, procurando pelo equilíbrio incessantemente (Kraus, 2014). Enquanto seres humanos, não podemos escolher as circunstâncias externas da nossa vida, mas podemos escolher como agir perante as mesmas. Viktor Frankl, o “pai” da Teoria do sentido de vida, a Logoterapia, vem desmistificar as descobertas de Adler e Freud, dando um novo sentido aos conceitos de realização e felicidade, ao qual chamou, vontade de sentido. O que de fato impulsiona o homem não é nem a vontade de poder (como aponta Adler), nem a vontade de prazer (como em Freud), mas sim o que Frankl chama de *vontade de sentido* (Moreira, 2010, p.345-346).

Frankl foi um psiquiatra e neurologista austríaco, fundador da Logoterapia, uma forma de psicanálise existencial. Sobrevivente dos campos de concentração Theresienstadt, Bergen-Belsen e Dachau usou a sua experiência do Holocausto, como base para a sua conceção de vida e intervenção psicoterapêutica. A sua obra é reconhecida mundialmente (Sommerhalder, 2010).

A Logoterapia concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa

por este sentido. É uma psicoterapia centrada no sentido, e que considera como tarefa ajudar o utente a encontrar sentido na sua vida. Para a Logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano (Aquino, 2020).

A teoria de Frankl foi bem-sucedida em prática clínica porque foi validada vivencialmente pelo próprio autor em campos de concentração nazis, como um prisioneiro comum com o número 119.104. Numa situação limite, Frankl constatou que aquele que tem um para quê viver, conseguia mobilizar um recurso interno que foi denominado “poder de resistência do espírito” e, por conseguinte, conseguiria dizer “sim à vida”, apesar das condições negativas impostas por determinadas situações (Aquino, 2020).

De acordo com Sommerhalder (2010), Frankl defende que não é possível dar um sentido para a vida do outro, mas sim ajudá-lo a encontrar o seu próprio sentido. Neste âmbito propõe quatro fatores que podem levar a Pessoa a encontrar um sentido para a vida:

- (a) A valorização do que é importante para a Pessoa, ou seja, aquilo que teve significado durante a vida, desde os pequenos até aos grandes eventos. As experiências de vida influenciam a forma que cada um tem de lidar com as situações.
- (b) As escolhas - o indivíduo é responsável por cada escolha que faz ao longo da vida, inclusive diante de situações adversas. Frankl aborda o sofrimento como uma grande oportunidade de crescimento pessoal, que, no entanto, depende de como a pessoa o enfrenta. Ela pode sucumbir à dor, ou extrair ensinamentos da situação difícil.
- (c) Responsabilidade - por tudo o que a Pessoa faz, pelas escolhas e decisões.
- (d) Significado imediato - dar sentido às coisas que acontecem na vida diária, tanto as experiências positivas, quanto as negativas.

O ser humano, para Frankl (1992), é uma totalidade bio-psico-espiritual e, nesta totalidade, ressalta o espiritual como a sua característica mais especificamente humana. A espiritualidade é considerada uma das dimensões do ser humano que vai além da dimensão religiosa ou do supranatural. O espiritual ou noético é, essencialmente, distinto do psicológico e tanto pode ser consciente como inconsciente (Kraus, 2014).

Até a década de 1990, a espiritualidade e a religião foram afastadas do processo terapêutico (Cardoso, 2012), com o intuito de criar uma maior objetividade na intervenção clínica.

Contudo, com as pesquisas, surgiram novas evidências científicas com resultados tangíveis para o cuidado, sendo a espiritualidade reconhecida e entendida na sua essência como uma dimensão fundamental do ser humano, pelo que encontra um lugar cada vez mais inquestionável nos cenários de saúde (Tavares, 2020).

Neste sentido, Cardoso (2012) refere, igualmente, que nos últimos anos, vários autores têm sugerido a necessidade de voltar a incorporar a discussão da espiritualidade no processo terapêutico, defendendo que a compreensão das escolhas, comportamentos e sentimentos do doente, exige a exploração das crenças que dão significado à sua vida.

A espiritualidade dimensiona e redimensiona o sentido de vida com um dinamismo interno. As pessoas com uma maior sensibilidade e autoconsciência têm a capacidade de perceber e ressignificar os acontecimentos da vida. Deste modo, Tavares (2020) considera a espiritualidade como um componente indispensável na humanização dos cuidados.

É importante salientar que espiritualidade e religião são facilmente confundidos, e há uma grande distinção entre eles. Uma pessoa pode ser espiritual sem ser religioso, ou vice-versa. E entenda-se que, religião poderá ir muito além do conceito que temos como adquirido ao longo da vida, podendo não estar interligado a qualquer tipo de igreja. O conceito de “espiritualidade” refere-se à forma como a pessoa interpreta a sua vida no que diz respeito ao seu significado e propósito, enquanto o conceito de “religiosidade” engloba um conjunto de crenças e rituais que são partilhados pelos membros da mesma fé (Cardoso, 2012).

Estas crenças espirituais ou religiosas podem influenciar e condicionar a prestação de cuidados, obrigando à readaptação do plano de cuidados. Deste modo, poderão haver tomadas de decisão por parte do utente que irão contra as nossas crenças ou valores, é importante a auto e heteroconsciencialização, do eu e do outro, para que não sejamos influenciados nem influenciemos os utentes. Apenas pela compreensão das motivações e crenças pessoais, o profissional de saúde será capaz de realizar uma aliança, com vista à proposta do melhor plano de cuidados, respeitando a autonomia e decisão da pessoa (Cardoso, 2012).

O desenvolvimento espiritual assume especial importância e significado em questões relacionadas com o sofrimento ou a morte. O sofrimento é o padecimento, a pena ou a dor que sente uma pessoa. Trata-se de uma vivência, consciente ou inconsciente, que se reflete na depressão, na ansiedade e na infelicidade. Frankl (2005a) define depressão como

sofrimento sem sentido. A dimensão espiritual é complexa, multidimensional e não palpável, não se vê nem se sente pelo observador externo. Leva o indivíduo a conhecer-se a si, ao lugar onde está inserido e a elevar-se mentalmente, criando uma conexão com o Momento, com o Eu, com o Outro, com a Natureza, e/ou com o Sagrado/Transcendente. Sendo assim, a espiritualidade é universal e intrínseca ao ser humano, o que engloba o domínio existencial e se manifesta, geralmente, na presença de uma doença, de uma perda ou quando alguém é confrontado com o sofrimento e a morte (Ribeiro, 2020).

É nestas situações de crise que as famílias ou os seus elementos, podendo não haver harmonia e concordância entre todos, reconhecem as suas crenças religiosas e espirituais como parte integrante do seu processo de adaptação e defendem que estas devem ser abordadas pelos profissionais de saúde que os acompanham (Cardoso, 2012).

2.6 DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Ao longo dos anos o termo depressão tem vindo a ser bastante divulgado pelos meios científicos e pela imprensa como sendo uma doença da atualidade. Este acontecimento despoletou um olhar mais atento e uma tomada de consciência para a problematização da depressão, desmistificando crenças limitadoras.

Em 1995, Sonenreich et al., consideraram a depressão como doença ou transtorno afetivo ou de humor. O termo depressão, hoje, significa uma patologia de humor, que de forma direta necessita ser identificada e tratada, e que não está relacionada ao caráter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo (Cordás & Sassi-Junior, 1998). De uma maneira geral, a depressão pode ser definida como um processo que se caracteriza por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade.

Dentro desse conjunto de características, as tendências suicidas têm posição de destaque, estando presentes numa fração considerável (15% a 30%) dos indivíduos depressivos (Carlson, 2002). Sabemos que, na prática clínica, o tratamento dos sintomas da depressão se baseia na prescrição de fármacos, como ansiolíticos e antidepressivos. Fármacos estes que,

ao invés de tratar a causa da depressão, apenas adormecem essas emoções tornando o ser humano num autêntico robô. Embora efetivos na depressão em geral, os primeiros antidepressivos não beneficiavam todos os doentes com depressão. Esta observação ainda é válida nos dias de hoje, pois apenas dois em cada três utentes respondem aos antidepressivos disponíveis (Canale & Furlan, 2006).

A depressão, se não tratada corretamente, pode perdurar por muito tempo, com sério prejuízo à vida do paciente: trabalho, família e lazer ficam muito comprometidos, juntamente com um risco maior de suicídio. As mulheres experimentam a depressão cerca de duas vezes mais frequentemente que os homens, especialmente a depressão bipolar (Carlson, 2002). Muitos fatores hormonais podem contribuir para a taxa aumentada de depressão em mulheres – particularmente fatores como mudanças do ciclo menstrual, gravidez, aborto, período pós-parto, pré-menopausa e menopausa. A depressão no homem é geralmente mascarada por álcool ou drogas, ou pelo hábito socialmente aceitável de trabalhar horas excessivamente longas. A depressão tipicamente aparece em homens não como desamparo ou desesperança, mas como irritação, raiva e desencorajamento (Canale & Furlan, 2006).

Em 2015, a OMS estimou que o número total de pessoas a nível mundial com depressão em mais de 300 milhões, registando-se um número quase igual sofrendo de algum tipo de perturbação de ansiedade. As consequências das perturbações mentais comuns em termos de perda de saúde são enormes, a depressão é classificada pela OMS como o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva, registando, em 2015, 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade (DGS, 2017).

Em 2013 foi publicado o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, integrado no World Mental Health Survey Initiative, da OMS e da Harvard University, Portugal passou a ter referências quantitativas, sobretudo das perturbações mentais comuns. Como tem sido divulgado, o resultado final (22,9% de prevalência anual e 42,7% de prevalência de vida) é preocupante, pois dos 34 países que integraram o Survey da OMS, Portugal teve a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual (DGS, 2017, p.7).

O encorajamento e o suporte de membros da família preocupados pode fazer a diferença. As forças familiares e das redes de suporte, constituem grande importância nos processos terapêuticos dos doentes depressivos. Uma premissa básica numa perspetiva sistémica é que crises e adversidade têm um impacto na família como um todo e, por sua vez, os principais

processos familiares são mediadores da adaptação de todos os membros e das suas relações (Walsh, 2016). As forças são qualidades únicas e especiais da família e os recursos que definem a sua personalidade, sendo que estas podem ser de natureza biológica, intra e interpessoal e social. Esta abordagem tem no seu âmago a promoção da saúde, o movimento do empowerment e a parceria colaborativa. O empowerment tem como premissa que a família possui os recursos, as capacidades, as habilidades, as competências e o potencial para assumir a responsabilidade pela própria saúde (Gottlieb, 2016).

O primeiro episódio de depressão geralmente ocorre durante a primeira metade da vida (entre os 30 e os 50 anos) (Ramos, 1984). O risco de morbilidade nos parentes de primeiro grau varia de 5,9% a 18,4% nos parentes masculinos e de 7,1% a 31,9 % nos parentes femininos.

Hoje em dia, os transtornos de humor são relativamente fáceis de tratar, mas a maioria das pessoas deprimidas nem sequer procura atendimento médico e, metade dos que o fazem, buscam tratamento inicial com clínicos gerais e de outras especialidades; a outra metade é dividida entre os que fazem psicoterapia e os que são atendidos pelo psiquiatra para tratamento específico (LouzãNeto et al, 1995). O clínico, ao estar diante de um utente deprimido, tem que procurar determinar qual ou quais fatores podem estar na origem do quadro antes de indicar o tratamento.

O tratamento psicoterápico é um dos elementos mais importantes a ser considerado no tratamento do paciente deprimido. O tratamento psicoterápico, segundo Stein (2010) os aspetos específicos da condição depressiva, ou seja, afeto, cognição e comportamento, e é planeado para aliviar o transtorno, não para mudar o carácter.

Apesar da ansiedade e a depressão serem distintas do ponto de vista conceptual, na prática estes dois constructos são difíceis de diferenciar, pois em termos empíricos e clínicos existe uma forte associação entre ambos, elevada comorbilidade e sobreposição de sintomas (Pinto et al., 2015). De acordo com a WHO (2017) 4.4% da população mundial apresenta perturbação depressiva e 3.6% de ansiedade, não sendo possível somar este valor uma vez que muitas pessoas apresentam ambas as condições. Segundo Montgomery (1993) a depressão e a ansiedade estão inevitavelmente associadas, reduzindo a capacidade do indivíduo funcionar adequadamente em sociedade e aumentando o risco do aparecimento de patologias orgânicas e de morte. Para este autor o diagnóstico diferencial entre ansiedade e depressão torna-se difícil, na medida em que a maioria das pessoas apresenta quadros mistos e, nas perturbações

depressivas, a ansiedade surge como sintoma frequente e muitas vezes inicial, constituindo um indicador da sua gravidade. Nesta perspetiva a ansiedade está frequentemente presente na depressão, não enquanto perturbação, mas como sintoma emocional desajustado.

2.6.1 Intervenções não-farmacológicas

As intervenções não-farmacológicas fundamentam-se em grande escala nas teorias psicoterapêuticas que apresentam como funções comuns o fortalecimento da relação terapêutica; a manutenção da esperança de ajuda; oportunidade de aprendizagem cognitiva e experiencial à pessoa; a ativação emocional; o aumento da confiança da pessoa em si mesma e o encorajamento em aplicar o que adquiriu no quotidiano (Bloch, 1999). Atualmente, as técnicas psicoterapêuticas ocupam um lugar de destaque no âmbito da Saúde Mental, pois comportam um processo que leva a pessoa a ter uma visão holística de si mesma, trabalhar habilidades de relacionamento, refletir sobre aspetos pessoais que a conduzam a viver mais harmoniosamente, levando à mudança de atitudes, crenças e comportamentos, isto é, proporciona crescimento e desenvolvimento pessoal, e pode ser aplicado individualmente ou em grupo.

As intervenções de enfermagem baseadas numa abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental apresentam diversos benefícios. De acordo com Payne (2003, p. 10) a intervenção cognitivo-comportamental “foi concebida de forma a dar ao indivíduo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida e ainda uma proteção contra o stress desnecessário”. A terapia cognitiva baseia-se na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e, a terapia comportamental assenta na aquisição de comportamentos adaptativos e eliminação de comportamentos de desadaptação (Harrison, Geddes & Sharpe, 2002).

O papel do enfermeiro é o de promover e reforçar as mudanças na pessoa, deve reforçá-las diferencialmente de forma efetiva e de acordo com seus sentimentos. A pessoa precisa sentir que o enfermeiro se preocupa e tem cuidado com ela, e esse contexto terapêutico ampliará a possibilidade para que a pessoa se engaje em mudanças. Na perspetiva cognitiva a ansiedade surge pela forma como interpretamos e damos significados aos acontecimentos e às situações e na perspetiva comportamental a ansiedade dirige os comportamentos, muitas vezes prejudiciais. A intervenção cognitivo-comportamental ajuda assim a diminuir a sintomatologia associada

e previne novas crises através da alteração dos conteúdos e processos cognitivos e á modificação de comportamentos, sendo eficaz na redução da ansiedade.

Desenvolver intervenções em grupo, contribui para promover a relação de ajuda, a partilha de sentimentos, emoções, opiniões e até comportamentos entre os participantes e, conseqüentemente, a influencia e o crescimento mútuos (Townsend, 2011).

Desta forma, as intervenções de enfermagem em grupo, especificamente na redução da ansiedade e dos sintomas depressivos, possibilitam aos utentes reconhecerem-se nas vivências dos outros, partilharem e apoiarem-se e, ao mesmo tempo, aprendem e desenvolvem estratégias mais adaptativas às diferentes situações do quotidiano, implicando uma participação ativa, potencializando as capacidades mentais e sociais.

Uma das técnicas mais utilizadas são as técnicas de relaxamento. Os antecedentes históricos do relaxamento são antigos, já os Egípcios, os Astecas, Mayas, Quíchuas e Incas pesquisavam as forças internas do ser humano com fins medicinais e entre estes estudos dominava e praticavam o relaxamento e o hipnotismo (Santos, 2006). O relaxamento tem três finalidades: prevenir e proteger o organismo de patologias que envolvem o stresse, tratar o stresse manifestado pela pessoa com doença orgânica e como estratégia de coping para lidar com o stresse, ou seja, acalmar a mente e possibilitar que o pensamento se torne mais claro e eficaz (Titlebaum, 1988 citado por Payne, 2003). Se por um lado ajudam a proporcionar a calma em situações de stresse, ansiedade e tensão muscular, por outro são um meio revigorante da saúde física, mental e emocional. Segundo Payne (2003), as sessões de relaxamento apresentam grande benefício na pessoa com patologia ansiosa, pânico, depressão, dependências de substâncias como tabaco, álcool e benzodiazepinas, perturbações alimentares, insónia, entre outras.

A maioria das técnicas de relaxamento dá ênfase à concentração e à respiração, sendo estas partes fundamentais do relaxamento. As técnicas/exercícios de respiração, apesar de simples são basilares a outras formas de relaxamento (Townsend, 2011, p. 228), pois melhoram o bem-estar físico, mental e espiritual (Brown & Gerbarg, 2017). As vantagens de utilizar a respiração como método de relaxamento são: a estimulação da atividade parassimpática (o organismo responde a situações de calma com diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, adrenalina e glicose); a facilidade de aprendizagem da técnica; adequadas para pessoa com dificuldade em recorrer a imagens mentais e realizáveis em qualquer local e/ou momento que

seja necessário o alívio da tensão (Payne, 2003), apresentando também rápida eficácia e segurança (Brown & Gerbarg, 2017).

Segundo Serra (2014), o tratamento da depressão e da ansiedade compreende abordagens complementares, psicofarmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. Sendo as intervenções psicoterapêuticas utilizadas nas situações ligeiras e reativas às adversidades da vida bem e em associação com medicamentos nas situações moderadas e graves. As intervenções não-farmacológicas fundamentam-se em grande escala nas teorias psicoterapêuticas que apresentam como funções comuns o fortalecimento da relação terapêutica; a manutenção da esperança de ajuda; oportunidade de aprendizagem cognitiva e experiencial à pessoa; a ativação emocional; o aumento da confiança da pessoa em si mesma e o encorajamento em aplicar o que adquiriu no quotidiano (Bloch, 1999).

No seu estudo, Serra (2014) realizou um programa promotor de relaxamento em pessoas com depressão. Realizou várias entrevistas para colher informações sobre fatores biológicos, psicológicos e sociais, que desempenham um papel no aparecimento do problema e que vão afetar a sua recuperação. Após a colheita de dados, realizou 7 sessões de grupo de relaxamento, baseadas na psicoeducação “Técnica de Relaxamento de Jacobson”. Os instrumentos de avaliação que foram utilizados para a avaliação dos resultados das intervenções, tendo sido utilizado o Inventário de Depressão de Beck II e um questionário aplicado às pessoas antes e após cada sessão de relaxamento. Nas suas sessões de relaxamento, participaram 20 indivíduos, dos quais apenas aplicou o seu estudo a uma amostra de 7 indivíduos (6 mulheres e 1 homem), revelando sintomas depressivos ligeiros a graves. Após as sessões de relaxamento, foi aplicado um questionário em que a maioria dos participantes considerou a sessão muito interessante e, 100% dos participantes referiram a sessão contribuiu para a melhoria do seu bem-estar.

A meditação é uma prática mental singular, descrita por diferentes tradições culturais, religiosas e filosóficas [7]. Baseia-se em treinar a atenção não de maneira crítica ou de forma discriminada, mas promovendo a redução de pensamentos contínuos e a reorientação da cognição, favorecendo modificações benéficas no humor e desenvolvimento da atividade cognitiva, além de favorecer maior associação entre o corpo, a mente e mundo exterior. Através da meditação, expande-se a habilidade de observação, atenção, concentração e a integração do corpo, mente e emoções; facilitando o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação [3].

Dentre estas técnicas, destaca-se a mindfulness (do inglês, significa atenção plena) que visa a concentração no momento atual e sem julgamentos, priorizando o desenvolvimento intelectual. De acordo com os estudos de Gonçalves; Pereira; Basto (2012), a meditação pode agir no eixo hipotálamo hipófise suprarrenal, apresentando um melhor controle do nível de cortisol corporal, possuindo mecanismo similar ao dos antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptura de Serotonina (IRSS), aumentando a disponibilidade de serotonina no cérebro.

Tal como refere Dias (2007), os benefícios do relaxamento são: bem-estar emocional; maior equilíbrio interno; maior capacidade de auto-monitorização; maior tranquilidade; aumento da vitalidade; maior controlo da dor e diminuição da agressividade.

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

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), com as respetivas competências, serão, de seguida, enunciadas e associadas às atividades desenvolvidas, tendo por base o seu desenvolvimento/aperfeiçoamento.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas na equipa de enfermagem onde está inserido.
 - ❖ Construção de estratégias de resolução de problemas, em parceria com o utente;
 - ❖ Tomada de decisão suportada em juízo, baseado no conhecimento e experiência, no conhecimento do enquadramento jurídico e orientada na observância da deontologia profissional;
 - ❖ Participação na construção da tomada de decisão em equipa;
 - ❖ Seleção das respostas mais apropriadas, a partir de um amplo leque de opções, no julgamento de enfermagem;
 - ❖ Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade
 - ❖ Desempenhar o papel de consultar quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade;
 - ❖ Recolher contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão;
 - ❖ Reconhecer as competências na área de especialidade.
- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
 - ❖ Aferição dos resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada;
 - ❖ Avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

3.1.2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os utentes.

- Promove a proteção dos direitos humanos.
 - ❖ Assumir a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional;
 - ❖ Assegurar o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação;
 - ❖ Assegurar a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
 - ❖ Fomentar o respeito pelo direito do utente à privacidade, à escolha e à autodeterminação, no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, assim como do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos;
 - ❖ Assegurar o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e dos grupos.

- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.
 - ❖ Analisar a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica;
 - ❖ Implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco;
 - ❖ Adotar conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do utente;
 - ❖ Acompanhar incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

3.1.3. Melhoria contínua da qualidade

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
 - ❖ Demonstrar conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua;

- ❖ Divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso, nomeadamente implementadas em outras unidades de saúde próximas geograficamente;
- ❖ Estimulação para a implementação de programas de melhoria contínua da Qualidade e de processos de Certificação.
- ❖ Promoção da incorporação dos conhecimentos na área da Qualidade na prestação de cuidados.

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

- Avalia a qualidade das práticas clínicas
 - ❖ Avaliação e análise da qualidade da prática, mediante a evidência científica e as normas necessárias;
 - ❖ Utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas.
- Planeia programas de melhoria contínua.
 - ❖ Identificação de oportunidades de melhoria, com estabelecimento de prioridades;
 - ❖ Selecionar estratégias de melhoria;
 - ❖ Elaboração de guias orientadores de boas práticas
- Lidera programas de melhoria contínua.
 - ❖ Incrementação da normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes, no âmbito dos processos de melhoria e desenvolvimento da Qualidade.

Garante um ambiente terapêutico e seguro.

- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
 - ❖ Fomentação da sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança do utente e grupo;
 - ❖ Envolvimento da família, e outros, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais;
 - ❖ Aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos alunos de licenciatura;
 - ❖ Aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos utentes.
- Participa na gestão do risco ao nível institucional e de unidades funcionais.

- ❖ Cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e de prevenir os riscos ambientais;
- ❖ Colaborar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano;
- ❖ Colaboração na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos;
- ❖ Colaboração na manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

3.1.4. Gestão dos cuidados

Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
 - ❖ Colaboração nas decisões da equipa de saúde;
 - ❖ Apoio na melhoria da informação, para a tomada de decisão no processo de cuidar;
 - ❖ Reconhecer a necessidade de encaminhar/referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.
 - ❖ Utilizar técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar;
 - ❖ Avaliar a execução das tarefas delegadas.
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
 - ❖ Otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados;
 - ❖ Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;
 - ❖ Colaboração na implementação de métodos de organização do trabalho adequados;
 - ❖ Utilização dos recursos, de forma eficiente, para promover a qualidade.
- Otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.
 - ❖ Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;
 - ❖ Colaboração na implementação de métodos de organização do trabalho adequados.

- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.
 - ❖ Reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;
 - ❖ Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática;
 - ❖ Formação sobre estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, aberto a inovações na prática especializada, e adaptado à maturidade dos colaboradores e às contingências.

3.1.5. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
 - ❖ Otimização do autoconhecimento e facilitação da identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa doente e/ou a equipa multidisciplinar;
 - ❖ Gestão das idiossincrasias próprias, na construção dos processos de ajuda, consciencializando a influência pessoal na relação profissional;
 - ❖ Reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais;
 - ❖ Consciencialização da influência pessoal na relação profissional.
- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.
 - ❖ Otimização da congruência entre auto e heteroperceção.
 - ❖ Gestão de sentimentos e emoções
 - ❖ Reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade.
 - ❖ Utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

- Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
 - ❖ Apresentação do Processo de Enfermagem desenvolvido ao abrigo do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary à equipa de enfermagem da Unidade (tendo como objetivo proporcionar a aquisição de novos conhecimentos em avaliação familiar);
 - ❖ Identificação de necessidades formativas;

- ❖ Favorecimento da aprendizagem e do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.
- Suporta a prática clínica em evidência científica.
 - ❖ Atuação como dinamizadora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;
 - ❖ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.
 - ❖ Discussão das implicações da investigação.
- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.
 - ❖ Demonstração de conhecimentos de enfermagem, e de outras disciplinas, que contribuem para a prática especializada, também na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;
 - ❖ Rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

De seguida serão enunciadas as competências específicas do Enfermeiro de Família.

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

1.1 - Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.

- Abordagem à família, com disponibilidade e criatividade, para responder às suas necessidades, reconhecendo a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.
- Estimulação da família, para consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma.
- Estabelecimento de diálogo familiar e definição de futuros objetivos de saúde.
- Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde
- Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma. Utilizar o método de Estudo de Caso, contribui para a análise

da complexidade familiar, relações e limites, forças familiares internas e externas, de forma a capacitar as famílias para os seus próprios cuidados de saúde.

1.2 - Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.

- Identificação da estrutura familiar, com base no histórico familiar e hereditário e identificação da sintomatologia atual e fatores de risco ambientais, que pudessem afetar o estado de saúde, com integração de informação adicional de várias fontes, incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não verbal.
- Utilização de instrumentos de avaliação familiar;
- Realização da avaliação familiar, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;
- Elaboração do Processo de Enfermagem a várias famílias, com base no modelo de avaliação familiar de Calgary
- Avaliação da funcionalidade da família, incorporando a perceção de todos os membros e a perspectiva dos valores e crenças na compreensão dos seus processos de transição;
- Identificação do estágio do ciclo vital que mais se adequa à família e das tarefas de desenvolvimento.
- Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente.
- Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

1.3 Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.

- Mobilização de conhecimentos, tanto de enfermagem, como de outras ciências, na tomada de decisão.
- Análise do histórico familiar, das relações, do estado de reciprocidade entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas, reconhecendo a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta às mesmas.
- Utilização de técnicas culturalmente sensíveis, apropriadas à sua multidimensionalidade e especificidade, assim como aos seus padrões transacionais.
- Identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar.
- Identificação e classificação do grau de risco familiar de famílias da UCSP.

1.4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.

- Capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.
- Criação um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis.
- Colaboração com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma
- Utilização um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar
- Analise como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família

3.3 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Pode-se dizer que, cuidar a família como um sistema individual e coletivo sempre fez parte dos cuidados de enfermagem, no entanto, estes cuidados evoluíram juntamente com o conceito de família. Atualmente, os enfermeiros, do centro de saúde (CS) onde decorreu o ensino clínico, não conseguiriam uma prestação de cuidados às famílias nas diferentes fases do ciclo vital, sem o suporte de uma rede de cuidados como a que se tem vindo a tentar implementar. A colaboração e o trabalho em equipa são fundamentais para que haja uma integralidade e uma abordagem ampliada das necessidades de saúde.

Como Enfermeira em formação em Saúde Familiar, foram desenvolvidas atividades inerentes à prestação de cuidados de um Enfermeiro de Família, focando o sistema familiar como unidade de cuidados essencial para o bem-estar dos membros da família. Foram proporcionados vários momentos de partilha e aquisição de competências com a Enfermeira orientadora e respetiva equipa multidisciplinar, passando pela colaboração na realização de consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital do indivíduo e da família. Inicialmente foi difícil toda a aquisição de conhecimentos e como implementá-los na prática dos cuidados, dado o meu atual contexto profissional de enfermeira de cuidados gerais. No entanto, houve uma evolução significativa, melhorando os conhecimentos teóricos e práticos ao longo das semanas.

Conclui-se que, onde quer que seja a nossa área de atividade profissional, todo o utente tem uma família, quer seja em contexto de CSP ou em contexto hospitalar. A família é parte integrante do utente, que não se dissocia ou desintegra aquando de um internamento, pelo contrário, é nessa situação de crise e de instabilidade que a família surge como um meio seguro e de apoio. Devemos considerar esse elo energético como um aliado, criando relações de confiança, para que se enalteçam as potencialidades individuais e coletivas no seio familiar (Gotlibe, 2016).

Foi possível colaborar nas consultas de enfermagem dos programas preconizados no Plano Nacional de Saúde (PNS), sendo eles a vigilância da Diabetes, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e Idoso, Planeamento Familiar e Vacinação. Durante estas consultas reconhece-se a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; reconhecer a família como uma organização específica, sujeita a transições normativas, inerentes ao ciclo vital, e a situações geradoras de

stress e crise familiar, por alterações súbitas ao bem-estar da família e/ou de um dos membros da família. De referir que, em todas as consultas de enfermagem, era aplicado e desenvolvido o processo de enfermagem, de acordo com as necessidades sentidas pela família, não havendo imposição de mudanças, mas sim, a participação dos membros da família e a sua colaboração em todas as suas fases. Também, em todas as consultas ou contacto com a família, a Enfermeira orientadora, teve o cuidado e preocupação de verificar se o utente cumpria o Plano Nacional de Vacinação.

O contacto com diferentes famílias, com estruturas variadas, mecanismos de organização diversificados e em diferentes fases do ciclo vital, consolidou todos os conhecimentos teóricos adquiridos, de que o comportamento individualizado dos membros da família, afeta o sistema familiar no seu todo, intra e extra-familiar.

A UCC é uma das unidades funcionais do CSMG, que permite o acompanhamento adequado de famílias disfuncionais ou com situações específicas da sua atuação. O conhecimento profissional desenvolvido em questões sociais, institucionais e de saúde pública, tem possibilitado a capacitação para diagnosticar os efeitos socioeconómicos sobre a saúde da família, orientando-a, quando necessário, para instituições adequadas.

O Enfermeiro de Família é um elemento benéfico para a potencialização do conhecimento da família, do seu contexto com uma perspetiva multidimensional na avaliação familiar nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O enfermeiro especialista em saúde familiar cria a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças. O foco é a família como unidade de cuidados, onde é valorizado a relação multifacetada entre a saúde dos vários elementos da família e a saúde da família na sua globalidade. Para isso, é necessário aplicar conhecimentos na avaliação da saúde familiar, considerando a interação dinâmica dos seus membros e da família enquanto unidade, perspetivando-as em termos antropobiológicos, sociais, culturais e espirituais.

O enfermeiro de família inserido numa equipa multidisciplinar promove os ganhos em saúde através de um agir intencional e crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar deve ser o elemento chave na prestação de cuidados de saúde à família, que segundo Figueiredo (2013), os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser

proactiva na consecução do seu projeto de saúde e a nossa intervenção deve enfatizar essa capacidade das famílias.

Para consolidar conhecimentos e entender a dinâmica prática, elaborou-se um Processo de Enfermagem Familiar segundo o MCAF, a uma família do ficheiro da Enfermeira orientadora, tendo em conta as necessidades da família e também o meu foco de interesse profissional pelo utente com ferida crónica. Neste caso, foi importante perceber o impacto social, pessoal e familiar desta situação inesperada e que já se prolongava por alguns meses. O Processo de Enfermagem tem como objetivo a compreensão multidimensional da dinâmica da família em questão da identificação de problemas e respetivas intervenções adequadas às características analisadas.

A recolha de dados iniciou-se com a consulta dos processos familiares no sistema informático SClinico e, posteriormente, em entrevista agendada com a família. Como a utente tinha de se deslocar ao CS várias vezes para realizar os cuidados à ferida, foi possível um contacto mais próximo e a recolha de dados ao longo das semanas. Foi explicado à família no que consistia a elaboração do Processo de Enfermagem e que toda a informação é confidencial, tendo sido pedido verbalmente o seu consentimento informado, que anuiu em participar.

Foi possível perceber que os desafios variam com a família e contextos de cuidados, representando um desafio para Enfermagem no sentido de ser necessário adotar abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos e que visem mais e melhor saúde da família e de seus membros. Priorizaram-se os problemas identificados de acordo com a perceção da família e sobre a importância da sua resolução mobilizando os recursos e forças da família para a maximização do seu potencial de saúde, promovendo a aquisição de novas competências.

Neste sentido, apliquei instrumentos de avaliação familiar para estudo de Avaliação Familiar, métodos, modelos e escalas que orientem para a colheita de dados e o planeamento de intervenções como o Modelo de Calgary e alguns instrumentos de avaliação: Genograma, Ecomapa, Escala de Braden, Escala de Morse, Escala de avaliação social de grafar, Escalas de APGAR Familiar de Smilkstein, Escala FACES II adaptada, que permitiram reforçar essa mesma avaliação familiar. Todas as famílias estão sujeitas a mudanças, a stress, e passam inevitavelmente por várias crises (acidentais ou normativas), que podem emergir de situações que de algum modo intersectam ou colidem com o caminho da família ao longo do ciclo vital (Relvas, 2000).

A oportunidade criada por estes momentos de avaliação, permitiu o estabelecimento de uma interação positiva com a família, a perceção do impacto da vivência de uma transição saúde-doença associada ao envelhecimento, o reconhecimento da complexidade familiar e as suas propriedades (totalidade, equifinalidade e autoorganização) que lhe confere uma organização específica. Teve-se em consideração a etapa do desenvolvimento familiar e individual de modo a identificar as tarefas e vínculos existentes bem como os recursos internos e externos. O bem-estar familiar é influenciado por todos os elementos da família individualmente, como seres únicos que em conjunto cooperam para um bem-estar individual e generalizado.

Deste modo, foram elaborados Diagnósticos de Enfermagem e aplicadas algumas das Intervenções de Enfermagem de acordo com as necessidades da família. Tentou-se capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde mais especificamente relacionadas com a relação conjugal e a relação com a família alargada. Apoiou-se a família a lidar com emoções difíceis, tentando reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar adotando uma postura colaborativa com a família. Estimulou-se e salientou-se a importância da valorização das componentes afetivas e espirituais da família como recurso interno na resposta às transições familiares, facilitando a reflexão sobre o sentido da vida.

Por se ter considerado importante este processo de enfermagem usando os modelos referidos, elaborou-se uma breve apresentação explicativa, salientando a sua importância e os ganhos no planeamento dos cuidados. Na apresentação estiveram presentes alguns enfermeiros da UCSP, que mostraram conhecimentos na utilização deste modelo. Os momentos de partilha de conhecimentos e experiência é muito enriquecedor para as equipas criando laços de união e entajuda.

Considerando que os Cuidados de Saúde Primários são a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde, estes devem garantir a acessibilidade a todos os utentes, o que se torna impossível dado a quantidade de utentes do CSMG, e em específico neste ficheiro, o número de famílias acima da dotação segura. O que constitui uma falácia ao acesso aos cuidados de saúde, uma vez que, em teoria, esses utentes têm médico e enfermeiro de família, mas torna-se humanamente impossível para esses profissionais, assoberbados de trabalho, garantirem a acessibilidade, em tempo útil, a todos os utentes que necessitam de cuidados.

Por outro lado, sabe-se que, existe um elevado número de utentes sem médico e enfermeiro de família atribuídos, dado o elevado número de utentes. O que prolonga os tempos de espera e a

insatisfação dos utentes no acesso a estes cuidados de saúde, acabando por procurarem outras alternativas, nomeadamente a urgência médica dos hospitais do SNS.

Relativamente às condições das infraestruturas, é conhecida as condições precárias de segurança e higiene da Sede da UCSP. O edifício está em obras para remodelação, os gabinetes de consulta estão deslocados do sítio habitual, estando em gabinetes temporários adaptados a cada uma das valências. Os vários gabinetes de atendimento de Enfermagem estão dispersos pelo rés-do-chão do edifício e afastados dos gabinetes de atendimento médico, dificultando a continuidade dos cuidados e a comunicação entre a equipa multidisciplinar.

Esta mudança de espaço foi relativamente recente e, portanto, a enfermagem está em readaptação ao novo espaço temporário, sendo importante referir que, de momento, as condições físicas não são as ideais, realçando a inexistência de aquecimento, exceto no gabinete de saúde infantil que tem um aquecedor elétrico.

Torna-se premente garantir as condições mínimas de trabalho e a capacidade de oferecer um atendimento de excelência, dado que, atualmente, é muito difícil garantir privacidade, para além do ruído constante ouvido no interior dos gabinetes, por a sala de espera se encontrar próxima aos gabinetes com pouco isolamento, entre muitos outros problemas.

O facto de não haver formação base em SClínico também dificultou, inicialmente, nas primeiras semanas, a celeridade na aquisição de outras competências. Os profissionais de saúde consideram-no um programa complexo, pouco intuitivo e direcionado para o modelo biomédico, o que dificulta a identificação de Focos e o levantamento de Diagnósticos e de Intervenções.

Durante o EC surgiu a Pandemia COVID-19, pelo que houve a necessidade da reestruturação do mesmo. Uma nova realidade, com medidas de segurança mais complexas e rígidas, para a segurança de todos. A equipa médica e a equipa de enfermagem prestam cuidados de saúde domiciliários, deslocando-se de carro ou táxi. Infelizmente, dada a pandemia, não foi possível realizar os domicílios com a equipa de enfermagem. Esta situação pandémica afastou famílias e profissionais de saúde, obrigando grupos minoritários, como idosos ou pessoas desfavorecidas, a permanecer isolados e privados de cuidados específicos e humanos. Observou-se o medo e a tristeza nas pessoas, a dificuldade em conseguir acesso não só aos cuidados de saúde, mas a muitos outros serviços básicos como supermercado e farmácias. O mundo ficou em suspenso, mas a população continuou com as mesmas necessidades diárias.

Todas as atividades e experiências descritas contribuíram, em grau elevado, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências explicitadas.

Em termos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e particularmente no domínio das Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considera-se ter sido demonstrado um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, tendo-se desenvolvido e aplicado um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente. Analogamente, pensa-se que a prática de análise e interpretação, de situações específicas de cuidados especializados, na gestão de situações potencialmente comprometedoras para os utentes, respeitou os direitos humanos. Dada as dificuldades estruturais e de recursos que a UCSP está a atravessar, houve situações que requereram uma boa articulação da equipa, como por exemplo, a sala de realização de tratamentos de Enfermagem, que incluía o tratamento das feridas e a administração de injetáveis. Era uma sala capacitada para dois utentes, sendo a única divisória um biombo de tecido. A equipa articulava entre si para evitar mais do que um utente na sala, sempre que possível. Isto transtorna a prestação de cuidados, havendo atrasos e insatisfação por parte dos utentes, bem como, alguns conflitos na equipa. Contudo, é de louvar o excelente trabalho realizado por estes profissionais de saúde nestas condições precárias de trabalho.

Em termos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e particularmente no domínio das Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, assumem-se como adquiridas, dado que se colaborou na conceção e operacionalização de projetos institucionais, na área da qualidade, para além daqueles que são definidos, implementados, e avaliados, diariamente, em contexto de trabalho, e participou-se na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. Considera-se a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco. Do mesmo modo reconhece-se que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Em termos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e particularmente no domínio das Competências do domínio da gestão dos cuidados, classifica-se como competente a gestão dos cuidados, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. No entanto, pelas

condicionantes reestruturais referidas ao longo do relatório, a gestão de cuidados poderá estar comprometida pela falta de gabinetes e o enfermeiro ter de no momento adequar a sua prática. É uma dificuldade acrescida, no contexto diário de trabalho, por outro lado, a capacidade de readaptação da equipa mostrou-se de excelência, existindo a incumbência de, na gestão dos cuidados, adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da sua qualidade.

Falar sobre líder, liderança e como se deve liderar uma equipa é algo muito complexo. Estes termos foram evoluindo ao longo dos anos, e a liderança passou a ser definida como um dos processos que concretiza a administração de pessoal nas organizações e se responsabilizava pela condução ou coordenação de grupos (Sousa, 2009). O líder deve ser flexível e dinâmico, estar pronto para assumir os riscos e ser capaz de provocar mudanças, a principal delas é fazer com que a sua equipa não se sinta controlada o tempo todo, deixar para trás os rígidos padrões de administração, quase inflexíveis e controladores (Sousa, 2009). Vários são os autores e as teorias de liderança, catalogadas dos tipos mais rígidos para os mais liberais, percebe-se a impossibilidade de classificar qual seria a melhor forma de liderar, tendo ainda em vista que cada um deles pode abordar o grupo de acordo com suas características, desempenho, maturidade dos componentes, disponibilidade de tempo, demanda de liderados e outros (Potter & Perry, 2004).

Em termos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e particularmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, regista-se a demonstração da capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, tendo-se revelado as dimensões de “Si” e de “Outro”, em contexto singular, profissional e organizacional.

Focando-nos Competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nota-se que a família é percecionada como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, focando-se nela como um todo e nos seus elementos individualmente.

Salienta-se uma capacidade inerente a todas as competências acima descritas, bem como, às competências gerais, a da comunicação. Considera-se uma capacidade valiosa, pois é a comunicar que dois ou mais intervenientes, produzem e interpretam significados e, de certa forma, põem em comum um entendimento recíproco. É um processo dinâmico verbal e não verbal, que permite que as pessoas se tornem mais acessíveis umas às outras, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações. Através da comunicação, os

enfermeiros avaliam de forma precisa, as necessidades de cuidados de saúde dos elementos que constituem a família e, dessa forma, a elaborarem também planos de ação e de cuidados precisos, que promovam o máximo de autonomia e otimização da qualidade de vida, não só a estes elementos, mas também à família, como uma organização única, dotada de capacidades e deficits específicos, em cada uma das etapas do seu ciclo familiar (Vieira & Meireles, 2012).

Analisando este período formativo e atendendo aos objetivos gerais, que se traduzem na aquisição de competências, crê-se ter atingido, de uma forma global, os objetivos propostos, encarando a evolução de forma contínua e gradual, com dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos irão certamente ser importantes e mostrar indispensáveis num futuro próximo.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação em enfermagem é uma ferramenta que ajuda os enfermeiros na sua prática clínica independentemente da área onde desenvolvem a sua atividade. Aos enfermeiros compete desenvolver esta competência que permite fundamentar e valorizar a prática de enfermagem.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) consiste no uso criterioso da melhor evidência disponível para a tomada de decisões sobre os cuidados ao utente e assenta não só da evidência que advém da literatura, mas também do contexto clínico dos profissionais e das necessidades dos utentes.

4.1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, em Whuan, na China, surgiu o primeiro caso de Covid-19 (Zhou, 2020) e, na Europa, em março de 2020, levando a OMS a declarar pandemia global. Em Portugal, o Estado de Emergência foi decretado a 18 de março de 2020 (DL n.14-A/2020), que foi renovado por duas vezes. Estes decretos de lei, assentavam num conjunto de medidas preventivas, como a restrição à circulação, o encerramento dos estabelecimentos de ensino e da maioria dos estabelecimentos comerciais. O confinamento à habitação, e conseqüente isolamento social, tornou-se a realidade dos portugueses, que necessitaram de várias adaptações familiares e pessoais num curto espaço de tempo. Não havia diferenciação entre o espaço de lazer e de trabalho (teletrabalho), maior assistência aos filhos pelo ensino à distância, redução dos contactos com a família alargada e redes de apoio. O confinamento à habitação aliado ao distanciamento social traduziu-se, assim, numa situação geradora de grande stresse (Brooks, 2020).

Neste contexto, vários estudos documentam a relação entre distúrbios da mente e a pandemia por COVID-19, nomeadamente, o aumento de emoções negativas como ansiedade, depressão, indignação e redução das emoções positivas como felicidade e satisfação com a vida (Li et al., 2020). No estudo de Wang et al. (2020), 53,8% (num total de 1210 indivíduos) dos participantes consideraram que a COVID -19 exerceu um impacto moderado a severo sobre a saúde mental, nomeadamente, 16,5% reportam **sintomas depressivos**, 28,8% **sintomas de ansiedade** e 8.1% de **stress**. Quanto às principais preocupações, 84.7% referem ser a possibilidade de a família ser contagiada. Como fatores preditores maior impacto psicológico, identificaram: ser do género feminino, ser estudante e ter tido problemas prévios de saúde (Wang et al.,2020).

Atualmente, mais do que prevenir a doença é necessário conhecer se o sentido de vida constitui ou não um fator influenciador no bem-estar das famílias. É necessário compreender estas pessoas na sua singularidade, nas suas necessidades, nos seus problemas e nas suas particularidades, com os seus valores e crenças, integrados numa comunidade e num determinado ambiente, para que o enfermeiro possa reforçar o seu papel na sua relação com as famílias (Cervera, Parreira, & Goulart, 2011; Gutierrez & Minayo, 2010).

O interesse em estudar o sentido da vida tem fortes implicações na nossa escolha profissional e experiência laboral. No dia-a-dia vivenciamos acontecimentos que transcendem a dimensão humana que é plausível de explicação. Cuidamos de pessoas cuja perspectiva de recuperação e de futuro risonho já se esgotou. Trata-se de um campo de atuação que convoca uma série de sentimentos ambíguos e que fazem com que tanto o doente/família, quanto o profissional de saúde pensem e repensem sobre as suas vidas. Assim, a minha experiência, vivência e observação neste setor sempre me inquietaram sobre as questões existenciais do ser e a compreensão da verdadeira essência humana frente à transitoriedade da vida. Vivenciando dia a dia esses momentos de reflexão, senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos e experiência sobre o cuidado de enfermagem junto das famílias e seus elementos em dimensões mais profundas.

Embora, sem ter ainda o envolvimento desejado, a prevalência dos casos e a minha perceção “dizia” que seria o verdadeiro resgate ao cuidado humano na enfermagem com a expressão do amor, da esperança, confiança, disponibilidade e, sobretudo da ética. Assim, ao longo da pesquisa em busca de conhecimento para um melhor atendimento, senti a necessidade de realizar algo profundo nesta área de cuidados. Pensar no sentido da vida como Enfermeira de Saúde Familiar, requer compreender-se nas suas peculiaridades, principalmente quando se cuida de famílias com um elemento com doença crónica. Levanta-se a questão do empoderamento da família e do cuidador informal, a aplicação sistemática do cuidado baseado nas forças no desenvolvimento da CoCIP (Kraus et al, 2021). Isto porque, o significado da vida no trabalho está além dos seus referenciais peculiares que é o ato de cuidar da vida e do outro como forma de promoção de saúde. O aprofundamento através de leituras sobre o tema leva-me a refletir que pode haver muitas possibilidades acerca de como se orientam as famílias em situações de crise e a descobrir o sentido de vida.

Atualmente, ainda nos debatemos como a saúde mental é encarada e aceite na sociedade, percebe-se que tudo é questionado e marginalizado quando se trata de doenças da mente, de

pessoas que estão num momento de fragilidade e incapazes de se encontrar com o seu eu interior. Não é possível o profissional orientar na descoberta do sentido à vida do outro, principalmente quando este se encontra em situação de vulnerabilidade, mas cada um, de acordo com a sua busca ao seu nível de interesse, pode encontrar significado, isto é, o sentido que dá aos eventos que acontecem na sua vida diária.

Ainda são poucos os estudos que procuram conhecer o impacto da COVID-19 sobre o sentido de vida das Famílias / pessoas, pelo que neste estudo, não se convencionou a COVID-19 como descritor para o mesmo. No entanto, salienta-se a importância do cuidar em Enfermagem atento para os vários sinais e sintomas da depressão, entendida a depressão como sofrimento sem sentido e ausência de esperança (Frankl, 2005a), de forma a serem implementadas estratégias para resolução ou alívio das emoções sentidas no estado depressivo.

Foi nesta direção que se entendeu pesquisar de acordo com esta temática. A definição da questão central de uma revisão da literatura é crucial (Sampaio & Mancini, 2007). Antes de partir para a elaboração da pergunta de investigação é importante que o investigador se questione quanto ao interesse e pertinência do estudo bem como da viabilidade da sua execução. Partindo dos pressupostos teóricos no capítulo 2.4, definiu-se a questão de investigação:

“Qual é o conhecimento que existe sobre a relação entre o Sentido de vida e a Depressão?”

Esta revisão tem como objetivos mapear o conhecimento sobre a importância do sentido de vida da família e da pessoa com depressão, de forma a alertar os enfermeiros para a importância das intervenções não farmacológicas de Enfermagem nos cuidados com famílias de doentes depressivos.

4.2 METODOLOGIA

A Revisão da Literatura (RL) é um processo muito utilizado por investigadores para entender de que forma está organizado o conjunto de bibliografias de uma determinada área do conhecimento. A RL tem como objetivo sintetizar e integrar informação resultante de estudos primários, através do processo de identificação, triagem, seleção e inclusão, de forma a identificar a evidência e indicar conclusões que orientem a prática (Apóstolo, 2017).

Algumas estruturas mundiais têm vindo a desenvolver metodologias para suportar o desenvolvimento da síntese e implementação da evidência. O *Joanna Briggs Institute* (JBI) é

uma organização internacional de pesquisa com sede na Faculdade de Saúde e Ciências Médicas da Universidade de Adelaide, South Australia. A JBI desenvolve e fornece informações, software, educação e treino baseados em evidências exclusivos, projetados para melhorar a prática e os resultados de saúde (site JBI). Foi o modelo conceptual deste instituto que foi utilizado na realização deste protocolo.

A Joanna Briggs Institute (2014) reconhece oito etapas fundamentais à elaboração de uma RSL:

- 1) Formular uma questão de investigação;
- 2) Definir critérios de inclusão e de exclusão;
- 3) Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura;
- 4) Selecionar os estudos;
- 5) Avaliar a qualidade dos estudos;
- 6) Extrair os dados;
- 7) Analisar e sintetizar os estudos relevantes;
- 8) Apresentar e interpretar os resultados.

Optou-se pela Revisão da Literatura por se considerar importante mapear o conhecimento nesta área de estudo. A RL “são um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica) dentro ou através de contextos particulares. A RL pode esclarecer os principais conceitos / definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica”. (Capítulo 11: Scoping reviews - JBI Manual for Evidence Synthesis).

De seguida, será apresentado o protocolo para elaboração da temática em estudo.

4.2.1 Questão de investigação

“Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin, 2000). A revisão de literatura que passa pela localização, compilação, avaliação e síntese da melhor evidência disponível através de uma de investigação específica.

As questões de revisão são orientadas pela mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) ou respetivo ajustamento que depende do tipo de revisão.

- P (população) – Pessoas com depressão
- C (fenómeno de interesse) – Sentido de vida
- C (contexto) – Família

Neste sentido, coloca-se a questão “Qual é o conhecimento que existe sobre a relação entre o Sentido de vida e a Depressão?”

4.2.2 Objetivos

O interesse pela temática das pessoas com depressão e o seu sentido de vida, conduziu a um questionamento sobre qual é a relação entre o sentido de vida, forças familiares e a influencia no dia-a-dia destas pessoas. Perante o referido, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Mapear o conhecimento existente sobre o sentido de vida das pessoas/famílias com depressão.
2. Identificar as intervenções junto da família/pessoa com um elemento com depressão.
3. Identificar as intervenções de enfermagem (cuidado baseado nas forças - CoCIP) que orientam as famílias com um elemento com depressão na descoberta de SV;
4. Compreender o impacto da descoberta do SV na saúde familiar.

4.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão

Para a elaboração de uma RSL impõe-se a especificação dos critérios de elegibilidade dos estudos a analisar. Estes são formulados a partir do consenso de uma combinação de aspetos inerentes à questão de investigação, à especificação do tipo de participantes, intervenção, eventuais comparações e desenho dos estudos, isto é, baseando-se na questão PCC (Higgins & Green, 2011). De modo a limitar os estudos a analisar na RS foram definidos e aplicados critérios de seleção mais específicos:

Portanto, serão CRITÉRIOS DE INCLUSÃO artigos com:

- Pessoas com diagnóstico de depressão
- Família com elemento em idade adulta (maiores de 18 anos) em depressão

- Estudos que abordem estratégias de orientação para a descoberta de sentido de vida
- Em contexto de CSP
- Tipos de estudos – todos os tipos de estudos (qualitativos, quantitativos ou mistos), realizados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020
- Artigos em português, espanhol e inglês
- Texto completo em PDF

4.2.4 Estratégia de busca e identificação dos estudos

As pesquisas foram realizadas no portal B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online), nas bases de dados científicas EBSCO Host e PubMed Central, no período entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol e com texto integral disponível. O acesso às bases de dados foi realizado através do portal da Biblioteca José Saramago, com Rede Privada Virtual (Virtual Private Network - VPN) do Politécnico de Leiria (IPL), com acesso reservado a alunos previamente registados.

Para avaliar a pertinência do tema escolhido, iniciou-se a pesquisa nos motores de busca Google Scholar e Scielo. Através desta recolha surgiram alguns termos de interesse, tendo sido palavras-chaves: depression, meaning in life or purpose in life, Family Nurs* or nurs*. Seguidamente, tentou confirmar-se se as palavras-chave constituíam termos descritores MeSH, tendo-se recorrido à plataforma informática MeSH Browser. Obteve-se como resultados os seguintes termos MeSH:

Quadro 1 – Termos e descritores iniciais

Termo proposto	Termo em inglês	MeSH/DeCS
Depressão	Depression	Depression
Sentido de vida	Meaning in life ou Purpose in life	Life purpose
Enfermeiro	Nurse	Nurs* OR Family nurs*
Hospital	Hospital	Hospital
Motores de busca		
AND, OR, NOT		

Iniciou-se a pesquisa combinando os seguintes descritores «nurs*» AND «meaning in life OR purpose in life» AND «depression» AND «Family» NOT «hospital». Os limitadores utilizados foram «texto integral» e «data de publicação entre janeiro 2016 e dezembro 2020. Como

expansores, foram selecionados «Pesquisar também no texto integral dos artigos» e «Aplicar assuntos equivalentes». Desta pesquisa resultaram 5 artigos. Para enriquecer a pesquisa e encontrar estudos adicionais, foi realizada uma pesquisa de referências da literatura relevantes para encontrar estudos adicionais, resultando 7 estudos. No total da pesquisa resultaram 12 artigos.

4.2.5 Seleção dos estudos

Este processo de seleção dos estudos deve ser explícito e conduzido, de forma a minimizar o risco de erros e enviesamentos (Donato & Donato, 2019). Assim, depois de realizada a pesquisa, procedeu-se à remoção dos estudos duplicados e avaliaram-se os títulos e resumos dos restantes resultados, de acordo com os critérios pré-definidos. Os estudos que não tinham relevância para a RSL foram eliminados. Esta avaliação de elegibilidade é lenta e exige pelo menos duas pessoas, para minimizar o viés e garantir que não são excluídos trabalhos importantes. Um terceiro revisor pode ser consultado se existirem discrepâncias ou desacordos (Donato & Donato, 2019).

Elaborou-se o fluxograma PRISMA por permitir observar o fluxo de seleção dos artigos em cada etapa até à amostra final, com o mapeamento do número de registos identificados, excluídos, selecionados para elegibilidade e incluídos na RSL.

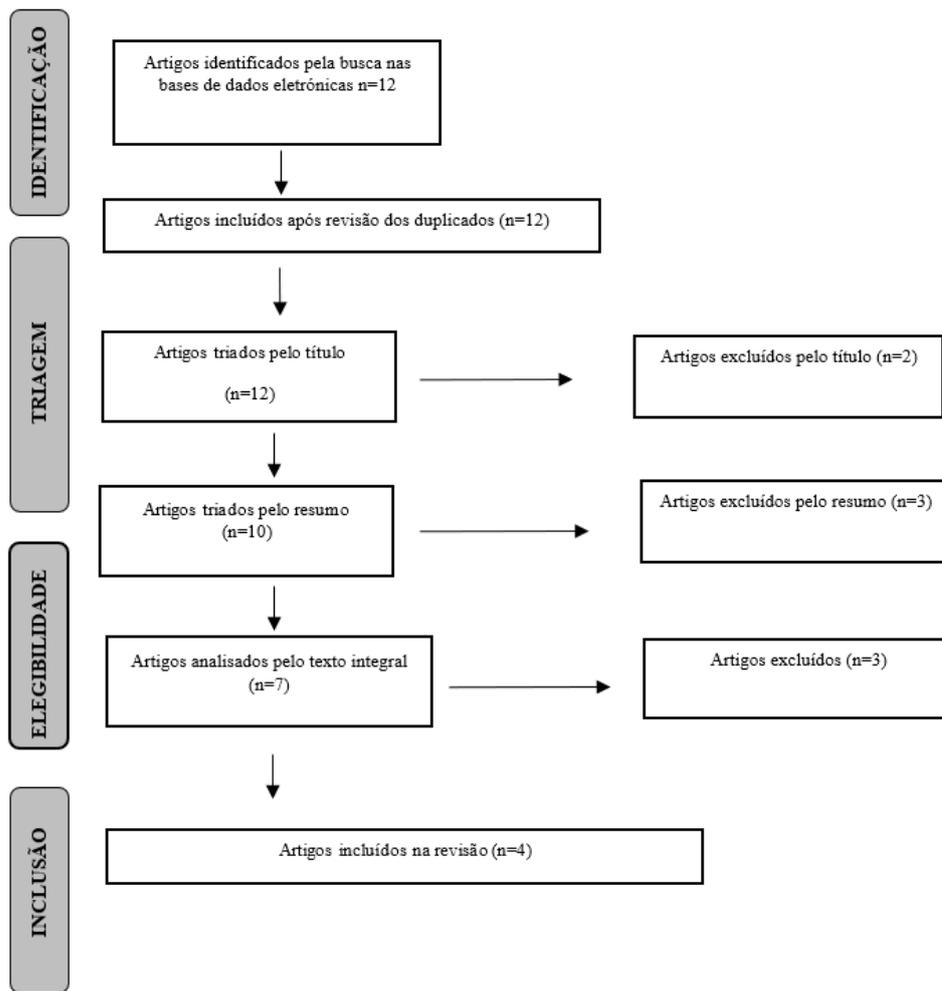


Figura 9 – Fluxograma PRISMA com a seleção dos estudos

Da busca nas bases de dados resultaram 12 artigos que foram submetidos a avaliação crítica. Após excluídos artigos duplicados, analisaram-se os títulos e resumos resultando em 12 artigos para leitura do texto integral. Após a leitura integral dos estudos, foram selecionados 4 artigos que melhor correspondiam aos critérios de inclusão definidos.

Quadro 3 - Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica

Nº	Título	Autores	Ano	Periódicos	Base dados	Método
1	Meaning in life of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home nursing visits	Susan Hupkens Marleen Goumans Peter Derkx Annechien Oldersma, Trudy Schutter, Anja Machielse	2019	Journal of Advanced Nursing	WileyOnlineLibrary	Qualitativo

2	Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients	Haugan G, Moksnes UK, Løhre A	2016	Scandinavian journal of caring sciences	MEDLINE	Transversal
3	Intervenções de Enfermagem em Quadros de Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos	Patrícia Daniela Barata Gonçalves	2015	Escola Superior de Enfermagem do Porto	RCAAP	Quantitativo secundário - RSL
4	The effects of logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study	Sun, Fan-Ko; Chiu, Nien-Mu; Yao, YuChun; Wu, Ming-Kung; Hung, Chi-Fa; Chen, Chien-Chih; Lee, Yung-Hsuan; Chiang, Chun-Ying	2021	Perspectives in Psychiatric Care	Academic Search Complete	Quasi-experimental

4.2.6 Análise crítica dos estudos

Todas as revisões sistemáticas incorporam um processo de crítica ou avaliação das evidências da pesquisa. A avaliação crítica dos estudos ~~no que~~ concerne à a validade e aplicabilidade dos seus resultados e constitui um passo essencial na base científica para a elaboração deste trabalho (Aromataris & Munn, 2017)

De forma a garantir a qualidade metodológica dos estudos que suportam este trabalho utilizaram-se as grelhas para avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) – JBI Critical Appraisal Checklist – orientadas para o tipo de estudo a analisar (Aromataris & Munn, 2017). No **Apêndice II** encontram-se as grelhas de avaliação crítica dos estudos incluídos e o score obtido. A cada questão das diferentes grelhas de análise foi atribuída uma de quatro respostas possíveis: “Sim”, “Não”, “Pouco claro” ou “Não aplicável” (Aromataris & Munn, 2017). Cada estudo foi então classificado com um score, constituído pelo somatório de respostas afirmativas, sendo a classificação final a razão entre o score obtido e o máximo aplicável a esse tipo de estudo. Os estudos que obtiveram até um máximo de duas respostas negativas, classificando-se com uma pontuação superior a 75% foram considerados de boa qualidade, tendo-se excluído os estudos com pontuação inferior (Joanna Briggs Institute, 2014).

Quadro 4 - Resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Número	Referência do estudo	Tipo de estudo	Score de qualidade metodológica JBI
1	Susan Hupkens, Marleen Goumans, Peter Derkx Annechien, Oldersma, Trudy Schutter, Anja Machielse (2019)	Qualitativo	90%

2	Haugan G, Moksnes UK, Løhre A (2016)	Transversal	87.5%
3	Patrícia Daniela Barata Gonçalves (2015)	Quantitativo secundário	86.4%
4	Sun, Fan-Ko; Chiu, Nien-Mu; Yao, YuChun; Wu, Ming-Kung; Hung, Chi-Fa; Chen, Chien-Chih; Lee, Yung-Hsuan; Chiang, Chun-Ying (2021)	Quasi-experimental	88.8%

4.2.7 Resultados e Discussão dos Resultados

Da totalidade dos estudos identificados, 9 foram selecionados para o corpus textual pelo facto de cumprirem os critérios de seleção previamente estabelecidos para a amostra. Concebeu-se uma síntese descritiva contendo os aspetos relevantes referentes a cada um dos estudos incluídos na revisão no que respeita à metodologia utilizada, participantes, intervenção e objetivos, resultados e conclusões.

No quadro 14 são apresentados os principais objetivos de cada estudo analisado:

Quadro 5 – Objetivos dos estudos em análise

Nr.	Autores e artigos	Objetivos	Conclusões
1	Hupkens et al (2019) - Meaning in life of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home nursing visits	Explorar situações no cotidiano da enfermagem domiciliar sobre o significado da vida do idoso	Quatro temas principais foram encontrados: estar num ambiente privado; encontro enfermeira-paciente inserido em um relacionamento; cuidado pessoal; e diálogo O significado de vida do idoso pode estar presente em todas as situações do cuidado diário. Portanto, há muitas oportunidades para os enfermeiros promoverem o sentido de vida dos utentes. As escolas deveriam capacitar os enfermeiros, assim como as unidades de saúde.
2	Haugan G, Moksnes UK, Løhre A (2016) -Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients	Investigar as associações entre a esperança (sentido de vida), a auto-transcendência interpessoal e a auto-transcendência intrapessoal, ou seja, a interação enfermeiro-paciente e qualidade de vida.	O significado e a interação enfermeira-utente apresentaram associações independentes e significativas com a qualidade de vida.
3	Patrícia Daniela Barata Gonçalves (2015) -Intervenções de Enfermagem em Quadros de Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos	Identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura para a redução/controlo da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições; Identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o coping adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos.	As intervenções de enfermagem para o controlo da depressão/sintomas depressivos reportadas pelos estudos analisados foram: a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental, o exercício físico, o relaxamento, a entrevista motivacional, a educação, o biofeedback e a massagem. Destas, duas destacaram-se pela frequência com que foram utilizadas e pela eficácia na melhoria dos níveis de dor e de depressão/sintomas depressivos: a terapia cognitivo-comportamental e a educação? Formação? O exercício físico e o relaxamento, incluídos num tratamento multimodal da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos, também mostraram contribuir para a obtenção de resultados positivos na

			melhoria destes quadros. Não foram obtidos resultados significativos sobre quais as intervenções eficazes na promoção do coping adaptativo, da autoeficácia e do autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos. (...??)
4	Fan-ko et al (2021) -The effects of logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study.	Avaliar a eficácia da logoterapia no sentido da vida, depressão, desesperança e ideação suicida em utentes com depressão.	Após a análise dos dados pré e pós testes, com os seguintes resultados para o grupo experimental (que participou na logoterapia): melhorias no sentido de vida, menos sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida. Os indivíduos que experienciaram a logoterapia conseguiram encontrar o seu sentido de vida e uma atitude positiva perante uma situação de sofrimento. Conseguiram entender a sua situação de saúde e encara-la de forma positiva.

Os estudos incluídos nesta revisão de literatura resultaram de uma pesquisa criteriosa realizada em bases de dados científicas, com o objetivo de identificar o maior número de estudos publicados relacionados com a temática abordada e tendo em conta a questão de investigação.

Tendo-se efetuado a síntese descritiva dos estudos selecionados, onde foram evidenciados os principais resultados e conclusões, pretende-se agora analisar e refletir sobre esses resultados e a sua aplicabilidade, objetivando a questão de investigação inicialmente enunciada.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos utentes abrangidos nas várias publicações incluídas na revisão, constata-se que, de um modo geral, a maioria são do sexo feminino; adultos (conforme definido como critério de seleção); o meio físico onde decorreram os estudos é predominantemente urbano, nomeadamente em contexto domiciliário ou de cuidados de saúde primários; os participantes são utentes com patologia do foro psiquiátrico, com depressão.

Esta pesquisa identificou estudos onde foram identificadas as intervenções promotoras de sentido de vida do doente e família e diminuição dos sintomas depressivos. Verificou-se uma multiplicidade de fatores relacionados com a dimensão em estudo, contudo, foi consensual entre os diversos autores que há uma relação positiva entre a relação enfermeiro-utente e a promoção de sentido de vida (Hupkens et al., 2019; Haugan et al., 2016; Gonçalves, 2015).

Os aspetos interpessoais, como as relações com os amigos, a família e a interação enfermeiro-utente, também afetam a autoaceitação e a esperança (Haugan et al., 2016), como ser respeitado, reconhecido, confirmado, ouvido e levado a sério apresentam menos sintomas depressivos e verbalizam maior bem-estar emocional (Hupkens et al., 2019). Hupkens et al. (2019) referem

que a Enfermagem precisa de tomar consciência da importância da promoção de intervenções para o sentido de vida, e que, para isso, é preciso tomar consciência e “ver com os olhos do coração”. Este olhar combina duas formas de cuidar: entender o outro e sentirmo-nos tocados pessoalmente e, a segunda, é sentirmos compaixão e vontade de ajudar.

Há várias modalidades de tratamento que poderão ser aplicadas pela equipa de enfermagem: psicoterapia, que engloba as terapias cognitivo-comportamentais, a psicoterapia interpessoal, a psicoterapia psicodinâmica, a terapia de resolução de problemas, a terapia matrimonial e familiar, a terapia de grupo e terapias alternativas ou complementares, como a acupuntura (Gonçalves, 2015) - cuidado baseado nas forças.

No seu estudo, Gonçalves (2015) identificou duas intervenções de destaque, pela elevada frequência com que foram utilizadas, comparativamente com as restantes, bem como pela eficácia obtida na melhoria da depressão/sintomas depressivos: a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a formação, no sentido de literacia em saúde. Pelas mesmas razões, embora com menor preponderância, também o exercício físico e o relaxamento merecem realce.

Aaron Beck postulou três tipos de problemas na cognição que poderiam estar na base do transtorno depressivo: sobrevalorização de pensamentos negativos e irrealistas sobre si mesmo; erros no processamento da informação, incluindo a generalização exagerada, a personalização excessiva, a abstração seletiva, o raciocínio emocional e o pensamento de “tudo ou nada”; e disfunções cognitivas mais profundas, como posturas disfuncionais e esquemas internos que, por si só, propiciam a depressão (Gabbard, 2007 cit. Gonçalves, 2015).

A ideação suicida é uma das principais consequências do estado depressivo, mais de metade da amostra de dois estudos (Hupkens et al., 2019; Haugan et al., 2016) apresentavam historial de ideações suicidas.

A terapia cognitivo-comportamental tem como objetivo o comportamento, centrado no “aqui e agora”. (Saraiva, 2014 citado por Gonçalves, 2015) refere que o foco de interesse e intervenção desta técnica é a distorção do pensamento, que leva à falta de esperança e ao desespero, e as dificuldades na resolução de problemas. Neste sentido, o enfermeiro de família deverá identificar as crenças erróneas que estão a condicionar negativamente o pensamento, causando a falta de esperança e dificultando a resolução de problemas, e promover a sua alteração. As intervenções cognitivo-comportamentais são baseadas na noção de que as crenças, a avaliação e a interpretação que o indivíduo faz da sua condição de saúde, bem como da sua dor,

incapacidade e estratégias de coping, terão um impacto significativo no grau de disfunção física e emocional associada à doença (Carlson, 2014 citado por Gonçalves 2015).

A Enfermagem de Saúde Familiar, tem a capacidade de cuidar das famílias ou de um familiar doente na sua casa, Hupkens et al. (2019) identificou que o cuidar no lar é um promotor de sentido de vida devido à privacidade e a possibilidade de manter as suas rotinas e estar próximo do que lhe traz recordações de quem gosta. Os Enfermeiros valorizam a dignidade e a autovalorizam dos utentes, com estratégias e intervenções como estimular os utentes a decidirem o que querem vestir. A interação enfermeiro-utente é fundamental para o senso de dignidade, autorrespeito dos utentes, sentimentos de autoestima e sentido de vida (Haugan et al., 2016), assim como, o toque é uma oportunidade para expressar conexão com os outros como um ser humano valioso (Hupkens et al., 2019).

Hupkens et al (2019) referem que a comunicação mostrou-se crucial para que os utentes confiem na relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro. A comunicação verbal e não verbal, mostrar o respeito, empatia e compreensão. Os mesmo autores, reforçam que a promoção do sentido de vida começa em coisas simples, como perguntar como correu o dia ou como a pessoa se sente, perguntar pela família ou, simplesmente, ouvir o que o utente tem para expressar. Outra técnica muito utilizada é o relaxamento, um método de recondicionamento psicológico que permite a aquisição de uma melhor perceção corporal (bio-feedback) e de um maior controlo sobre o próprio corpo, através de técnicas em que a contração muscular é alternada com os períodos de relaxamento (Teixeira, 2007 citado por Gonçalves 2015). Dos 4 estudos que Gonçalves (2015) analisou, três apresentaram como resultado a melhoria significativa da depressão.

Não existe um método único para controlar os sintomas depressivos e promover o sentido de vida, os autores referem diferentes métodos, todos eles apresentam resultados positivos e que se complementam entre si.

Fan-ko et al (2021), no seu estudo quasi-experimental, pretendiam avaliar a eficácia da logoterapia, ou seja, da promoção do no sentido da vida, na depressão, desesperança e ideação suicida em utentes com depressão. Foram utilizadas várias escalas como MIL, BDI-II, Back Hopelessness Scale (BHS) e a BSS. Durante um ano de colheita de dados, iniciaram com o grupo experimental primeiro e, só posteriormente com o grupo de controlo. O grupo experimental participou em 12 semanas de logoterapia, bem como, educação para a depressão.

Num total de 86 indivíduos, divididos pelo grupo experimental, com grupo de controlo. Aproximadamente, metade da amostra tinha historial de ideação suicida e sofria de depressão há mais de 9 anos.

Após 3 meses de logoterapia, os autores encontraram diferenças significativas nos resultados das escalas Meaning In Life, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale e Body Satisfaction Scale entre os dois grupos. O estudo demonstrou que os participantes com depressão que participaram na terapia de logoterapia, apresentavam maior nível ou índice de sentido de vida comparativamente ao grupo que não participou e melhoraram com resultado estatisticamente significativo o seu estado depressivo comparativamente aos indivíduos que não participaram.

Resumidamente, e para confirmar os resultados entre os dois grupos, foi apresentado os dados pré e pós testes, com os seguintes resultados para o grupo experimental (que participou na logoterapia): melhorias no sentido de vida, menos sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida. Os indivíduos que experienciaram a logoterapia conseguiram encontrar sentido na vida e adotam uma atitude positiva perante uma situação de sofrimento. Conseguiram entender a sua situação de saúde / doença e encara-la de forma positiva. (com resultado estatisticamente significativo)

O estudo de Fan-ko et al (2021), relevou-se muito interessante por avaliar a eficácia da logoterapia (descoberta de sentido de vida) e reverter a depressão, desesperança e ideação suicida em utentes com diagnóstico de depressão. A Logoterapia de Frankl defende que cada um de nós tem a capacidade de ultrapassar a depressão e ser responsável pela sua vida e pela sua existência, o que iria motivar à promoção da atitude de procurar sentido na vida (Frankl, 2014).

Apesar de algumas dificuldades apresentadas pelos autores, conseguiram concluir o estudo com sucesso. Uma das maiores limitações foi o tempo de colheita de dados, a logoterapia é uma intervenção longa e demorada e os autores apenas dispunham de 1 ano para a colheita de informações. A segunda limitação é a análise do efeito da logoterapia a longo prazo, uma vez que, neste estudo, apenas foi avaliado os seus benefícios num período após 3 meses.

Como é possível verificar pelos estudos acima analisados, a depressão é uma doença mental presente nas famílias, com repercussões graves de carácter individual e familiar. Muitos elementos das famílias depressivas, têm tendência para reproduzir comportamentos dos seus

familiares mais próximos. No entanto, com a aplicação de programas promotores de sentido de vida, é possível melhorar a qualidade de vida destas famílias (= cuidado baseado nas forças= CoCIP). Observou-se que há vários estudos que relacionam estratégias promotoras de sentido de vida e a melhoria dos sintomas depressivos, mas encontra-se uma lacuna na descrição detalhada das intervenções não farmacológicas aplicadas. Por outro lado, estas intervenções psicoterapêuticas são sugestivas da aplicação por parte de outros profissionais de saúde que não enfermeiros. Para os enfermeiros sugere-se o cuidado baseado nas forças (Gottlieb, 2026 e a CoCIP (Kraus, et al, 2021).

Sendo os CSP a primeira linha de cuidados em saúde, considera-se importante, uma tomada de consciência para os Enfermeiros de Saúde Familiar e para as entidades de saúde responsáveis, de forma a implementarem estratégias não farmacológicas. Criarem-se programas, individuais e em grupo, promotores destas intervenções não farmacológicas, que incluem a meditação e os exercícios respiratórios.

A deteção e referenciação para a consulta de Psiquiatria, e uma correta articulação entre os cuidados de primeira e de segunda linha são desejáveis, numa vertente de USF via Enfermeiro Especialista em Saúde Família, permitirá a inversão da atual situação de quadros de Depressão subdiagnosticados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Licht-Strunk et al., 2005; Brown et al., 2005; Rothera et al., 2002, OMS, 2002). Os autores atribuem a causa, em parte, à presença de patologias múltiplas, mas também, à falta de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros de família, e na escassez de uso de instrumentos de medida e diagnóstico. Em 2014, Barros, validou para a língua portuguesa as Escala MIST-p e a Escala de Auto-transcendência. Um grande contributo para a Enfermagem, sobretudo para a Enfermagem de Saúde Familiar que poderá aplicar as escalas nas suas consultas de prevenção e/ou avaliação dos sintomas depressivos.

Pelos conhecimentos, pelas capacidades e pela proximidade ao utente, os enfermeiros reúnem as melhores condições quanto ao acesso à ajuda às famílias com elementos com depressão/sintomas depressivos, devendo abraçar a oportunidade e o desafio de se estabelecerem como os profissionais de referência nestes domínios (Gonçalves, 2015). É da sua responsabilidade providenciar às Famílias/pessoas que sofrem, nestas condições, uma resposta completa, efetiva, tendo em vista a qualidade e a dignidade da vida humana.

CONCLUSÃO

A família é o pilar na vida do indivíduo, desde o seu nascimento até à morte, é a família que potencia o desenvolvimento e automização dos seus membros. É na família que o indivíduo encontra forças para ultrapassar os problemas na sua vida, desde a confiança para começar a caminhar, como na resiliência da doença, nas transições inerentes ao ciclo vital e, por fim, no sofrimento do luto.

Cada vez mais, os enfermeiros procuram prestar cuidados de excelência, focados nas necessidades do indivíduo e da sua família, o processo de enfermagem é algo profundamente complexo e importante para que as intervenções sejam de qualidade e com sucesso. Na UCSP Cuid'Arte não há EEESF, contudo é visível a dinâmica entre si e a vontade de melhorar a qualidade dos seus cuidados de acordo com as guidelines, os modelos teóricos de enfermagem e as intervenções do Enfermeiro de Família.

O Enfermeiro de Família corresponde ao profissional que está integrado numa Equipa Multidisciplinar de Saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais às famílias, ao longo do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade. Além disso, capacita a família para se superar e maximizar o seu potencial, para ser autossuficiente e capaz de ultrapassar situações de crise e mobilizar recursos internos e externos em prol da saúde pessoal e familiar.

Durante o EC, houve vários desafios e limitações associados às contingências da pandemia COVID-19. Tanto os profissionais de saúde como os utentes, tiveram de se adaptar às novas exigências, para segurança de todos. É visível a barreira de empatia causada pela máscara e pelo distanciamento social, apesar de ser aceite e compreendida a sua importância. Os utentes apenas se devem dirigir à unidade de saúde em caso de necessidade, de contrário poderão ser tratados os assuntos por telefone ou e-mail. Dada a afluência na procura pelos cuidados de saúde primários, e para que se possa chegar a todos os utentes, estes devem permanecer o menor tempo possível na unidade dadas as limitações do número de pessoas por espaço. O EC teve de ser adaptado para que fosse possível a permanência nas consultas de enfermagem e prestar cuidados às famílias.

A família é alvo dos cuidados de enfermagem e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações. A finalidade dos cuidados de enfermagem à família centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da mesma, através de uma abordagem colaborativa, promovendo a participação dos seus membros.

Mais uma vez, a pandemia vem salientar a importância do Enfermeiro de Família na avaliação desenvolvimental, estrutural e funcional da família e intervir no âmbito de uma relação de colaboração e parceria, na procura das forças e na consolidação em tempos de crise, seja pelo isolamento social, por casos de COVID positivo na família ou pelo distanciamento da família. O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar é o elemento chave na prestação de cuidados de saúde à família, que segundo Figueiredo (2012), os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde e a nossa intervenção deve enfatizar essa capacidade das famílias.

Apesar da minha experiência profissional ser maioritariamente em contexto hospitalar, trabalhei 2 anos em Unidade de Cuidados Continuados Integrados, em que promovemos os cuidados ao utente e à família, integramos a família nos cuidados, promovemos e ajudamos a família a encontrar o seu equilíbrio e a reorganizar-se perante o novo contexto. Sinto que esta experiência terá sido uma grande ajuda para compreender ainda mais a importância da família enquanto alvo de cuidados e não apenas como contexto. Claro que, exigiu um empenho reforçado para compreender, avaliar e intervir na complexidade inerente ao cuidar da família em Cuidados de Saúde Primários, enquanto Enfermeiro de Família.

O EC proporcionou o desenvolvimento de um conjunto de competências, que se traduziram em aprendizagens, tendo em conta o desenvolvimento e a capacidade para integrar os diversos saberes nas diferentes áreas de formação, como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar. Neste âmbito, as atividades realizadas na USF permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar, conforme o preconizado a atingir, enquanto objetivo geral deste estágio.

É de salientar a importância dos modelos teóricos na prática do cuidar das famílias. São vários os referenciais teóricos de elevado contributo para os Enfermeiros de Saúde Familiar, porém o mais utilizado é a avaliação familiar através da utilização do Modelo de Calgary de Intervenção Familiar e do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Estes modelos permitem realizar a análise da família tendo em consideração a avaliação da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Após a avaliação integral da família, é possível, em parceria

com seus elementos, realizar um plano de cuidados e propor intervenções com o intuito de melhorar a qualidade de vida familiar, ajudando-a a descobrir as suas próprias soluções.

É perceptível o trabalho em equipa, quer entre enfermeiros, entre médicos e enfermeiros bem como com as secretárias clínicas. O facto de haver trabalho em equipa e espírito de entre ajuda, é facilitador da integração na unidade, uma vez que existe uma preocupação de todos em contribuir para uma evolução positiva e crescente.

Desde o ano 2000 que a OMS introduziu o conceito de Enfermeiro de Família e com isso o desenvolvimento de um quadro teórico relevante sobre a vantagem de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Uma prática profissional baseada na abordagem sistémica da família e na relação de colaboração e parceria, em que a família é o alvo de cuidados, vai facilitar os processos de transição saúde/doença, e em contextos de crise, reduzindo o sofrimento emocional, físico e espiritual, pela implementação de cuidados competentes e de excelência.

A depressão tem sido dos temas mais falados ao longo dos anos, sejam em âmbito profissional ou nos meios menos técnicos, como a imprensa e o seio familiar. Esta desmistificação da patologia foi um avanço extremamente importante para que utentes e familiares soubessem como atuar e pedir ajuda.

Sendo a depressão uma dimensão que causa sofrimento e atenta à vida da pessoa que sofre diariamente, por ser um sofrimento mental, emocional e até espiritual é incompreendido por muitos, o que causa ainda mais dor a quem padece desta patologia. É uma das principais causas da ideação suicida. Em 2015, 300 milhões de pessoas em todo o mundo sofriam de depressão, sendo considerada em 2017 uma das principais causas da incapacidade para a atividade produtiva.

O sentido de vida constitui uma variável de base filosófico-existencial, também designado de significado da existência humana. Vai muito além da compreensão, análise e observação de dados clínicos visíveis, confrontando-nos com uma dimensão extrafísica, em que, com base nos valores eleitos, a tomada de consciência e o desenvolvimento pessoal, ganham força lado a lado para integrar o sofrimento inevitável do indivíduo e da família.

É um tema complexo, mas já bastante investigado no domínio do conhecimento da Enfermagem, e que tem vindo a mostrar significantes desenvolvimentos positivos em pessoas que sofrem de depressão. Encontramos o sentido de vida no mais profundo do nosso ser, nos

valores, consciência, atitudes e nos momentos mais difíceis da nossa vida. O que destrói o ser humano não é o sofrimento, mas o sofrer sem sentido, conforme descrito por Viktor Frankl.

A presente revisão da literatura permitiu mapear o conhecimento existente relativamente à questão “Qual é o conhecimento que existe sobre a relação entre o Sentido de vida e a Depressão?”, possibilitando responder à questão de investigação, seguindo-se algumas conclusões.

Apesar de o foco de estudo ser individual, neste caso a pessoa com depressão, Figueiredo (2019), refere que a família é um sistema de interação que articula dentro dela os vários componentes individuais, sendo influenciada por cada um deles e pelo meio ambiente. Assim sendo, se um elemento da família está doente, isso irá ter repercussões nos restantes elementos.

Verifica-se que o sentido de vida tem uma relação positiva significativa na prevenção e redução dos sintomas depressivos, bem como uma influência direta e indireta da ideação suicida e na perceção dos acontecimentos de vida. Assim, é muito importante que todos os enfermeiros, em especial o Enfermeiro de Família, esteja habilitado e consciente das necessidades dos indivíduos e das famílias depressivas e como pode potenciar as suas forças individuais e coletivas em prol da auto-cura do(s) indivíduo(s) doente(s).

Todos os estudos mostraram claramente que o sentido de vida está imensamente associado aos sintomas depressivos, havendo mudanças positivas no comportamento e nas atitudes.

Limitações desta revisão da literatura: Apesar da pertinência da temática e não obstante os estudos nesta área estarem a aumentar, a escrita científica de Enfermagem é ainda muito recente, carecendo de uma vasta evidência quanto ao tipo de intervenções de sentido de vida e de desenvolvimento pessoal a desenvolver pelos enfermeiros quanto à relação das variáveis em questão, nomeadamente, o impacto do sentido de vida nos sintomas depressivos.

Entende-se que ainda existe um caminho bastante grande para colocar o enfermeiro de família no âmbito da potencialização dos seus conhecimentos. A nível de indicadores, estes refletem os cuidados desenvolvidos com as famílias como unidade de cuidados, o que parece contradizer os princípios da formação do enfermeiro de família. Há uma preocupação acentuada no que se refere ao número de atos, à doença crónica e à saúde individual, mas existe um esforço por parte da equipa, para que isso não se reflita nos cuidados aos utentes e família.

Considero ter atingido os objetivos e as competências propostas deste EC para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Face aos resultados e conclusões deste relatório, abre-se um espaço de diálogo favorável à ação educativa com implicações para a prática. Assim, para a promoção da resiliência e da esperança, sugere-se a implementação de programas de promoção do cuidado baseado nas forças e na descoberta de sentido, com treino de comunicação em saúde para enfermeiros, direcionados para os cuidadores informais e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro. Plano Local de Saúde do ACES PL 2018/2020. Acedido a 30 de março de 2022 em https://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/documentacao/2019/Planos%20Locais%20de%20Saude/ACES%20PL_PLS_%20rev%202019.pdf
- Ahumada, L.R., & Cochoy, L.F. (2008). Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, sexta
- Almeida, G. (1994). A interação familiar. Bol Centro Reg Alcool Porto 1994; 3 (11): pp. 9-10. Citado por Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados, de Hernâni Caniço, Pedro Bairrada, Esther Rodríguez & Armando Carvalho, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, dezembro 2011.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). ISBNp 978-989-99426-5-3
- Aquino, T., & Oliveira, V. (dezembro de 2020). Espiritualidade e sentido da vida no contexto da pandemia de COVID19. (R. B. Inter-religioso, Ed.) Caminhos de Diálogo (13), pp. 249-261. doi: <https://doi.org/10.7213/cd.a8n13p249-261>
- Ariès, P. (1981). História social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC.
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Barros, T. M. K. B. H. (2014). Sentido de Vida da Pessoa com Dor Crónica. Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 18 de março de 2022 em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16164>
- Braga, M. d. (21 de 03 de 2013). O papel do enfermeiro de família na USF. Obtido de <https://www.newsfarma.pt/artigos/216-o-papel-do-enfermeiro-de-fam%3%ADlia-na-usf.html>
- Bloch, S. (1999). Uma introdução às psicoterapias. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bomar, P. J. (fev. de 1990). Perspectives on family health promotion. Family & Community Health, 12 (4), pp. 1-11.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. The Lancet, 395(10227), 912-920
- Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). Respire- O poder curativo da respiração. Alfragide: Lua de Papel.
- Camara Municipal da Marinha Grande (ano desconhecido). Carta Desportiva. Acedido a 10 de março de 2022 em https://www.cm-mgrande.pt/cmmgrande/uploads/writer_file/document/234/424Carta_Desportiva.pdf
- Camara Municipal da Marinha Grande (2017). Diagnóstico Social. Acedido a 10 de março de 2022 em https://www.cmmgrande.pt/cmmgrande/uploads/document/file/3795/atualizacao_do_diagnostico_social_aprovado_em_clas.pdf
- Canale, A., Furlan, M. M. D. P. (2006). Depressão. Universidade Estadual de Maringá. Acedido em <file:///C:/Users/beatr/Downloads/19922-Texto%20do%20artigo-85082-1-10-20130422.pdf>
- Canhão, H. P. (2014). Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa-APGAR Saudável. Coimbra: Universidade de Coimbra
- Canhão, H., Pedro Bairrada, Esther Rodríguez, Armando Carvalho (2010). Novos Tipos de Família. Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carlson NR. *Fisiologia do comportamento*. 7.ed. Barueri: Manole; 2002. p.544-55.
- Carvalho, R. (2010). *Relação Enfermeiro-Família do Idoso Hospitalizado*. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 84-92). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Carvalho, J. (15 de dezembro de 2014). *Práticas relacionais dos enfermeiros com a Família em Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Crepaldi, M. A., Andreani, G., Hammes, P. S., Ristof, C. D., & Abreu, S. R. (2006). A participação do pai nos cuidados da criança: segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 579–587. doi: 10.1590/S1413-73722006000300014
- Cerqueira-Silva, S., & Dessen, M. A. (jan. - abr. de 2018). Programas de Educação Familiar para famílias de crianças com deficiência: uma proposta promissora. *Contextos Clínicos*, 11 (1), pp. 59 - 71.
- Cervera, D. P., Parreira, B. D., & Goulart, B. F. (2011). Educação em Saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1), pp. 1547 - 1554.
- Código Deontológico dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros (2015). Acedido a 10 de novembro de 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*.
- Cordás TA, Sassi-Junior E. Depressão: Como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*. 1998;54 (edição especial):61-8.
- Decreto-lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Presidente da República. *Diário da República*: série I de 2020-03-18, páginas 2 - 4. Acedido a 23 de março de 2022 em <https://data.dre.pt/eli/decpresrep/14-a/2020/03/18/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei n.º 14-A/2020, de 18 de março do Ministério da Saúde. *Diário da República*: série I n.º 149/2014 (2014). Acedido a 23 de março de 2022 em <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Diário da República*, 2. s.—N.—1. (18 de 02 de 2011). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Regulamento n.º 126/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa.
- Dias, M. O. (jan de 2000). A família numa sociedade em mudança. *Problemas e influências recíprocas*. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 81-102.
- Dias, M., I. -O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo, *Dissertação de mestrado*, Coimbra. 2007
- Demarzo, m. Campayo j. G. *Mindfulness aplicado à saúde*. Programa de atualização em medicina de família e comunidade, ed. 12, v. 1, p.125-64, 2017.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227- 235. doi:http://dx.doi.org/10.20344/amp.11923
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: ICBAS. Obtido de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>
- Figueiredo, M., & Martins, M. M. (jul/ set. de 2010). *Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da*

- Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde*, 9 (3), pp. 552-559.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2000) – *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*. 2ª Edição. Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-10-X
- Frankl, V. E. (1992). *Dar sentido à vida*. Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2005a). *Em Busca de Sentido - Um Psicólogo no Campo de Concentração* (Walter O. Schlupp & Carlos C. Avalino, Trans. 21ª ed.): Ed. Sinodal e Ed. Vozes.
- Gonçalves, A. (1987). *A doença Mental e a cura: um olhar antropológico*.
- Gonçalves, P. (2015). *Intervenções de Enfermagem em Quadros de Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10875/4/Disserta%20a7%20de%20Mestrado%20Patr%20adcia%20Gon%20a7alves.pdf>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças- Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidata
- Gutierrez, D. & Minayo, M. (2010). *Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010. Acedido em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15s1/062.pdf
- Hagedoorn, E., Paans, W., Jaarsma, T., & Keers, J. C. (novembro de 2018). *Translation and Psychometric Evaluation of the Dutch Families Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes Scale Based on the Generalized Partial Credit Model*. *Journal of Family Nursing* 24(4), pp. 538-562
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, N. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hennessy, D. & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. OMS: Copenhague. Consultado em Abril 15,2008.Disponível em <http://www.who.int/en/>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Higgins, J. P., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. Acedido em <https://training.cochrane.org/handbook>
- Hirschfeld RM, Goodwin FK. *Transtornos do humor*. In: Tabbott J, Hales R, Yudofsky S. *Tratado de Psiquiatria*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p.321-7
- Hudson, P., Remedios, C. & Thomas, K. (2010). *A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients*. *BMC Palliative Care* volume 9, Article number: 17
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Acedido em <file:///C:/Users/beatr/Downloads/20FamiliasCensos2011.pdf>
- Kerridge, I.H., McPHEE, J.,Ggarvey, G., & Towney, P. (2001). *Discrimination in medicine: the uncertain role of values*. *Internal Medicine Journal*, 31, pp. 541-543
- Korin, E.C., Mcgoldrick, M., & WATSON, W. (2002). *The individual and family life cycle*. *Fundamentals of Clinical Practice* 2 nd edn. (ed. M. Mengel, W. Holleman, and S. Fields), pp. 19-45. New York, U.S.A.: Kluwer / Plenum Press.

- Korin, E.C., & Lebensohn, P. (2005). Families, health, and cultural diversity. Oxford Textbook of Primary Medical Care, de Ian McWhinney, 1; Section 9 (9.2): pp. 303-309. New York, U.S.A.: Oxford University Press.
- Krieger, N. (1993). Analysing socioeconomic and racial / ethnic patterns in health care. American Journal of Public Health 83, pp. 1086-1087.
- Lanners, R. & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of Parents' satisfaction with Early Intervention Services within and Among European Countries: Construction and Application of a New Parent Satisfaction Scale. Infants and Young Children, 12 (3), 61-70.
- Louzã-Neto MR, Motta T, Wang Y, Elkis H. Psiquiatria Básica. São Paulo: Artes Médicas; 1995. 974p
- Martins, M. M. (2004). O adulto doente e a família uma parceria de cuidados. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company
- Minuchin, S. (1990). Famílias: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2003). Técnicas de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed Editora
- Montgomery, S. A. (1993). Ansiedade e depressão. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreira, M. e Holanda, A. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. Psico-USF, v. 15, n. 3, p. 345-356, set
- Narvaz, M. & Koller, S. (2007). Feminismo e terapia: a terapia feminista da família - por uma psicologia comprometida. Psicol. clín. 19 (2). <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000200009>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems model. (5ª ed.) Boston: Pearson
- Neuman, Betty (1995) – The Neuman Systems Model. 3.ª ed. Norwalk: Appleton e Lange. p. 732. ISBN 0-8385-6701-0.
- OMS. (2021). World Health Organization. Obtido de <https://COVID19.who.int/>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familiaenfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade Especializados de Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública – Na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido em <https://www.scielo.br/j/pusf/a/HxrrqnNtNcfvGT5xQwbmNTf/?format=pdf&lang=pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Obtido em 3 de maio de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão. Acedido a 1 de maio de 2022 em <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- Oriá, M. O., Moraes, L. M., & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Obtido de Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/808/921>
- Pais, V., & Cardoso, R. M. (2012). Abordagem da Espiritualidade. In Unidade de Psicologia Médica –

- Departamento de Neurociências e Saúde Mental - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Ed.), Competências Clínicas da Comunicação (pp. 184-191). Porto.
- Paiva, Abel – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, nº 1-2 (2007).
- Payne R. A.- Técnicas de Relaxamento. Um guia Prático para profissionais de Saúde. Loures: Lusociência, 2003.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), 148-163.
- Ponciano, E. L. T., & Carneiro, T. F. (2003). Modelos de família e intervenção terapêutica. *Interações*, VIII (16), 57-80
- Poster, M. (1978). Teoria Crítica da Família. (1ª Ed.) (Trad. Álvaro Cabral). Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. In: Liderança, Delegação e Gestão de qualidade. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p.55-73.
- Queirós, P.J.P. (2000). Burnout em enfermeiros. *Saúde Pública e Saúde Ocupacional Resenha de Dissertações de Mestrado III*. Coimbra, Portugal: edição, compilação e organização Massano Cardoso e Vítor Rodrigues, Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra.
- Queirós, Paulo Joaquim Pina (2011) – Enfermagem, Ciência Humana Prática. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº97, p.13-16
- Ramos HL. Depressão endógena. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura – Wyeth, 01-03, 1984
- Relvas, A. P. (2000). O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica. Porto: Afrontamento
- Relvas, A. P. (2004). O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica. Porto: Afrontamento
- Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2007; 23 (3): pp. 299-306. Lisboa, Portugal: Publicisaúde, Edições Médicas, Lda.
- Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar Quinta da Prata. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-3552007000100013>
- Santos, Z., Oliveira, V. & Pagliuca, L. (2004). Teria de Peplau – Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com o diagnóstico de ansiedade. *Rev. RENE*. Fortaleza, 5 (2), 110-117. Acedido em 18 de outubro de 2022. Disponível em: file:///C:/Users/Ana/Downloads/5628-9365-1-SM.pdf
- Santos, M. L. (2012). Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 5 de fevereiro de 2022 em <https://bicsp.min-saude.pt>
- Serra, S. (2014). Intervenções de Enfermagem na Pessoa com sintomatologia depressiva: o uso do relaxamento. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6745/1/Tese%20mestrado%20Sandra%20Serra%2C%20SETEMBRO%202014%2C%20Final%21.pdf>
- Smilkstein, G. (3 de 2 de 1984). The Physician and Family Function Assessment. *Fam Syst Med*, pp. 263-78
- Sonenreich CI, Estevão G, Friedrich S, Filho LMSAS. A evolução histórica do conceito de depressão. *Revista*

- ABP-APAL. 1995;17(1):29-40
- Sommerhalder, C. (2010). Sentido de Vida na Fase Adulta e Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 270–277. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000200009>
- Sousa, L. & Barroso, M. (2009). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc. Anna Nery* 13 (1) • Mar 2009 • <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100025>
- Starck, P. L. (2008). The Human Spirit: The Search For Meaning And Purpose Through Sufering. *Humane Medicine*, 8(2).
- Stein, D. (2010). Manual de perturbações da ansiedade. Cartaxo: Press CAre, Edições Médicas, Lda.
- Tavares, C. Q. (2020). Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). pp. 1-4. Obtido de <https://orcid.org/0000-0002-9033-982X>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- The Joanna Briggs Institute, JBI – Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, 2011.
- Walsh, F. (2005). Fortalecendo a resiliência familiar. (Trad. Magda França Lopes). São Paulo : Rocca. NPS47.indd56NPS 47.indd 5627/11/201314:10:3527/11/2013 14:10:35
- Walsh, F. (2016) - Processos Normativos da Família – Diversidade e Complexidade. 4ª edição, Artmed, Porto Alegre.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., & Ho, C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- World Health Organization (2017). Depression. Acedido em 10 de outubro de 2022. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> World Health Organization (2017).
- Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Acedido em 10 de outubro de 2022. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=47842DA328F3A41A66B28C8A19DDC079?sequence=1>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção familiar. Lisboa:Roca.
- Wright, L. & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família. (3ªed). Roca: S.Paulo.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... Cao, Bin. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

APÊNDICES

APÊNDICE I- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NA B-ON

nurs* TI Título **Pesquisar**

AND - meaning in life or purpose in life TI Título [Criar Alerta](#)

AND - depression TX Todo o Texto [Limpar](#) ?

AND - family TX Todo o Texto

NOT - hospital Selecione um Campo (opcional) + -

[Pesquisa no Mapa de conceitos](#)

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Refinar Resultados

Resultados da Pesquisa 1 - 5 de 5

[Relevância](#) [Opções de Página](#) [Partilhar](#)

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

Pesquisa Atual

Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei:

TI nurs* AND TI (meaning in life or purpose in life) AND TX dep...

Expansores

Aplicar palavras relacionadas

Pesquisar também no texto integral dos artigos

Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores

Texto Integral

1. Mental health symptoms, spiritual well-being and **meaning in life** among older adults living in **nursing** homes and community dwellings.



Revista Acadêmica

By: Aydın, Adeviye; İşık, Abdullah; Kahraman, Nilgün. Psychogeriatrics. Nov2020, Vol. 20 Issue 6, p833-843. 11p. 1 Diagram, 3 Charts. DOI: 10.1111/psyg.12613. Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: ANXIETY; MENTAL depression; LIFE; MENTAL health; MENTAL illness; NONPARAMETRIC statistics; NURSING home patients; PSYCHOLOGICAL tests; QUESTIONNAIRES; SOMATOFORM disorders; SPIRITUALITY; STATISTICS; DATA analysis; PSYCHOSOCIAL factors; WELL-being; INDEPENDENT living; CROSS-sectional method. DESCRIPTIVE statistics; MANN Whitney U Test; BRIEF Symptom Inventory; OLD age; TURKEY; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians)

[Mostrar todas as 4 imagens](#)



[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(295KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

2. The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of **Meaning in Life** among **Nurses**: Research Protocol and Preliminary Results from Poland

equivalentes

Limitadores

Texto Integral

Analisado pelos Pares

Data de Publicação: 20160101-20211231

[Limpar Tudo](#)

Restringir a

Texto Integral

Analisado pelos Pares

Available in Library Collection

De: Data de Publicação Até:

[Mostrar Mais](#)
Opções definidas

Tipos de Fontes

Todos os Resultados

Revistas Acadêmicas (7)

Fornecedor de Conteúdos

2. The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of **Meaning in Life** among **Nurses**: Research Protocol and Preliminary Results from Poland  



By: Grzegorz Józef Nowicki; Barbara Ślusarska; Kinga Tucholska; Katarzyna Naylor; Agnieszka Chrzan-Rodak; Barbara Niedorys. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol 17, Iss 6491, p 6491 (2020). MDPI AG, 2020. Language: English, Base de dados: Directory of Open Access Journals

Assuntos: COVID-19; nurses; posttraumatic stress disorder; perceived social support; changes in outlook; sense of security; Medicine

[Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

3. **Meaning in life** of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home **nursing** visits.  



By: Hupkens, Susan; Goumans, Marleen; Derckx, Peter; Oldersma, Annechien; Schutter, Trudy; Machiels, Anja. Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), Aug2019, Vol. 75 Issue 8, p1732-1740, 9p, 1 Chart. Publisher: John Wiley & Sons, Inc., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: NETHERLANDS; Offices of all other health practitioners; Offices of All Other Miscellaneous Health Practitioners; Home Health Care Services; Services for the Elderly and Persons with Disabilities; HOME care services; HOME nursing; INTERVIEWING; LIFE; MEDICAL quality control; NURSE-patient relationships; NURSES; NURSING education; PARTICIPANT observation; SPIRITUALITY; QUALITATIVE research; JUDGMENT sampling; WELL-being; THEMATIC analysis. DATA analysis software; DESCRIPTIVE statistics; OLD age

[Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

4. **Meaning in Life**: A conceptual model for disaster **nursing** practice.  



By: Noviana, Uki; Miyazaki, Misako; Ishimaru, Mina. International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.), Apr2016 Supplement, Vol. 22, p65-75, 11p. Publisher: John Wiley & Sons, Inc., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians); PSYCHOLOGICAL adaptation; CINAHL database; DISASTERS; EMOTIONS; PSYCHOLOGY information storage & retrieval systems; LIFE; MENTAL health; NURSING practice; NURSING models; QUALITATIVE research; THEORY; THEMATIC analysis; META-synthesis

[Texto integral disponível](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

5. The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of **Meaning in Life** among **Nurses**: Research Protocol and Preliminary Results from Poland.  



(English) ; Abstract available. By: Nowicki GJ; Ślusarska B; Tucholska K; Naylor K; Chrzan-Rodak A; Niedorys B. International journal of environmental research and public health [Int J Environ Res Public Health]. ISSN: 1660-4601, 2020 Sep 07; Vol. 17 (18); Publisher: MDPI; PMID: 32906590, Base de dados: MEDLINE

Assuntos: Poland; Coronavirus Infections psychology; Nurses psychology; Pneumonia, Viral psychology; Stress Disorders, Post-Traumatic etiology; Adult; Betacoronavirus; COVID-19; Coronavirus Infections epidemiology; Female; Humans; Male; Middle Aged; Pandemics; Pneumonia, Viral epidemiology; Poland; SARS-CoV-2; Sense of Coherence; Severity of Illness Index; Stress Disorders, Post-Traumatic diagnosis; Stress Disorders, Post-Traumatic psychology

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

APÊNDICE II- GRELHA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Estudo: Hupkens et al (2019). Meaning in life of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home nursing visits. Journal of Advanced Nursing.

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Studies				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de pesquisa?	x			
2. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a questão ou objetivos da pesquisa?	x			
3. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para a coleta de dados?	x			
4. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a representação e análise dos dados?	x			
5. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a interpretação dos resultados?	x			
6. Existe uma afirmação que localize o pesquisador cultural ou teoricamente?	x			
7. A influência do pesquisador na pesquisa, e vice-versa, é abordada?	x			
8. Os participantes, e suas vozes, estão adequadamente representados?	X			
9. A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, e há evidências de aprovação ética por um órgão apropriado?			x	
10. As conclusões tiradas no relatório de pesquisa fluem da análise ou interpretação dos dados?	x			
Avaliação geral				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
Comentários				
Score 9/10 ≈ 90.0%				

Estudo: Haugan et al (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. Journal of Advanced Nursing.

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5. Os fatores confusionais foram identificados?		x		
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação geral				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
Comentários				
Score 7/8 ≈ 87.5%				

Estudo: Gonçalves (2015). Intervenções de Enfermagem em Quadros de Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. A questão da revisão é clara e explicitamente declarada?	x			
2. Os critérios de inclusão foram adequados para a questão de revisão?	x			
3. A estratégia de busca foi adequada?	x			
4. As fontes e os recursos utilizados para a busca de estudos foram adequados?	x			
5. Os critérios de avaliação dos estudos foram adequados?	x			
6. A avaliação crítica foi conduzida por dois ou mais revisores de forma independente?	x			
7. Havia métodos para minimizar erros na extração de dados?	x			
8. Os métodos utilizados para combinar estudos foram adequados?	X			
9. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?	x			
10. As recomendações de políticas e/ou práticas foram apoiadas pelos dados relatados?			x	
11. As diretivas específicas para a nova investigação foram adequadas?			x	
Avaliação geral				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
Comentários				
Score 9/11 ≈ 81.8%				

Estudo: Sun et al (2021). The effects of logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study. Perspectives in Psychiatric Care.

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Está claro no estudo o que é a "causa" e o que é o "efeito" (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?	x			
2. Os participantes foram incluídos em alguma comparação semelhantes?	x			
3. Os participantes foram incluídos em alguma comparação recebendo tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse?	x			
4. Havia um grupo de controle?	x			
5. Houve múltiplas medidas do desfecho pré e pós intervenção/exposição?	x			
6. O seguimento completo foi completo e, em caso negativo, as diferenças entre os grupos em termos de seguimento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
7. Os resultados dos participantes incluídos em alguma comparação foram medidos da mesma maneira?	x			
8. Os resultados foram medidos de forma confiável?	X			
9. Foi utilizada a análise estatística adequada?			x	
Avaliação geral				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
Comentários				
Score 8/9 ≈ 88.8%				