Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Rafaela Martins Mesquita

Intervenções promotoras da saúde nas famílias que integram crianças em idade escolar

abril de 2026

Intervenções promotoras da saúde nas famílias que integram crianças em idade escolar

Rafaela Martins Mesquita

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Rafaela Martins Mesquita

Intervenções promotoras da saúde nas famílias que integram crianças em idade escolar

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Rui Pedro Gomes Pereira
Coorientado pela
Professora Cristiana Sousa Lopes

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Resumo:

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade do Minho, reflete o percurso formativo e de estágio realizado em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF).O relatório tem como objetivos descrever criticamente as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio; refletir sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista; e realizar um estudo de natureza investigativa empírica que contribua para a melhoria da prática clínica e da qualidade dos cuidados. O trabalho encontra-se estruturado em duas partes, o documento integra uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências e uma *scoping review* intitulada "Intervenções promotoras da saúde nas famílias que integram crianças em idade escolar". Esta *scoping review* teve como propósito mapear a evidência existente, seguindo as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute. O estágio revelou-se fundamental no desenvolvimento de competências, nomeadamente na avaliação e na intervenção centradas na família, contribuindo para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a melhoria da qualidade dos cuidados. O estudo de revisão – *scoping review* – demonstrou que as intervenções de enfermagem apresentam potencial para aplicação junto da população jovem, desde que adaptadas aos contextos socioculturais, organizacionais e profissionais. A sua eficácia depende da contextualização, da colaboração com a comunidade e de abordagens intersetoriais estruturadas. Destaca-se ainda a importância da clareza conceptual para valorizar e tornar visível a prática de enfermagem, bem como o potencial de intervenções inovadoras centradas na família, que integrem dimensões cognitivas, emocionais e relacionais. O percurso de estágio revelou-se determinante para o crescimento pessoal, científico e profissional. O estudo concluiu que as evidências internacionais sobre as intervenções de enfermagem promotoras da saúde das famílias que integram crianças em idade escolar constituem referenciais úteis, mas exigem adaptação ao contexto cultural e organizacional português, destacando-se a necessidade de reforçar a investigação nacional e a avaliação de impacto, de modo a consolidar a evidência sobre a eficácia das intervenções do enfermeiro de família neste domínio.

Palavras-chave: Crianças em Idade Escolar, Enfermagem de Saúde Familiar, Famílias, Intervenções Promotoras da Saúde.

Abstract:

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing at the University of Minho, reflects the educational and clinical training pathway carried out in a Family Health Unit setting. The report aims to critically describe the activities developed in different clinical training contexts; to reflect on the development of specialist nurse competencies; and to carry out an empirical investigative study that contributes to improving clinical practice and the quality of care. The work is structured into two parts, the document includes a critical-reflective analysis of competency development and a scoping review entitled "Health-promoting interventions in families with school-aged children". This scoping review aimed to map existing evidence, following the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute. The clinical training proved fundamental for the development of competencies, particularly in family-centered assessment and intervention, contributing to health promotion, disease prevention, and improved quality of care. The scoping review demonstrated that nursing interventions have strong potential for application among young populations, provided they are adapted to sociocultural, organizational, and professional contexts. Their effectiveness depends on contextualization, community collaboration, and structured intersectoral approaches. The importance of conceptual clarity is also highlighted to enhance the visibility and value of nursing practice, as well as the potential of innovative family-centered interventions that integrate cognitive, emotional, and relational dimensions. The clinical training pathway was decisive for personal, scientific, and professional development. The study concluded that international evidence on health-promoting nursing interventions for families with school-aged children provides useful references, but requires adaptation to the Portuguese cultural and organizational context. It also highlights the need to strengthen national research and impact evaluation to consolidate evidence on the effectiveness of family nursing interventions in this domain.

Keywords: School-aged Children, Family Health Nursing, Families, Health-promoting Interventions.

Índice

Lista de abreviaturas e siglas ix

Índice de figuras xi

Índice de quadros xii

Introdução 13

Parte I – Componente clínica 17

1. Caracterização do campo de estágio – USF 17

2. Competências comuns do enfermeiro especialista 20

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 20

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 21

2.3. Domínio da gestão dos cuidados 22

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 23

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área da saúde familiar 25

3.1. Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção 25

3.1.1. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas 27

3.1.2. Recolhe dados pertinentes para o estado de saúde da família 29

3.1.3. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas 31

3.1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica 35

3.1.5. Intervém de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas 38

3.1.6. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar. 41

3.1.7. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem 43

3.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar 47

3.2.1. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família 47

3.2.2. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção .. 49

4. Enquadramento 54

5. Metodologia 57

5.1. Questão de revisão 58

5.2. Critérios de inclusão e exclusão 58

5.3. Estratégia de pesquisa, seleção e extração da evidência 59

5.3.1. Plano de pesquisa 59

5.3.2. Construção da estratégia de pesquisa 59

5.3.3. Identificação da evidência 59

5.3.4. Seleção dos estudos 60

6. Resultados 61

6.1. Análise e síntese narrativa dos dados 63

6.2. Distribuição temporal e relevância contemporânea 64

6.3. Contexto geográfico e cultural dos estudos 64

6.4. Composição das populações em estudo 65

6.5. Objetivos específicos de cada investigação 65

6.6. Principais resultados reportados 66

Integração da enfermagem em contextos escolares como estratégia de equidade 69

7. Discussão 72

7.1. Diversidade e complementaridade das intervenções 72

7.2. Convergências e implicações para a prática clínica 73

7.3. Aplicabilidade ao contexto português 74

8. Limitações 77

Conclusão 78

Referências bibliográficas 82

ANEXO I Certificados de Frequência de Formação 86

ANEXO II Artigo de Opinião "*As intervenções do enfermeiro de família na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional em Portugal: uma perspetiva baseada na evidência*" 92

Lista de abreviaturas e siglas

APGAR – *Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolution*

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

FMSF – *Family Management Style Framework*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

N.º – Número

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSF – *Open Science Framework*

PCC – População, Conceito, Contexto

PHCRN – Primary Health Care Research Network

PHCRN:SB – *Public Health Care Research Network: School-Based*

PHIW – *Public Health Intervention Wheel*

PREP-T1 – *Preparation, Readiness, Education and Planning for Type 1 Diabetes*

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

ScR – *Scoping Review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice de figuras

Figura 1 – Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários (CSP).. 18

Figura 2 – Fluxograma PRISMA-ScR completo do processo de seleção. 62

Índice de quadros

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos 68

Quadro 2 – Dimensões de intervenção identificadas nos estudos 71

Introdução

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, do 1.º semestre do 2.º ano, que decorreu no período de 15 de setembro a 31 de janeiro de 2026 (total de 610 horas), do 1.º curso Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, referente ao ano letivo 2025/2026. Este relatório foi desenvolvido sob a orientação do Professor Doutor Rui Gomes Pereira e coorientado pela Professora Cristiana Sousa Lopes, contando ainda com a supervisão do enfermeiro especialista Artur Sá numa Unidade de Saúde Familiar (USF) integrante numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte.

Este trabalho corresponde ao instrumento de avaliação da referida unidade curricular, documentando de forma estruturada as atividades realizadas e descrevendo o contexto, as intervenções, os desafios e os resultados obtidos durante o período de estágio. Ao mesmo tempo, tem o intuito de refletir sobre a prática da enfermagem familiar, utilizando uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, atitudes e conhecimentos, relacionando os conhecimentos científicos com a prática clínica e contribuindo para a melhoria contínua através da identificação e implementação de boas práticas. O presente relatório tem, pois, como principais finalidades descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas durante o estágio, evidenciando o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Paralelamente, pretende refletir sobre a prática clínica desenvolvida, articulando os conhecimentos científicos com a experiência adquirida no contexto real de cuidados de saúde primários, bem como apresentar um trabalho de natureza empírica desenvolvido no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O estágio constitui um momento essencial no percurso formativo do enfermeiro em processo de especialização, permitindo a articulação entre o conhecimento científico adquirido no contexto académico e a prática profissional em contexto real de cuidados de saúde. Neste sentido, o estágio representa uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências especializadas, através da participação ativa na prestação de cuidados, da reflexão crítica sobre a prática e da articulação entre teoria e prática baseada na evidência científica.

No âmbito da enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidados,

desenvolvendo intervenções que visam a promoção da saúde, a prevenção da doença e a capacitação das famílias ao longo do seu ciclo de vida. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que define as competências comuns do enfermeiro especialista, e com o Regulamento n.º 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), que estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, o desenvolvimento profissional nesta área exige uma abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados, considerando a sua dinâmica relacional, os seus recursos e os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Assim, compete ao enfermeiro especialista cuidar da família enquanto unidade de cuidados e liderar ou colaborar em ações de intervenção dirigidas às necessidades familiares, considerando os processos de transição, as condicionantes sociais da saúde e a dinâmica relacional existente entre os seus membros.

Neste enquadramento, a intervenção do enfermeiro de família fundamenta-se em referenciais teóricos que reconhecem a família como um sistema dinâmico e interdependente, sendo pertinente considerar contributos igualmente estruturantes, como os de Afaf Meleis, no âmbito da Teoria das Transições, e de Lorraine Gottlieb, com a abordagem centrada nas forças. Entre estes, destaca-se o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, que constitui um dos principais referenciais conceptuais utilizados na prática da enfermagem de saúde familiar, permitindo uma avaliação sistemática da família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional (Wright & Leahey, 2012). A utilização deste modelo possibilita ao enfermeiro compreender a organização e o funcionamento da família, identificar recursos e vulnerabilidades e desenvolver intervenções terapêuticas centradas nas necessidades e potencialidades familiares.

O estágio de natureza profissional constituiu uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar. A integração no contexto dos cuidados de saúde primários permitiu mobilizar conhecimentos científicos adquiridos ao longo do percurso formativo, articulando-os com a prática clínica e promovendo uma reflexão contínua sobre as intervenções desenvolvidas.

Durante o estágio, a participação em diversas atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar, nomeadamente em consultas de enfermagem com visitas domiciliárias, em atividades de vigilância, no acompanhamento de famílias em diferentes etapas do ciclo vital, possibilitou a consolidação de competências relacionadas com a avaliação familiar. Também permitiu o envolvimento no planeamento de cuidados centrados na família e na implementação de intervenções promotoras da

saúde – contextos práticos que promovem o desenvolvimento de competências relacionadas com a avaliação e intervenção junto da família enquanto unidade de cuidados, nomeadamente através da co-construção de planos de cuidados ajustados às necessidades familiares, permitindo conhecer, avaliar, intervir e monitorizar a dinâmica familiar com vista à promoção do seu funcionamento saudável.

O contexto da prática permitiu compreender de forma mais aprofundada a intervenção especializada do enfermeiro de família enquanto elemento fundamental na promoção da saúde familiar, assumindo funções de educador, facilitador, gestor de cuidados e promotor da capacitação familiar.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes principais, que integram a componente clínica e a componente de investigação. A Parte I – Componente clínica inicia-se com a caracterização do campo de estágio, englobando a descrição da Unidade de Saúde Familiar onde decorreu a prática clínica. Seguidamente, apresenta-se o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, organizadas de acordo com os domínios definidos na regulamentação profissional, nomeadamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A primeira parte aborda ainda o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, focando-se no cuidado à família enquanto unidade de intervenção ao longo do seu ciclo vital. São exploradas competências relacionadas com a relação terapêutica com a família, a colheita e a análise de dados relevantes para o estado de saúde familiar, a monitorização de respostas em situações complexas, a intervenção baseada na evidência científica, a promoção do bem-estar familiar, a gestão de transições e o envolvimento ativo na prática de enfermagem de saúde familiar. Destaca, igualmente, a importância da liderança e da colaboração nos processos de intervenção, bem como a articulação interprofissional e a gestão dos cuidados em diferentes níveis de prevenção.

A Parte II – Componente empírica de investigação compreende o enquadramento teórico e metodológico do estudo desenvolvido sob a forma de *scoping review*. Nesta secção, são apresentados o tipo de estudo, os objetivos, a finalidade e a questão de revisão da investigação. Descreve-se também o processo de seleção dos termos de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, a apresentação dos resultados obtidos e a respetiva análise e discussão.

Este trabalho termina com a apresentação da conclusão e do balanço de todo o trabalho desenvolvido, tendo em conta os objetivos previamente delineados, o percurso realizado, as limitações

identificadas e as implicações para a prática futura, e com a lista das referências bibliográficas utilizadas ao longo de todo o estágio.

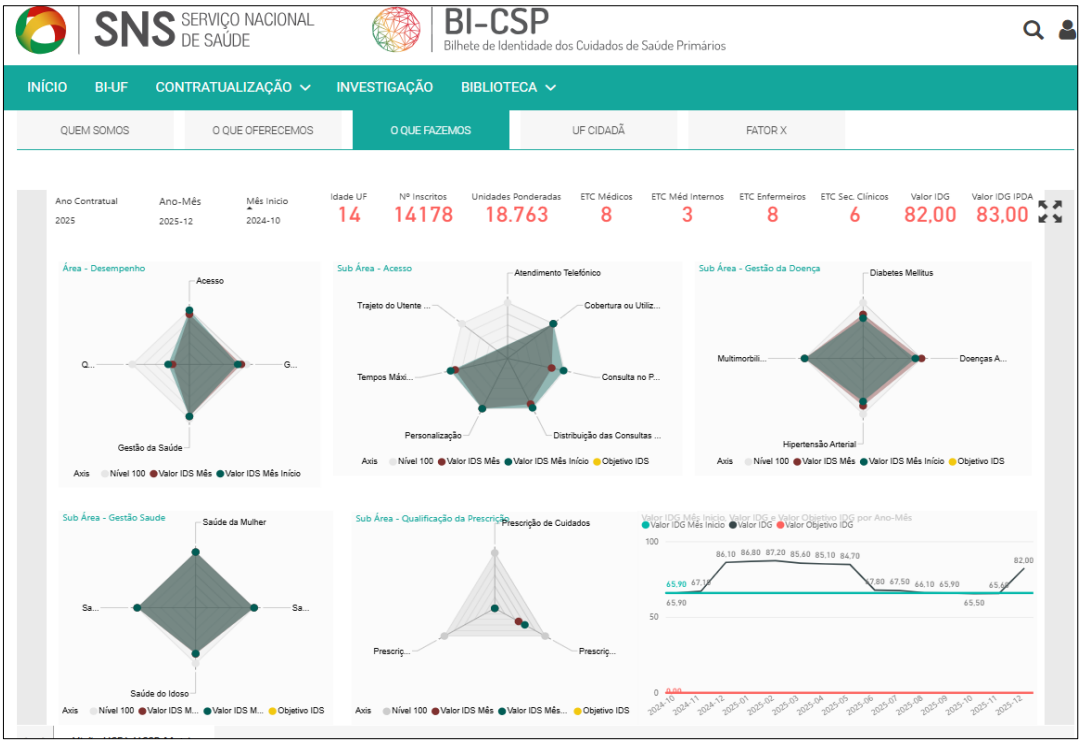
Parte I – Componente clínica

1. Caracterização do campo de estágio – USF

Esta Unidade de Saúde Familiar (USF) encontra-se integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte de Portugal que iniciou a sua atividade em 24 de janeiro de 2011, tendo passado a modelo B em dezembro de 2011 e possuindo, como tal, autonomia organizativa, funcional e técnica para a prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos. A zona onde está inserida é abrangida por onze Unidades de Saúde Familiar (modelos A e B), por três Unidades de Cuidados na Comunidade, por uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e, por fim, por uma Unidade de Saúde Pública. Na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, estão alocados os serviços sociais – Assistente Social, Podologia, Nutricionista, Cardiopneumologia, Psicologia, Dentista e a Consulta de Sessão Tabágica. Esta Unidade de Saúde Familiar tem por missão, conforme o manual de acolhimento, a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica do concelho onde se insere, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Esta USF adequa a prestação de cuidados de saúde primários adequados às características das populações, mostrando-se próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora e visionária dos profissionais que dela fazem parte. Como valores, tem a conciliação, a cooperação, a solidariedade, a autonomia, a articulação, a avaliação e a gestão participativa.

Na figura 1, podemos observar que na Unidade de Saúde Familiar estão inscritos 14 178 utentes, sendo que a Unidade é constituída por oito enfermeiros, oito médicos e seis secretários clínicos. Os enfermeiros têm idades compreendidas entre os 40 e os 62 anos e três deles são especialistas em enfermagem comunitária e desenvolvem o seu trabalho por área geográfica.

Figura 1 – Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários (CSP)



Nota: USF (bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários). Acedido a 3 de abril de 2026, disponível em: https://bicsp.min-saude (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Esta opção organizacional constitui um elemento estruturante nos cuidados de saúde primários, particularmente no âmbito da enfermagem de saúde familiar, na medida em que orienta a prestação de cuidados para uma lógica de proximidade, continuidade e contextualização. A metodologia de trabalho por área geográfica assenta na atribuição de um território específico a cada enfermeiro, tornando-o responsável pela vigilância e acompanhamento das famílias aí residentes. Este modelo favorece a construção de um conhecimento aprofundado acerca das características demográficas, socioeconómicas e culturais da população, permitindo ao enfermeiro desenvolver uma compreensão integrada dos determinantes sociais da saúde. Tal enquadramento potencia intervenções mais ajustadas às necessidades reais da comunidade, promovendo uma prática centrada na família e orientada para a promoção da saúde e para a prevenção da doença, em consonância com o modelo preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Do ponto de vista conceptual, esta abordagem encontra-se alinhada com os princípios da saúde comunitária, ao privilegiar a continuidade de cuidados e a relação terapêutica sustentada. A proximidade estabelecida entre enfermeiro e população facilita a identificação precoce de situações de vulnerabilidade, bem como a monitorização de condições crónicas e fatores de risco. Acresce ainda a

possibilidade de uma maior articulação intersetorial, nomeadamente com instituições locais, o que reforça a capacidade de resposta às necessidades de saúde de forma integrada e multidimensional.

Não obstante as suas potencialidades, esta metodologia apresenta limitações que importa problematizar. A distribuição territorial pode não refletir uma equidade na carga assistencial, sobretudo em contextos marcados por envelhecimento populacional, multimorbilidade ou fragilidade social, podendo conduzir a situações de sobrecarga profissional. Para além disso, a dependência de um único enfermeiro por área geográfica pode comprometer a continuidade dos cuidados em situações de ausência, evidenciando a necessidade de estratégias de substituição que salvaguardem a qualidade assistencial. Esta metodologia exige ainda elevados níveis de autonomia, de capacidade de gestão e de competências em intervenção comunitária, o que pode constituir um desafio em contextos com recursos humanos limitados.

Em contraponto, o modelo organizacional baseado na atribuição de utentes ao enfermeiro em função das listas do médico de família estrutura-se numa lógica de articulação clínica e funcional com a prática médica. Neste modelo, o enfermeiro acompanha um conjunto de utentes associados a um ou mais médicos de família, independentemente da sua dispersão geográfica. Tal configuração favorece o trabalho em equipa interdisciplinar e a continuidade assistencial ao nível da gestão da doença, permitindo uma maior coerência nos planos terapêuticos e no seguimento clínico.

Contudo, este modelo tende a limitar a dimensão comunitária da intervenção de enfermagem, uma vez que a dispersão geográfica dos utentes dificulta o conhecimento do contexto ambiental e social em que estes se inserem. Consequentemente, a prática pode assumir um carácter mais centrado no indivíduo e na patologia, em detrimento de uma abordagem holística e familiar. Adicionalmente, pode reduzir a capacidade de intervenção ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença em contexto comunitário, bem como a articulação com outros recursos locais.

Face ao exposto, verifica-se que ambos os modelos organizacionais apresentam especificidades, vantagens e constrangimentos. A metodologia por área geográfica destaca-se pela sua orientação comunitária, proximidade e capacidade de intervenção nos determinantes sociais da saúde, enquanto o modelo de utentes atribuídos pelo médico de família evidencia maior integração clínica e articulação interdisciplinar.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O desenvolvimento de competências especializadas representa um dos objetivos centrais do estágio de natureza profissional integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Neste âmbito, a prática clínica realizada na Unidade de Saúde Familiar possibilitou a mobilização de conhecimentos científicos, o aperfeiçoamento de competências técnicas e relacionais e o aprofundamento da capacidade de reflexão crítica sobre a prática profissional.

O enfermeiro especialista orienta a sua prática segundo as competências comuns enunciadas no Regulamento n.º 140/2019, garantindo o cumprimento dos padrões de qualidade especializados da Ordem dos Enfermeiros. Estas competências comuns dizem respeito a um conjunto de capacidades transversais que sustentam a prática especializada em enfermagem, enquanto as competências específicas estão diretamente relacionadas com a área de especialização. Ao longo do estágio, foi possível desenvolver e consolidar estas competências através da participação nas diversas atividades realizadas pela equipa da Unidade de Saúde Familiar.

A reflexão crítica apresentada neste capítulo tem como objetivo evidenciar o processo de desenvolvimento dessas competências, estabelecendo a articulação entre a experiência prática, os referenciais teóricos da enfermagem de saúde familiar e os princípios orientadores de uma prática profissional baseada na evidência.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista desenvolve a sua prática clínica de acordo com princípios éticos, normas legais e padrões de qualidade profissional. O exercício da enfermagem implica o respeito pelos direitos humanos, pela dignidade da pessoa e pela promoção de decisões informadas no âmbito dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida através da prestação de cuidados centrados na pessoa e na família, respeitando os princípios de autonomia, confidencialidade, privacidade e dignidade humana. Em diversas situações clínicas, foi necessário garantir que as decisões relacionadas com os cuidados de saúde fossem tomadas de forma informada e partilhada com os utentes e suas famílias, promovendo o respeito pelos seus valores, crenças e preferências. Este processo de tomada de decisão partilhada constitui um elemento fundamental na prática clínica, contribuindo para uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo (Stanhope & Lancaster, 2022).

A reflexão sobre a prática permitiu reconhecer a importância da ética no exercício da enfermagem de saúde familiar, sobretudo em contextos onde existem múltiplos fatores sociais, culturais e familiares que influenciam o processo de tomada de decisão. A atuação profissional exigiu frequentemente uma abordagem sensível, empática e culturalmente competente, particularmente durante o acompanhamento de famílias em situações de vulnerabilidade social ou de doença crónica, promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2021). Exemplo disso foi a garantia do consentimento informado antes de realizar um procedimento, assim como a explicação dos riscos-benefícios decorrentes da decisão de ser vacinado, confirmando que o utente os compreende e aceita. Também foi importante assegurar o respeito pela confidencialidade ao não partilhar informação clínica individual com familiares sem autorização do utente e o advogar a autonomia do utente, por exemplo, quando este recusa um tratamento, assegurando que a decisão é esclarecida e registada. Por fim, destaca-se a importância de adequar a comunicação a utentes com baixa literacia em saúde, garantindo que estes compreendem as informações transmitidas.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui um elemento essencial da prática especializada, implicando a capacidade de avaliar criticamente os cuidados prestados e de implementar estratégias que contribuam para a sua melhoria. A qualidade em saúde baseia-se na utilização sistemática de evidência científica, na monitorização de resultados e na implementação de processos de melhoria contínua (World Health Organization, 2020).

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida através da reflexão sistemática sobre as intervenções realizadas e da integração de evidência científica na prática clínica. A participação em atividades de planeamento e de avaliação de cuidados, no contexto da Unidade de Saúde Familiar, permitiu compreender a importância da monitorização de resultados em saúde e da utilização de indicadores de qualidade, particularmente no âmbito dos indicadores contratualizados. Esta evidência tornou-se clara através da análise da cobertura vacinal da população inscrita, da monitorização de parâmetros clínicos em pessoas com doença crónica, como a hemoglobina glicada nos utentes com diabetes mellitus e os valores de tensão arterial em utentes portadores de hipertensão arterial, assim como da avaliação da adesão a programas de rastreio oncológico. Estes indicadores assumem um papel central na orientação da prática clínica, na tomada de decisão baseada em evidência e na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na monitorização, análise e interpretação destes indicadores, contribuindo ativamente para a implementação de estratégias de melhoria contínua, para a otimização dos cuidados centrados na pessoa e na família e para o alcance de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Através da frequência de formação contínua sobre diversas temáticas relevantes para a prática clínica, foram adquiridos conhecimentos cuja transposição para a prática se traduziu numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para além disso, a consulta de normas de orientação clínica e de literatura científica atualizada permitiu fundamentar as intervenções realizadas, promovendo uma prática baseada na evidência. A utilização da evidência científica constitui um dos pilares fundamentais da enfermagem contemporânea, contribuindo para a segurança do utente e para a eficácia das intervenções de saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019). Por exemplo, foram identificados utentes com não adesão ao regime terapêutico e foram implementadas estratégias educativas personalizadas, monitorizando-se os resultados. Foram igualmente utilizadas normas e *guidelines* atualizadas na prestação de cuidados no controlo da diabetes mellitus ou da hipertensão arterial e monitorizaram-se indicadores de saúde, como taxas de vacinação, atuando-se perante os desvios. Houve participação em reuniões de equipa, onde foram discutidas as medidas para a melhoria na prestação de cuidados às famílias e seus elementos. Durante o estágio, também se deu a participação na análise de relatórios de cobertura vacinal, incluindo a vacinação antipneumónica, sob orientação do enfermeiro supervisor refletindo-se sobre a aplicação dos protocolos e a identificação de áreas de melhoria. Esta participação permitiu compreender a importância do acompanhamento sistemático da qualidade dos cuidados prestados e da utilização de dados para apoiar decisões clínicas e educativas junto das famílias.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados constitui outra dimensão essencial das competências do enfermeiro especialista, implicando a capacidade de planear, organizar, coordenar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma eficaz. O enfermeiro especialista assume um papel relevante na articulação entre os diferentes elementos da equipa de saúde, promovendo a continuidade e a integração dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida através da participação na organização e no acompanhamento dos cuidados prestados às famílias inscritas na Unidade de Saúde Familiar. A articulação com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar permitiu compreender a

importância da coordenação de cuidados e da comunicação interprofissional para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Para concretizar e desenvolver esta competência, foram planeadas e organizadas visitas domiciliárias e convocados utentes de acordo com prioridades clínicas, estruturados cuidados com diferentes profissionais, como, por exemplo, o médico, o assistente social, o podologista, entre outros, e referenciados, quando necessário, utentes para as diferentes Unidades de Saúde funcionais da Unidade Local de Saúde, tais como Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), onde se encontram os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental ou enfermagem de saúde materna e obstétrica. Foi, ainda, garantida a continuidade de cuidados especialmente após alta hospitalar.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais através do desenvolvimento profissional contínuo constitui uma responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem especializada. A prática reflexiva e a atualização permanente de conhecimentos são elementos essenciais para garantir cuidados seguros e de elevada qualidade (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

Neste sentido, o estágio proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem que contribuíram para o aprofundamento de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências clínicas. São exemplos disto a participação em atividades formativas, tais como "Cuidados ao doente urostomizado" e "Cuidados de enfermagem em feridas complexas", relevantes para a prática clínica, e os momentos de discussão de casos, que permitiram consolidar conhecimentos teóricos e aplicá-los em contexto prático, promovendo a aprendizagem conjunta e a reflexão crítica sobre a prática, com vista à identificação de oportunidades de melhoria na prestação de cuidados. O objetivo destas iniciativas foi assegurar a fundamentação das intervenções na melhor evidência científica disponível. No estágio, foi ainda integrado o *feedback* do supervisor clinico para a melhoria do desempenho.

Neste processo, o desenvolvimento do trabalho de investigação sob a forma de uma *scoping review*, intitulado "Intervenções promotoras da saúde nas famílias que integram crianças em idade escolar", constituiu igualmente uma mais-valia significativa para o desenvolvimento de competências de pesquisa, análise crítica de evidência científica e síntese do conhecimento, contribuindo para a consolidação da prática baseada na evidência.

A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas durante a prática clínica revelou-se fundamental para consolidar aprendizagens e identificar áreas de desenvolvimento profissional futuro. A

supervisão clínica e o acompanhamento pedagógico desempenharam igualmente um papel importante neste processo, permitindo receber *feedback* construtivo e refletir sobre a prática profissional.

Este processo de aprendizagem contribuiu para fortalecer a capacidade de análise crítica e para desenvolver uma prática profissional mais consciente, reflexiva e fundamentada na evidência científica, aspetos considerados fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão autónoma.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área da saúde familiar

Para além das competências comuns, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve desenvolver competências específicas relacionadas com o cuidado à família enquanto unidade de cuidados e com a promoção da saúde familiar ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estas competências enquadram-se numa perspetiva sistémica da família, reconhecendo-a como um sistema dinâmico, interdependente e influenciado pelo contexto social, cultural e ambiental.

O estágio de natureza profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, possibilitou o fortalecimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, centradas na prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital, e no exercício da liderança e da colaboração em processos de intervenção familiar.

Embora a prática nas Unidades de Saúde Familiar ainda se centre, em muitos casos, no cuidado ao utente, procurou-se desenvolver uma intervenção considerando a família como núcleo central dos cuidados. Para tal, no âmbito do estágio, adotou-se uma abordagem integrada, contemplando simultaneamente a dinâmica familiar e as necessidades individuais de cada elemento. A prática clínica foi orientada pelo referencial do Cuidar Baseado nas Forças (Gottlieb, 2016), que assenta na identificação, mobilização e valorização das capacidades e recursos da pessoa e da família, promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados. Neste enquadramento, assume também particular relevância a Teoria das Transições (Meleis, 2010) enquanto referencial estruturante na prestação de cuidados à pessoa e família ao longo do ciclo vital, permitindo compreender e apoiar os processos de mudança vivenciados. Para este efeito, são de destacar também os modelos teóricos de Wright e Leahey (2013), que preconizam uma abordagem sistémica centrada na compreensão das crenças, padrões de interação e relações familiares, e de Friedman, Bowden e Jones (2003), que sustentam a avaliação da família enquanto sistema, nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Desta forma, foram valorizados os recursos existentes na família, com vista ao fortalecimento dos vínculos, à promoção da autonomia e ao empoderamento dos seus membros.

3.1. Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar atua junto das famílias de forma sistematizada e crítica, identificando problemas, formulando diagnósticos de enfermagem, definindo

objetivos e planeando intervenções adequadas. Ou seja, privilegia-se o cuidado da família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e em todos os níveis de prevenção, promovendo a capacitação familiar e acompanhando as suas transições (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com Wright & Leahey (2013), o enfermeiro de família, ao centrar a sua intervenção na família enquanto unidade de cuidados, reconhece a família como um sistema dinâmico, interdependente e influenciado pelo contexto, promovendo mudanças que potenciam a saúde familiar e individual. Esta mesma intervenção deverá estar alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no que se refere à satisfação do utente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Concretamente, esta articulação evidenciou-se através da promoção da satisfação do utente, assegurando a participação ativa da família no processo de tomada de decisão e a adequação das intervenções às suas necessidades e expectativas; da promoção da saúde, mediante o desenvolvimento de intervenções educativas dirigidas à família ao longo do ciclo de vida; e da prevenção de complicações, através da identificação precoce de fatores de risco e da monitorização de situações de doença crónica. No domínio do bem-estar e do autocuidado, foram implementadas estratégias de capacitação da família, incentivando a adoção de comportamentos promotores de saúde e a gestão eficaz da doença. Relativamente à readaptação funcional, destacaram-se intervenções dirigidas à reorganização familiar face a transições de saúde-doença, promovendo a adaptação a novas condições de vida. Por fim, ao nível da organização dos cuidados de enfermagem, foram asseguradas a continuidade e articulação dos cuidados, através do planeamento sistemático das intervenções e da colaboração com a equipa multidisciplinar.

Como exemplo, destaco a intervenção junto de uma família em que um dos seus membros tinha sido recentemente diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2. Neste contexto, foi realizada uma avaliação familiar abrangente, identificando-se recursos, crenças e dinâmicas familiares relevantes para a gestão da doença. Foram também desenvolvidas intervenções educativas dirigidas, não apenas ao utente, mas a todo o agregado familiar, promovendo a literacia em saúde, a adesão ao regime terapêutico e a adoção de estilos de vida saudáveis. Simultaneamente, foi incentivada a participação ativa da família no processo de autocuidado, reforçando a sua capacitação para a gestão da doença no quotidiano. Esta intervenção contribuiu para a prevenção de complicações, para a melhoria do controlo metabólico e para

o fortalecimento da autonomia familiar, evidenciando a operacionalização dos padrões de qualidade na prática clínica.

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

Durante o estágio, foi estabelecida uma relação de confiança com as famílias acompanhadas, investindo na empatia, na escuta ativa e no diálogo aberto, o que contribuiu para a criação de um espaço seguro que facilitasse a partilha de preocupações, recursos e fragilidades. A relação terapêutica constitui um elemento fundamental na prática de enfermagem, permitindo estabelecer parcerias com as famílias e favorecer processos de mudança em saúde (Pereira, 2015; Wright & Leahey, 2013).

O desenvolvimento desta relação não se assume apenas como uma competência relacional, mas como uma intervenção intencional do enfermeiro de família, essencial para a compreensão da família enquanto sistema e para a adequação dos cuidados às suas necessidades reais. O enfermeiro de família deve investir na relação terapêutica, porque esta constitui a base para a adesão aos cuidados, para a confiança no profissional e para a capacitação efetiva da família, sendo igualmente determinante para a obtenção de ganhos em saúde.

A utilização de estratégias de comunicação terapêutica contribuiu para o empoderamento das famílias e para a promoção da sua autonomia na gestão do processo saúde-doença, em consonância com o referencial do Cuidar Baseado nas Forças (Gottlieb, 2016). Esta abordagem encontra-se alinhada com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2015), particularmente nos domínios da promoção da saúde e do bem-estar e autocuidado, na medida em que permite capacitar as famílias para assumirem um papel ativo e informado na gestão da sua saúde.

Na prática clínica, esta competência foi operacionalizada através da adaptação da comunicação às características e necessidades das famílias. Em situações de baixa literacia em saúde, recorreu-se a uma linguagem simples e a materiais visuais, promovendo o acesso equitativo à informação e reduzindo barreiras à compreensão. Esta intervenção é fundamental, pois o enfermeiro de família tem a responsabilidade de garantir que a informação em saúde é compreendida, permitindo decisões informadas e seguras.

Em contexto de consulta de enfermagem de saúde infantil, a utilização de estratégias lúdicas, como jogos educativos, e da técnica de distração facilitou a capacitação de uma criança com asma e da

sua família para o reconhecimento de sinais de alerta, contribuindo para a prevenção de complicações e para a melhoria da adesão terapêutica.

Paralelamente, promoveu-se a participação ativa das famílias na definição de objetivos de saúde, através da co-construção de planos de intervenção ajustados às suas necessidades, valores e contexto sociocultural. O enfermeiro de família deve adotar esta abordagem participativa, porque os processos de mudança em saúde são mais eficazes quando construídos com a família e não apenas para a família. Esta prática revelou-se particularmente relevante na gestão da doença crónica, nomeadamente em famílias com elementos com diabetes mellitus tipo 2, onde a definição de metas realistas e culturalmente sensíveis contribuiu para a melhoria da adesão terapêutica e do controlo da doença, traduzindo-se em ganhos em saúde. Tal intervenção centrou-se, igualmente, no fortalecimento das dinâmicas familiares e dos seus recursos internos, incentivando o diálogo e a partilha entre os seus membros.

A realização de consultas de enfermagem à família permitiu discutir estratégias de apoio a um idoso dependente, promovendo a corresponsabilização e reduzindo a sobrecarga do cuidador. Daqui resultou a conclusão de que o enfermeiro de família tem um papel determinante na prevenção de situações de exaustão familiar e na promoção da adaptação às transições do ciclo de vida (Meleis, 2010), em consonância com os padrões de qualidade relacionados com o bem-estar, o autocuidado e a readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As aprendizagens adquiridas revelaram-se fundamentais para a prática futura enquanto enfermeiro especialista, permitindo sustentar intervenções baseadas na evidência, orientadas para ganhos em saúde e alinhadas com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015), o que reforça o papel do enfermeiro de família como agente central na promoção da saúde familiar e na melhoria contínua dos cuidados.

No entanto, a elevada carga assistencial e o cumprimento de indicadores de desempenho constituem constrangimentos significativos à operacionalização de uma prática centrada na família, na medida em que condicionam o tempo disponível para intervenções relacionais, educativas e de acompanhamento contínuo. Esta realidade tende a favorecer uma lógica de cuidados orientada para tarefas e resultados mensuráveis a curto prazo, em detrimento de uma abordagem sistémica, que exige tempo para a construção da relação terapêutica, para a compreensão das dinâmicas familiares e para a co-construção de planos de cuidados ajustados às necessidades reais das famílias.

Neste contexto, reconheço que o desafio não se centra apenas na gestão individual do tempo pelo enfermeiro, mas sobretudo na necessidade de repensar os modelos organizacionais dos cuidados de saúde primários. A evolução da enfermagem de saúde familiar exige a valorização de práticas que integrem a família como unidade de cuidados, implicando a reorganização dos processos de trabalho, nomeadamente através da flexibilização das agendas, da integração de consultas familiares e domiciliárias de forma estruturada, e da redefinição de prioridades assistenciais que não se limitem ao cumprimento de indicadores quantitativos.

Adicionalmente, torna-se fundamental que os próprios indicadores de desempenho evoluam no sentido de incluir dimensões sensíveis aos cuidados à família, como a capacitação familiar, a adesão sustentada aos planos de cuidados ou a melhoria das dinâmicas familiares. Esta mudança permitiria alinhar a prática clínica com os pressupostos teóricos da enfermagem de saúde familiar, promovendo intervenções mais integradas, contínuas e significativas.

Numa perspetiva reflexiva, concluí que o enfermeiro de família tem também um papel ativo neste processo de mudança, ao adotar práticas críticas, fundamentadas e centradas na família, contribuindo para a sensibilização das equipas e para a transformação progressiva dos modelos de cuidados. Assim, a consolidação da enfermagem de saúde familiar em Portugal dependerá, não apenas de recursos, mas também de uma mudança de paradigma que valorize o tempo relacional como um investimento essencial na obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.

3.1.2. Recolhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

A avaliação das famílias constituiu um processo sistemático e estruturado, envolvendo a recolha de dados sobre hábitos de vida, antecedentes familiares, fatores ambientais e observação da comunicação verbal e não verbal. Foram utilizados instrumentos padronizados, como o genograma, o ecomapa, a Escala de Apgar Familiar e a Escala de Graffar, que permitem conhecer e compreender a dinâmica familiar, os recursos disponíveis e os fatores sociais que influenciam a saúde (Wright & Leahey, 2013; Relvas, 2000). Esta abordagem possibilitou a identificação de padrões de interação, redes de apoio e potenciais vulnerabilidades, orientando a intervenção do enfermeiro de forma mais precisa e contextualizada (Figueiredo, 2012).

No contexto do estágio, a avaliação familiar revelou-se fundamental para o exercício das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Esta prática permite, não apenas a identificação de fatores de risco e proteção, mas também a antecipação de situações de vulnerabilidade, contribuindo diretamente para a prevenção de complicações e para a

personalização dos cuidados ao longo do ciclo de vida familiar. Ao integrar informação de múltiplas fontes, o histórico clínico e a observação durante as consultas de enfermagem realizadas na Unidade de Saúde Familiar ou em visitas domiciliárias, o enfermeiro consegue obter uma visão holística da família, essencial para decisões clínicas informadas e intervenções adaptadas ao contexto real. A avaliação realizada evidenciou, por exemplo, antecedentes de hipertensão arterial e hábitos alimentares não saudáveis, padrões de comunicação tensos entre membros do casal e reduzida literacia em saúde familiar. O genograma e o ecomapa permitiram compreender a estrutura familiar, identificar redes de apoio e recursos comunitários, bem como detetar crenças e valores culturais que influenciam a adesão aos cuidados. Situações de transição familiar, como o desemprego recente de um dos elementos e o luto perinatal, foram também analisadas, permitindo implementar estratégias de apoio direcionadas.

O impacto desta avaliação na prática do enfermeiro de família é significativo. Ao identificar pontos fortes e fragilidades, o enfermeiro consegue planificar intervenções educativas, promover o empoderamento familiar e incentivar a adoção de comportamentos de autocuidado e estilos de vida saudáveis. Por exemplo, junto de uma família com um membro portador de diabetes mellitus tipo 2, a avaliação familiar possibilitou desenvolver um plano educativo envolvendo todos os elementos do agregado, reforçando a adesão ao tratamento, a monitorização da glicemia e a reorganização das rotinas alimentares. Este tipo de intervenção demonstra como a avaliação familiar contribui para a melhoria do controlo clínico, da autonomia familiar e da coesão do agregado, traduzindo-se em ganhos reais em saúde.

Em suma, a recolha de dados e avaliação familiar não é apenas uma etapa de recolha de informação, mas um instrumento estratégico do enfermeiro especialista. Permite compreender a família enquanto sistema dinâmico, orientar intervenções individualizadas e comunitárias, reforçar a capacitação e autonomia dos membros, e contribuir de forma mensurável para a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados. Esta prática evidencia, assim, o valor central do enfermeiro de família na promoção da saúde, prevenção de complicações e melhoria contínua dos resultados de saúde familiar.

No entanto, importa reconhecer que, no contexto português, que a operacionalização plena da avaliação familiar contínua é condicionada por um modelo de cuidados ainda fortemente influenciado por uma lógica biomédica e individualizada, o que se traduz numa fragmentação dos cuidados e numa valorização predominante de indicadores centrados no utente. Esta realidade dificulta a integração efetiva da família como unidade de cuidados, limitando a utilização sistemática de instrumentos de avaliação familiar e a continuidade da informação ao longo do tempo. Acresce que os sistemas de informação

disponíveis nem sempre permitem o registo estruturado e integrado de dados familiares, como genogramas ou ecomapas, comprometendo uma visão global e partilhada da família entre profissionais. A ausência de ferramentas informáticas plenamente orientadas para o registo e acompanhamento da família enquanto unidade de cuidados dificulta a sistematização da avaliação familiar, a continuidade da informação e a partilha entre profissionais, o que condiciona a operacionalização de intervenções verdadeiramente sistémicas. Assim, torna-se pertinente investir no desenvolvimento de plataformas que integrem mais elementos relativos à família tais como genogramas, ecomapas e planos de cuidados familiares, facilitando uma visão global e integrada.

Paralelamente, a pressão assistencial e o enfoque em metas quantitativas reforçam práticas orientadas para a resolução imediata de problemas, em detrimento de intervenções preventivas, relacionais e sistémicas, fundamentais na enfermagem de saúde familiar. Neste sentido, a evolução desta área exige uma mudança de paradigma, que passe pela valorização de indicadores qualitativos centrados na família, pela reorganização dos modelos de trabalho e pela integração de sistemas de informação que suportem efetivamente a abordagem sistémica. Tal transformação implica não apenas alterações estruturais, mas também um reposicionamento do enfermeiro de família enquanto agente crítico e promotor de práticas centradas na família, contribuindo para cuidados mais integrados, equitativos e sustentáveis.

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

A monitorização das respostas da família em situações complexas constituiu um eixo fundamental da prática clínica, implicando uma avaliação contínua, crítica e fundamentada das dinâmicas familiares face aos processos de saúde-doença. Esta competência exigiu a mobilização integrada de conhecimentos de enfermagem e de outras áreas do saber, permitindo sustentar a tomada de decisão clínica de forma contextualizada e centrada na família. De acordo com Wright e Leahey (2013), compreender as respostas familiares implica analisar não apenas o indivíduo, mas o sistema familiar como um todo, considerando as interações, padrões relacionais e significados atribuídos às experiências vividas. Esta perspetiva é igualmente sustentada pelo modelo sistémico, que reconhece a família como um sistema interdependente, no qual qualquer alteração num dos seus elementos influencia o funcionamento global (Relvas, 2000).

Neste enquadramento, a análise do histórico familiar e das relações entre os seus membros revelou-se essencial para identificar padrões de resposta à doença e compreender a organização e funcionamento da família, em consonância com o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Wright &

Leahey, 2013). Paralelamente, durante o estágio, mobilizei competências para avaliar mecanismos de *coping,* processos de adaptação e reações emocionais perante situações de doença crónica e dependência, conforme descrito na teoria das transições de Meleis (2010), que enfatiza a importância do apoio profissional nos momentos de mudança e vulnerabilidade. Esta integração foi particularmente evidente na abordagem de situações de ansiedade familiar, permitindo intervenções mais ajustadas às necessidades emocionais expressas.

De forma complementar, integrei contributos da saúde pública na identificação de determinantes sociais da saúde e fatores de risco, conforme preconizado por Marmot et al. (2008), o que permitiu uma avaliação mais abrangente das necessidades familiares. Esta prática encontra-se alinhada com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015), nomeadamente no domínio da adequação dos cuidados às necessidades identificadas e na utilização de conhecimentos científicos atualizados para a tomada de decisão.

A complexidade da prática tornou-se particularmente evidente no acompanhamento de famílias com necessidades específicas. Num caso de uma família com um idoso dependente, foram explorados antecedentes de doença, experiências prévias de cuidar e dinâmicas relacionais, identificando-se uma centralização do cuidado num único cuidador informal. Verificou-se um padrão de sobrecarga do cuidador principal, com repercussões físicas e emocionais, influenciando negativamente a resposta familiar à situação de dependência, fenómeno amplamente descrito na literatura como associado ao risco de sobrecarga do cuidador (Zarit et al., 1980). Neste contexto, enquanto enfermeiro de família, foi formulado o diagnóstico de enfermagem de sobrecarga do cuidador, que orientou intervenções autónomas centradas na capacitação do cuidador, promoção da partilha de responsabilidades entre os membros da família, ensino de estratégias de *coping* e autocuidado, bem como a identificação e mobilização de recursos formais e informais de apoio. Estas intervenções contribuíram para a prevenção de complicações, tanto no cuidador como na pessoa dependente, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados no domicílio.

De forma paralela, em famílias com idosos dependentes, foram consideradas as crenças culturais relativas ao papel da família no cuidado, assegurando intervenções culturalmente sensíveis, no âmbito da enfermagem transcultural (Leininger, 2002). A consideração das etapas do ciclo vital, crenças e contexto ambiental revelou-se igualmente determinante na monitorização das respostas familiares. Por exemplo, numa família com um recém-nascido, as intervenções foram ajustadas às necessidades desta etapa, como a adaptação à parentalidade e reorganização de rotinas, em consonância com a teoria do

desenvolvimento familiar (Carter & McGoldrick, 2005), reforçando o princípio da individualização dos cuidados.

A análise sistémica da interação entre indivíduo, família e ambiente permitiu compreender os fatores que influenciam a saúde e o bem-estar, de acordo com o modelo ecológico da saúde (Bronfenbrenner, 1979). Durante visitas domiciliárias, observei o impacto das condições socioeconómicas na gestão da doença e no acesso a cuidados. Em particular, relacionei condições habitacionais precárias com o agravamento de doença respiratória num dos membros da família, evidenciando a influência do ambiente na saúde. Esta análise está em consonância com os padrões de qualidade no que respeita à promoção de ambientes seguros e saudáveis e à equidade no acesso aos cuidados. Perante esta identificação, foram implementadas intervenções direcionadas, nomeadamente educação para a saúde sobre medidas de redução da exposição a fatores ambientais agravantes, orientação sobre ventilação e higiene do espaço habitacional e articulação com o serviço social para avaliação de apoios e melhoria das condições habitacionais. Estas ações permitiram transformar a informação recolhida em cuidados concretos, centrados na família e orientados para a melhoria das condições de saúde e prevenção de agravamentos clínicos.

A monitorização contínua das respostas familiares permitiu ainda ajustar intervenções ao longo do tempo, assegurando a sua adequação às necessidades emergentes. Num processo de acompanhamento de uma família com doença crónica, foi realizada reavaliação periódica da adaptação ao regime terapêutico e às mudanças no quotidiano, identificando dificuldades e potenciando estratégias de *coping* mais eficazes, em linha com os princípios da prática baseada na evidência e da gestão da doença crónica (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996).

Numa perspetiva reflexiva, a monitorização em situações complexas exige o desenvolvimento contínuo de competências analíticas, comunicacionais e culturais. A gestão da complexidade implica lidar com múltiplas variáveis em simultâneo, o que representa um desafio à tomada de decisão clínica. Neste sentido, a reflexão na ação e sobre a ação assume-se como essencial no desenvolvimento profissional, permitindo a melhoria contínua da prática (Schön, 1983). Assim, torna-se fundamental investir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da reflexão crítica e da incorporação sistemática da evidência científica (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

Na prática, esta abordagem traduziu-se na identificação de forças familiares, como a coesão entre os membros, a existência de rede de suporte informal e a motivação para a aprendizagem. Em contexto de idoso dependente, foi possível potenciar a ligação entre irmãos para promover a partilha de

responsabilidades, reduzindo a sobrecarga do cuidador principal. Em famílias com doença crónica, valorizei a capacidade prévia de adaptação em situações de transição, reforçando estratégias de *coping* mais eficazes.

A capacitação das famílias foi ainda promovida através do reforço positivo dos comportamentos adequados, da co-construção de soluções e da valorização de pequenas conquistas, aumentando a perceção de autoeficácia familiar e promovendo a autonomia na gestão do processo saúde-doença. Deste modo, o modelo de Gottlieb (Gottlieb, 2016) revelou-se estruturante na prática, permitindo uma intervenção mais positiva, colaborativa e centrada na família.

Por fim, numa perspetiva crítica, reconhece-se que o desenvolvimento desta competência em Portugal poderá ser reforçado através do aumento da autonomia clínica do enfermeiro de família e da valorização do seu papel na monitorização de situações complexas. Persistem desafios associados a modelos organizacionais centrados no ato pontual, o que limita a continuidade do acompanhamento familiar. Torna-se, assim, essencial investir na diferenciação do enfermeiro especialista, promovendo consultas familiares estruturadas, gestão de casos complexos e coordenação interprofissional de cuidados. Em simultâneo, o reforço da formação contínua em intervenção familiar e gestão da complexidade contribuirá para práticas mais consistentes e baseadas na evidência. A valorização da monitorização contínua e da relação terapêutica deve ser reconhecida como indicador de qualidade, contribuindo para cuidados mais integrados, seguros e centrados na família.

Não obstante a da monitorização das respostas familiares em situações complexas, a prática clínica evidenciou uma significativa variabilidade nas respostas das famílias com crianças em idade escolar perante situações semelhantes, nomeadamente ao nível da adaptação às exigências escolares, gestão de comportamentos de saúde e reorganização das dinâmicas familiares. Esta heterogeneidade torna desafiante a identificação consistente das intervenções de enfermagem com maior impacto na promoção da saúde e na adaptação do sistema familiar. Verifica-se, assim, uma lacuna na sistematização do conhecimento relativo às intervenções de enfermagem dirigidas a este grupo específico, particularmente no que respeita à sua aplicação ao longo dos diferentes níveis de prevenção. Neste contexto, e atendendo à necessidade de mapear, clarificar e caracterizar a diversidade de intervenções existentes, considerou-se pertinente o desenvolvimento de uma *scoping review*, com o objetivo de identificar e descrever as intervenções de enfermagem promotoras da saúde dirigidas a famílias que integram crianças em idade escolar, contribuindo para uma prática clínica mais informada, consistente e centrada na família.

3.1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

A prática desenvolvida foi orientada pelo referencial do Cuidar Baseado nas Forças, valorizando os recursos e capacidades existentes em cada família, promovendo a sua capacitação e autonomia no processo de saúde-doença (Gottlieb, 2016). Esta abordagem centra-se na identificação das potencialidades familiares, reconhecendo a família como parceira ativa no cuidado e facilitando a obtenção de ganhos em saúde. Na prática clínica, esta orientação foi concretizada através da identificação sistemática dos recursos internos da família, como o apoio entre membros, competências já adquiridas na gestão da doença e estratégias previamente utilizadas com sucesso. Durante as consultas e visitas domiciliárias, incentivei a verbalização das experiências positivas e das estratégias eficazes já utilizadas pela família, reforçando-as como recursos a manter e desenvolver; procurei envolver todos os elementos da família no planeamento dos cuidados, valorizando a sua participação na definição de objetivos realistas e exequíveis. Esta abordagem permitiu reforçar a motivação, aumentar a adesão às intervenções propostas e promover o empoderamento da família na gestão da sua saúde.

Paralelamente, foi aplicado o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, amplamente utilizado na enfermagem de família, permitindo uma avaliação sistematizada das dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento da família, bem como a definição de intervenções ajustadas às suas necessidades (Wright & Leahey, 2013). Este modelo possibilita uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares e sustenta a tomada de decisão clínica baseada na evidência. Ele possibilita uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares e sustenta a tomada de decisão clínica baseada na evidência, nomeadamente no acompanhamento de famílias em diferentes fases do ciclo de vida e em situações de doença.

No seguimento de uma família com um membro com diabetes mellitus tipo 2, a avaliação das dimensões funcional e de desenvolvimento permitiu identificar dificuldades na adesão ao regime terapêutico associadas à organização familiar e aos hábitos alimentares. Com base nesta análise, foram implementadas intervenções dirigidas à reorganização das rotinas familiares, educação para a saúde e envolvimento dos diferentes membros no processo de cuidado, promovendo a melhoria do controlo glicémico e da adesão terapêutica. Assim como, numa família com um idoso dependente, a aplicação do modelo permitiu identificar uma centralização do cuidado num único cuidador informal, com sinais evidentes de sobrecarga física e emocional, pelo que foram desenvolvidas intervenções dirigidas à redistribuição de tarefas entre os membros da família, promoção de estratégias de *coping* e reforço da rede de suporte social. Foi ainda realizada educação para a saúde relativamente à gestão do cuidado e

à importância do autocuidado do cuidador, bem como referenciação para recursos comunitários de apoio. Estas intervenções contribuíram para a redução da sobrecarga do cuidador e para a melhoria do funcionamento familiar.

A reflexão sobre estas intervenções permitiu reconhecer que a utilização de modelos teóricos baseados na evidência não só orienta a avaliação e a tomada de decisão clínica, como potencia a eficácia das intervenções, tornando-as mais estruturadas, intencionais e centradas na família.

Foram também utilizadas técnicas específicas de intervenção familiar, nomeadamente entrevista motivacional, circularidade, neutralidade e hipotetização, que favorecem o envolvimento da família no processo de tomada de decisão e promovem mudanças comportamentais sustentadas (Rollnick et al., 2008; Wright & Leahey, 2013). A entrevista motivacional assume particular relevância na promoção da mudança de comportamentos de saúde, ao explorar ambivalências e reforçar a motivação intrínseca (Rollnick et al., 2008).

Em consulta de enfermagem, criei um ambiente seguro facilitando a partilha relacionada com a vivência de luto perinatal e luto com confidencialidade. Segundo a Teoria das transições (Meleis, 2010) esta abordagem enfatiza a importância do suporte emocional e da presença terapêutica em momentos de vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Ao analisar uma dinâmica familiar, identifiquei a influência de um membro dominante nas decisões de saúde, nomeadamente a confeção dos alimentos nas refeições e co-construí com a família um plano de intervenção familiar para o controlo da hipertensão**,** centrado na modificação dos hábitos alimentares e na reorganização dos papéis na tomada de decisão. Esta intervenção reflete a abordagem sistémica da enfermagem de família, na qual os padrões relacionais influenciam diretamente os comportamentos de saúde (Wright & Leahey, 2013).

A integração sistemática da evidência científica na prática clínica contribuiu para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, indo ao encontro dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015), nomeadamente no que se refere à adequação das intervenções, promoção da saúde e prevenção de complicações. Esta integração foi realizada através da pesquisa ativa de evidência científica em bases de dados e documentos orientadores nacionais e internacionais, bem como da consulta de normas e *guidelines* em vigor na prática clínica em contexto de cuidados de saúde primários. Posteriormente, esta evidência foi analisada criticamente e traduzida para a prática através da adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada família relativas por exemplo relativas à educação

para a saúde. As orientações fornecidas foram sustentadas em recomendações atualizadas sobre gestão de doença crónica e promoção de estilos de vida saudáveis, garantindo coerência entre a melhor evidência disponível e a realidade familiar. Esta metodologia permitiu fundamentar a tomada de decisão clínica e assegurar intervenções mais seguras, eficazes e centradas na família.

Numa perspetiva crítico-reflexiva, reconheço que a implementação de intervenções baseadas na evidência exige não apenas conhecimento científico atualizado, mas também a capacidade de adaptação às características, valores e contexto sociocultural de cada família.

A utilização de estratégias como a entrevista motivacional revelou-se eficaz, contudo, a sua aplicação requer desenvolvimento contínuo de competências comunicacionais e relacionais. Em situações de menor adesão terapêutica, tornou-se evidente a necessidade de reformular intervenções e reforçar o envolvimento da família, reconhecendo que a mudança comportamental é um processo dinâmico e progressivo. Neste sentido, evidencia-se que a prática baseada na evidência constitui um elemento essencial na atuação do enfermeiro especialista, permitindo a obtenção de ganhos em saúde, a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de uma prática profissional mais crítica, reflexiva e fundamentada.

Apesar da integração consistente de modelos teóricos e evidência científica na prática clínica, nomeadamente, foi possível identificar limitações na disponibilidade de sínteses estruturadas que sistematizem, de forma abrangente, as intervenções de enfermagem promotoras da saúde dirigidas a famílias com crianças em idade escolar. Verificou-se que a evidência existente se encontra frequentemente dispersa, dificultando a sua aplicação consistente na tomada de decisão clínica e contribuindo para variabilidade nas práticas. Esta lacuna torna particularmente relevante a necessidade de recorrer a metodologias de síntese do conhecimento que permitam mapear a extensão, natureza e características das intervenções disponíveis. Neste contexto, optou-se pelo desenvolvimento de uma *scoping review*, enquanto metodologia adequada para identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras da saúde em famílias com crianças em idade escolar, contribuindo para o fortalecimento da prática baseada na evidência e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de família

Assim, a prática baseada na evidência deve ser entendida como um processo integrado, que articula conhecimento científico, experiência clínica e preferências da família, constituindo um pilar fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Gottlieb, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3.1.5. Intervém de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas

No seguimento da avaliação e planeamento dos cuidados, a intervenção junto da família constituiu um momento central da prática clínica, exigindo uma atuação intencional, sistematizada e baseada na evidência científica. De acordo com Wright e Leahey (2013), a intervenção em enfermagem de família deve promover mudanças no sistema familiar, considerando a sua natureza dinâmica, relacional e interdependente.

Relativamente à intervenção eficaz, promovi o diálogo com a família, criando um ambiente terapêutico seguro e facilitador da comunicação aberta. Durante a consulta de enfermagem, incentivei a expressão de sentimentos e dificuldades, permitindo identificar sinais de exaustão do cuidador. A partir desta partilha, foi possível redefinir estratégias de apoio, incluindo a mobilização de recursos comunitários. Esta intervenção contribuiu para a satisfação do cliente e para o bem-estar e autocuidado, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015), indo ao encontro da importância da comunicação terapêutica na promoção de relações de cuidado (Xue & Heffernan, 2021).

Utilizei técnicas motivacionais, nomeadamente a entrevista motivacional, em situações de mudança comportamental. Por exemplo, no acompanhamento de uma família com fatores de risco cardiovascular, recorri a esta abordagem para promover alterações nos hábitos alimentares e aumento da atividade física. Através de uma escuta ativa e de perguntas abertas, foi possível identificar ambivalências e reforçar a motivação para a mudança. Esta intervenção está alinhada com a evidência que demonstra a eficácia da entrevista motivacional na promoção de comportamentos saudáveis (Rollnick et al., 2008). Contudo, numa perspetiva reflexiva, reconheço que a eficácia desta técnica depende da adaptação ao contexto sociocultural da família e da qualidade da relação estabelecida, exigindo desenvolvimento contínuo desta competência.

Desenvolvi e avaliei intervenções com a família, nomeadamente em processos de adaptação a doenças crónicas. Num caso de uma família com um membro recentemente diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2, colaborei na definição de um plano de gestão da doença, incluindo alterações alimentares, monitorização glicémica e reorganização de dinâmicas familiares. A avaliação contínua destas intervenções permitiu ajustar estratégias e reforçar comportamentos positivos. Esta abordagem evidencia a importância do envolvimento da família na tomada de decisão, promovendo o empoderamento e a adesão terapêutica (Gottlieb, 2016), o que contribui também para a readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Integrei nas intervenções as dimensões biopsicossociais, emocionais, espirituais e cognitivas da família, assegurando uma abordagem holística. Esta competência foi particularmente relevante no acompanhamento de uma família em situação de luto perinatal, onde procurei respeitar os significados atribuídos à perda e apoiar a expressão emocional, em consonância com a Teoria das Transições de Meleis (2010), que destaca a importância do apoio profissional em momentos de mudança significativa. Ainda assim, reconheço que poderia aprofundar mais a dimensão espiritual, o que constitui uma área de desenvolvimento futuro.

A prática foi sustentada na evidência científica, integrando conhecimentos atualizados na tomada de decisão clínica. Por exemplo, no acompanhamento de lactentes, utilizei orientações baseadas na evidência para a prevenção da plagiocefalia posicional, reforçando a educação parental. Esta integração da evidência contribui para a qualidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e reflete a importância de uma prática informada pela investigação (Gottlieb, 2016).

Apoiei a família na gestão de conflitos e emoções, promovendo estratégias de comunicação eficaz e *coping* adaptativo. Numa família com dificuldades na gestão de comportamentos de um adolescente, facilitei a comunicação entre os membros, promovendo a escuta ativa e a compreensão mútua, sendo que esta intervenção permitiu reduzir tensões e melhorar a dinâmica familiar. Contudo, numa análise crítica, compreendi que quando mais aprofundada for a avaliação das relações familiares, as intervenções do enfermeiro de família serão mais estruturadas, consistentes e bem-sucedidas.

Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados, através da monitorização contínua e da adequação das intervenções às necessidades identificadas. Em contexto domiciliário, identifiquei riscos ambientais, como barreiras arquitetónicas em idosos com risco de queda, implementando medidas preventivas. Paralelamente, promovi ambientes saudáveis, incentivando práticas de saúde seguras e estilos de vida saudáveis, contribuindo para a prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Em síntese, o desenvolvimento desta competência permitiu consolidar a importância de uma intervenção colaborativa, centrada na família e sustentada na evidência científica. A reflexão crítica sobre a prática evidenciou a necessidade de adaptação contínua das intervenções, bem como o desenvolvimento de competências relacionais e analíticas, fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar de qualidade ainda mais estruturada.

Numa perspetiva mais crítico-reflexiva e enquadrando o contexto português, considera-se que o enfermeiro de família enquanto especialista poderá reforçar esta competência através de uma maior sistematização da prática baseada na evidência, não apenas ao nível individual, mas também ao nível das equipas e das organizações de saúde. Apesar da crescente valorização da evidência científica, persistem desafios na sua operacionalização, nomeadamente a limitação de tempo em contexto assistencial, o acesso a recursos científicos atualizados e a ausência de espaços formais para reflexão clínica e partilha de boas práticas.

A promoção de uma cultura organizacional que valorize a utilização da evidência implica o incentivo à discussão de casos clínicos, à realização de auditorias de qualidade e à implementação de protocolos baseados em recomendações científicas atualizadas (Jordan et al., 2018). O enfermeiro especialista assume, neste âmbito, um papel determinante enquanto agente de mudança, podendo liderar processos de melhoria contínua da qualidade, apoiar a equipa na integração da evidência na prática e contribuir para a uniformização de cuidados centrados na família (Donabedian, 1988; Wright & Leahey, 2013). Importa ainda reforçar a articulação entre a prática clínica e a investigação, promovendo a participação dos enfermeiros em projetos de investigação e na produção científica, o que permitirá adequar a evidência às especificidades do contexto nacional e das populações acompanhadas (International Council of Nurses, 2021). A valorização do raciocínio clínico fundamentado, aliado à utilização de modelos teóricos e instrumentos validados, deverá ser reconhecida como um indicador de qualidade dos cuidados (Donabedian, 1988).

A evolução da enfermagem de saúde familiar em Portugal poderá passar pelo fortalecimento do papel do enfermeiro especialista na integração da evidência científica na prática diária, contribuindo para intervenções mais eficazes, seguras e consistentes, e para a obtenção de ganhos em saúde sustentados nas famílias e na comunidade.

Apesar da implementação de intervenções diversificadas e sustentadas na evidência científica, a prática clínica evidenciou a existência de múltiplas abordagens possíveis na promoção do bem-estar familiar em situações complexas, nem sempre sendo claro quais as intervenções com maior eficácia em contextos específicos, como nas famílias com crianças em idade escolar. A diversidade de estratégias utilizadas, aliada à complexidade das dinâmicas familiares e à influência de fatores contextuais, torna desafiante a seleção das intervenções mais adequadas e com maior impacto nos ganhos em saúde. Neste sentido, emergiu a necessidade de sistematizar e clarificar as intervenções de enfermagem

promotoras da saúde dirigidas a este grupo, de forma a apoiar a tomada de decisão clínica e promover maior consistência na prática.

3.1.6. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

A prática incluiu registos no sistema SClínico sobre avaliação familiar, avaliação contínua da eficácia das intervenções e *feedback* às famílias. A documentação sistemática dos cuidados e a avaliação contínua constituem elementos fundamentais para garantir a qualidade e a segurança da prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na continuidade da intervenção desenvolvida junto das famílias, tornou-se evidente que a qualidade dos cuidados prestados está intrinsecamente relacionada com a proatividade do enfermeiro no seu desenvolvimento profissional, sustentado numa prática reflexiva e crítica.

Neste âmbito, procurei orientação junto de enfermeiros especialistas, reconhecendo a supervisão clínica como um elemento essencial para a aquisição e consolidação de competências avançadas. Em situações de maior complexidade, como o acompanhamento de famílias com múltiplos problemas de saúde e vulnerabilidade social, recorri ao apoio do enfermeiro orientador para validação do plano de cuidados e definição de prioridades de intervenção. Esta prática vai ao encontro da importância da aprendizagem em contexto clínico supervisionada (Benner, 2001). Realizei uma avaliação contínua da minha prática, recorrendo à reflexão crítica após as intervenções. Por exemplo, após uma consulta com uma família com adesão ao regime terapêutico comprometida, analisei a abordagem utilizada, identificando a necessidade de simplificar a comunicação e reforçar estratégias educativas. Este processo permitiu ajustar intervenções subsequentes, evidenciando a importância da reflexão na melhoria da prática clínica (Schön, 1983).

Refleti sobre as interações estabelecidas com as famílias, avaliando a sua eficácia nos resultados em saúde. Numa situação de acompanhamento de uma família com um adolescente com comportamentos de risco, reconheci que a comunicação inicial não tinha promovido o envolvimento desejado e realizei uma reformulação da abordagem, com maior foco na escuta ativa e na validação emocional, o que resultou numa melhoria da relação terapêutica. Esta experiência reforçou a importância da comunicação terapêutica na prática da enfermagem. Prestei cuidados de acordo com os padrões profissionais, assegurando uma atuação ética, segura e centrada na família, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2015). Esta orientação contribuiu para a qualidade dos cuidados e para a satisfação do utente.

Investi no desenvolvimento contínuo, através da participação em formações e eventos científicos, que permitiram a atualização de conhecimentos e a integração de novas evidências na prática. Contudo, numa perspetiva reflexiva, reconheço a necessidade de aprofundar áreas específicas, como a gestão de situações de crise. Ainda assim, demonstrei capacidade crítica, através da análise reflexiva da prática e da integração de evidência científica na tomada de decisão.

A participação em atividades de formação e eventos científicos constituiu um elemento central para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem de saúde familiar intencional, atualizada e baseada na evidência. De facto, a formação contínua permite consolidar conhecimentos, refletir criticamente sobre a prática e integrar inovações metodológicas, fortalecendo a tomada de decisão clínica centrada na família (Gottlieb, 2016; Wright & Leahey, 2013).

No "EaQ – Enfermagem de Saúde Escolar na região Norte: como estamos e para onde queremos ir?" (25 de setembro de 2025 – Ordem dos Enfermeiros, plataforma digital), foram abordadas estratégias de promoção da saúde escolar, evidenciando a importância de integrar o contexto educativo na avaliação familiar e na implementação de programas preventivos, reforçando a abordagem sistémica da família de Meleis (2010).

A participação no "V Encontro Científico – Investigação em Enfermagem: Interdisciplinaridade e Inovação" (26 de novembro de 2025 – Auditório do Instituto Português de Oncologia do Porto) permitiu a atualização em metodologias de investigação e evidência científica, fortalecendo a capacidade de aplicar resultados de estudos clínicos à prática diária, o que promove intervenções fundamentadas e seguras (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No "VI Congresso Ibérico de Terapia Familiar – 44.º Congresso Nacional de Terapia Familiar" (16 e 18 de outubro de 2025 – Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, plataforma digital), aprofundei abordagens sistémicas e técnicas de terapia familiar, o que sustentou a aplicação de estratégias de comunicação terapêutica e intervenção em dinâmicas familiares complexas, promovendo mudanças comportamentais eficazes e sustentáveis. Esta aprendizagem vai ao encontro dos princípios da entrevista motivacional e das estratégias de comunicação centradas na mudança comportamental propostas por Rollnick, Miller e Butler (2008), bem como da abordagem sistémica da enfermagem de família de Wright e Leahey (2013), promovendo intervenções mais eficazes e sustentáveis.

O "4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar – Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João – O debate" (25 e 26 de novembro

de 2025, ULS São João, plataforma digital) reforçou a capacidade de avaliação crítica de serviços de saúde, incentivando a implementação de boas práticas baseadas em evidência, com foco na personalização e na qualidade dos cuidados familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Curso de Formação Profissional de Intervenção na Perda e no Luto (11 de novembro de 2025 – Evolui.com, 27h, plataforma digital) foi determinante para a aquisição de competências na abordagem de processos de luto perinatal e familiar, permitindo criar intervenções sensíveis ao sofrimento emocional e espiritual, essenciais para o bem-estar sistémico da família (Meleis, 2010).

Finalmente, o Digital Learning – Sclínico Cuidados de Saúde Primários – Perfil Enfermagem (18 de novembro 2025) permitiu a atualização de conhecimentos relativos a protocolos clínicos, ferramentas de apoio à decisão e registos eletrónicos de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade da documentação e para a continuidade dos cuidados. A utilização adequada dos sistemas de informação em saúde revelou-se fundamental para a gestão integrada da informação clínica e para a monitorização sistemática das respostas da família ao longo do processo de cuidados, o que facilitou a reavaliação e o ajustamento das intervenções de enfermagem de forma atempada e estruturada.

Em síntese, estas atividades de formação permitiram consolidar a aplicação da evidência científica na prática clínica, fortalecer competências analíticas e relacionais e promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, reforçando a importância do envolvimento ativo e intencional do profissional no desenvolvimento de intervenções contextualizadas e de elevada qualidade.

3.1.7. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

A monitorização e avaliação das intervenções constituem etapas fundamentais do processo de enfermagem, permitindo assegurar a adequação, eficácia e qualidade dos cuidados prestados à família. A formalização da monitorização e da avaliação das respostas da família constitui um eixo central da prática clínica, permitindo aferir a eficácia das intervenções, consolidar a relação enfermeiro-família e fundamentar a tomada de decisão baseada na evidência científica (Wright & Leahey, 2013). A atuação nesta competência envolveu três dimensões principais: avaliação da satisfação da relação enfermeiro-família e dos cuidados prestados; avaliação da eficácia dos cuidados na consecução dos objetivos familiares; integração da investigação e da evidência clínica no planeamento e ajustamento dos cuidados.

Neste contexto, criei momentos específicos para avaliar a satisfação da família, integrando o *feedback* como parte do processo terapêutico. Nomeadamente, após intervenções em famílias com doença crónica, questionei diretamente os membros sobre a utilidade das orientações fornecidas e a sua

perceção da relação estabelecida. Este processo permitiu ajustar a abordagem e reforçar a confiança, contribuindo para a satisfação do utente. A monitorização da satisfação da família foi também realizada através de entrevistas semiestruturadas e do questionamento direto sobre a perceção dos cuidados, interrogando, por exemplo, uma família acerca da perceção sobre os cuidados prestados durante o acompanhamento de um idoso dependente, incluindo a clareza das informações fornecidas e a disponibilidade do enfermeiro de família. Através da análise das respostas, foi possível identificar a necessidade de reforçar explicações sobre a gestão do regime terapêutico, nomeadamente a administração de medicação e a reorganização dos horários da consulta, promovendo maior confiança e satisfação com os cuidados (Camarneiro, 2021). Esta prática evidencia a importância da comunicação terapêutica e do vínculo enfermeiro-família como facilitadores do sucesso das intervenções (Gottlieb, 2016).

Avaliei a eficácia das intervenções, analisando o grau de consecução dos objetivos definidos. Num caso de promoção de estilos de vida saudáveis, monitorizei indicadores, como alterações nos hábitos alimentares e níveis de atividade física, verificando progressos, mas também dificuldades na manutenção das mudanças. Esta avaliação permitiu reformular estratégias e reforçar o acompanhamento, evidenciando que a mudança comportamental é um processo gradual (Rollnick et al., 2008).

No acompanhamento de famílias com doença crónica, a monitorização contínua dos indicadores clínicos e comportamentais revelou-se essencial para a adequação dos cuidados. Neste âmbito, procedi à avaliação regular do controlo glicémico e da adesão ao regime terapêutico, incluindo hábitos alimentares e a prática de atividade física. Esta monitorização permitiu identificar constrangimentos na integração das recomendações no quotidiano familiar, nomeadamente dificuldades na alteração de rotinas e resistência à mudança de hábitos. Perante estas situações, foram reforçadas estratégias de apoio e capacitação da família, com recurso a técnicas de entrevista motivacional, promovendo o desenvolvimento de formas de *coping* mais eficazes e a autonomia na gestão da doença (Rollnick et al., 2008; Wright & Leahey, 2013). Em paralelo, em famílias com dificuldades de comunicação ou conflitos intergeracionais, a observação e a análise da dinâmica familiar permitiram aferir a melhoria da comunicação e a redução de tensões como indicadores de eficácia das intervenções.

Atualizei o plano de cuidados de um lactente com base em *guidelines* recentes sobre prevenção da plagiocefalia posicional, reforçando a educação parental sobre posicionamento seguro durante o sono (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Adicionalmente, compreendi que a monitorização não se limita à

avaliação dos resultados, mas inclui também o acompanhamento do processo de mudança da família, valorizando pequenos progressos e reforçando a sua capacitação.

A utilização do sistema SClínico permitiu o registo sistemático das intervenções, facilitando a continuidade de cuidados e a comunicação entre profissionais. Este registo estruturado contribui para a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Numa perspetiva crítico-reflexiva, reconheço que, em algumas situações, a avaliação poderia ter sido mais sistematizada, nomeadamente através da utilização de indicadores mais objetivos e instrumentos de avaliação familiar. Esta identificação constitui uma oportunidade de melhoria futura, reforçando a importância da avaliação contínua enquanto processo dinâmico.

Integrei a evidência científica no planeamento e na avaliação dos cuidados, assegurando uma prática fundamentada e atualizada. Por exemplo, na consulta de saúde infantil, integrei a evidência científica no planeamento e na avaliação dos cuidados, garantindo uma prática fundamentada e atualizada. Neste âmbito, utilizei recomendações baseadas na evidência para a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, permitindo a identificação precoce de fatores de risco, como atraso ponderal ou sinais de alergias alimentares, e o ajustamento do plano de cuidados às necessidades específicas de cada criança.

Paralelamente, no contexto da educação parental, apliquei estratégias educativas sustentadas na literatura científica, incluindo orientação sobre aleitamento materno, introdução alimentar e promoção de hábitos de higiene e segurança, recorrendo a recursos visuais e a linguagem acessível, particularmente em famílias com baixa literacia em saúde. Desta forma, contribuí para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a capacitação das famílias, em consonância com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (2013). Estas intervenções permitiram que os cuidadores compreendessem melhor os cuidados necessários e se tornassem parceiros ativos no acompanhamento da saúde dos filhos, promovendo autonomia, capacitação e participação familiar no processo de cuidado (Gottlieb, 2016).

Esta prática evidencia a importância do enfermeiro de família em assegurar cuidados centrados no utente e na família, garantindo que a tomada de decisão clínica é sustentada por dados e evidência científica. Ao aplicar o conhecimento atual, o enfermeiro potencia a prevenção de complicações, promove a saúde e fortalece a segurança e o bem-estar das famílias. Tal abordagem está diretamente alinhada com os Padrões Especializados de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015), nomeadamente nos

domínios da adequação dos cuidados às necessidades identificadas, promoção da saúde e bem-estar, e desenvolvimento de competências das famílias para o autocuidado. Assim, a integração sistemática da evidência científica não só sustenta a prática clínica, como contribui para o exercício reflexivo, crítico e ético do enfermeiro especialista, fortalecendo a sua capacidade de intervenção em contextos complexos e dinâmicos.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência permitiu consolidar a importância da avaliação contínua e da integração da evidência científica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a promoção de ganhos em saúde familiar.

Considerando o contexto atual, o desenvolvimento desta competência pelo enfermeiro de família especialista poderá ser ainda mais potenciado através do reforço de uma prática sistemática de monitorização, avaliação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Apesar da crescente utilização de sistemas de informação como o SClínico, persistem as limitações já referidas anteriormente na sua utilização enquanto ferramenta analítica, sendo frequentemente privilegiado o registo descritivo em detrimento da monitorização de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.

Neste sentido, torna-se fundamental que o enfermeiro especialista assuma um papel mais ativo na definição e utilização de indicadores de avaliação familiar, que permitam medir de forma objetiva os ganhos em saúde, a evolução das dinâmicas familiares e a eficácia das intervenções implementadas. A utilização de instrumentos validados e a sistematização da avaliação ao longo do tempo poderão contribuir para uma prática mais estruturada, comparável e orientada para resultados.

Da mesma forma, importa reforçar a cultura de reflexão e partilha em equipa, através da discussão de casos clínicos, realização de auditorias internas e análise crítica dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista em saúde familiar poderá assumir um papel dinamizador nestes processos, promovendo a integração da evidência científica na prática coletiva e contribuindo para a uniformização e melhoria dos cuidados.

Adicionalmente, a articulação entre prática clínica e investigação deverá ser incentivada, promovendo a participação em projetos de investigação e a produção de conhecimento em enfermagem de saúde familiar, ajustado à realidade portuguesa. Isto permitirá, não só melhorar a qualidade dos cuidados, como também reforçar a visibilidade e valorização do papel do enfermeiro especialista. O tempo dedicado à avaliação e monitorização dos cuidados enquanto componente integrante do cuidado

deve ser reconhecido como uma componente essencial e indissociável da prática de enfermagem, na medida em que a qualidade não se expressa apenas na intervenção realizada, mas também na capacidade de avaliar, ajustar e demonstrar os resultados obtidos. Desta forma, o enfermeiro especialista em saúde familiar contribui para cuidados mais eficazes, seguros e centrados na família, promovendo ganhos em saúde sustentados e uma prática profissional mais crítica, fundamentada e diferenciada.

3.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A competência de liderança e colaboração na enfermagem de saúde familiar refere-se à capacidade do profissional em articular, coordenar e integrar cuidados de saúde junto de equipas interdisciplinares, mobilizando recursos e promovendo práticas clínicas centradas na família e sustentadas em evidência científica. No contexto dos cuidados primários, esta competência é fundamental para responder às complexas necessidades das famílias, garantindo continuidade de cuidados, qualidade assistencial e resultados positivos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2022). A enfermagem de saúde familiar exige, não apenas competências técnicas e clínicas, mas também competências de liderança que permitam promover ambientes interprofissionais colaborativos, coordenar processos de cuidado e apoiar a tomada de decisão partilhada entre os utentes e as equipas de profissionais.

A literatura científica demonstra que a liderança de enfermagem está diretamente associada à eficácia da colaboração interdisciplinar e, consequentemente, à melhoria da satisfação dos utentes e da qualidade global dos serviços de saúde. Em contextos de cuidados de saúde primários e comunitários, a liderança transformacional e colaborativa dos enfermeiros facilita a comunicação, fortalece o trabalho em equipa e sustenta práticas integradas que colocam a família no centro do cuidado (Kamppila et al., 2026; Orchard et al., 2017).

3.2.1. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A articulação eficaz entre diferentes profissionais de saúde – incluindo médicos de família, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros especialistas integrados nas Unidades de Cuidados na Comunidade –, não só otimiza a coordenação dos cuidados, como também promove respostas mais adequadas e contextualizadas às necessidades da família. Esta integração, aliada à utilização de sistemas de informação e ferramentas tecnológicas, contribui para uma prática de enfermagem mais eficiente, contínua e adaptada aos diferentes níveis de prevenção e promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Ao longo do estágio, foi adotada uma postura proativa na articulação com equipas multidisciplinares e recursos comunitários, promovendo respostas integradas às necessidades das famílias. Em situações de vulnerabilidade social, foi estabelecida uma articulação com os serviços de ação social, assegurando o acesso a recursos essenciais, ao apoio domiciliário e à proteção social. Isto contribuiu para a equidade no acesso aos cuidados e para a melhoria das condições de vida das famílias.

Nos casos de sobrecarga do cuidador, procedeu-se ao encaminhamento para a Unidade de Cuidados na Comunidade, com envolvimento de enfermeiros especialistas, nomeadamente em saúde mental e psiquiátrica, garantindo suporte especializado. Esta intervenção contribuiu para a proteção da saúde física e emocional do cuidador principal e para o equilíbrio do sistema familiar, em consonância com o modelo sistémico familiar (Sequeira, 2017).

Na transição para a parentalidade, particularmente em contextos de amamentação, foi realizada a articulação com enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, garantindo ensino individualizado, acompanhamento e orientação baseada na evidência científica, o que levou à promoção da autonomia parental e à adoção de práticas de saúde seguras e sustentáveis.

A articulação interprofissional revelou-se igualmente essencial na gestão de famílias com doença crónica e em situações de risco cardiovascular, permitindo assegurar a continuidade dos cuidados e a implementação de intervenções ajustadas às necessidades reais da família, com enfoque na prevenção de complicações e promoção da saúde.

A utilização de sistemas de informação, nomeadamente o SClínico, facilitou a comunicação entre profissionais, a partilha de informação clínica e a continuidade assistencial, contribuindo para uma intervenção mais coordenada e eficaz. Paralelamente, a participação em reuniões interdisciplinares, em discussões de casos e em planeamento conjunto de cuidados reforçou a importância da colaboração entre profissionais de diferentes áreas, promovendo uma abordagem integrada e centrada na família.

A orientação das famílias para serviços comunitários permitiu, ainda, promover a utilização racional dos recursos de saúde, contribuindo para uma maior eficiência e satisfação no percurso de cuidados. Esta prática evidencia a capacidade do enfermeiro de família de facilitar processos organizacionais, o que promove a continuidade dos cuidados e a partilha de conhecimentos entre profissionais. Neste âmbito, as atividades de mentoria assumiram um papel relevante, reforçando a integração da evidência científica na prática clínica e promovendo um ambiente colaborativo e de aprendizagem contínua (Orchard et al., 2017).

Esta intervenção destaca a liderança colaborativa do enfermeiro de família, que atua como elemento central na coordenação interprofissional dos cuidados (Kamppila et al., 2026). A articulação estruturada entre diferentes serviços permite uma abordagem holística, contextualizada e centrada na família, contribuindo para a promoção do bem-estar, o fortalecimento do autocuidado e a prevenção de complicações.

Numa perspetiva crítica, estas experiências demonstram que a competência do enfermeiro de família na coordenação interprofissional ultrapassa uma exigência organizacional, assumindo-se como um imperativo ético e técnico. Esta atuação garante cuidados seguros, eficazes e equitativos, em alinhamento com os Padrões Especializados de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015), nomeadamente nos domínios da promoção da saúde, da adequação das intervenções às necessidades da família e da continuidade dos cuidados.

3.2.2. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

No âmbito da enfermagem de saúde familiar, a gestão integrada dos cuidados aos diferentes níveis de prevenção traduz-se em intervenções dirigidas à família como unidade de cuidados, reconhecendo que as relações e rotinas familiares influenciam a saúde de todos os seus membros. Assim, foi desenvolvida uma intervenção ao nível da prevenção primária, através de ações de educação para a saúde dirigidas à família, nomeadamente no que respeita à alimentação saudável, às rotinas de sono e à segurança no domicílio, promovendo a prevenção de acidentes e doença, bem como o reforço das competências de autocuidado.

A prevenção secundária foi operacionalizada através da observação e da análise de padrões familiares de risco, identificando, por exemplo, situações de sedentarismo, tendo sido promovidas mudanças comportamentais coletivas relacionadas com a prática de exercício físico, com vista à prevenção de doenças crónicas. Ao nível da prevenção terciária, com enfoque na reabilitação e adaptação familiar após eventos críticos, procedeu-se à reorganização das rotinas familiares após hospitalizações ou situações de dependência, envolvendo os diferentes membros no processo de adaptação e promovendo a autonomia e coesão familiar.

Esta abordagem integrada permitiu responder de forma proativa às necessidades das famílias, utilizando dados clínicos para ajustar intervenções, coordenar recursos interdisciplinares e assegurar cuidados consistentes, oportunos e centrados na família. Neste contexto, participou-se no planeamento e na avaliação de programas de seguimento neonatal e de consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, monitorizando indicadores, como a adesão às consultas, a incidência de dor em procedimentos

e sinais precoces de plagiocefalia. Esta estratégia contribui para a tomada de decisão baseada em resultados clínicos, bem como para a qualidade e segurança dos cuidados (Moura Ramos et al., 2025).

A prática desenvolvida integrou também a utilização das tecnologias de informação e comunicação como suporte à tomada de decisão e à prática baseada na evidência. Estas ferramentas facilitaram o acesso à informação científica, a monitorização dos cuidados e a comunicação entre profissionais, promovendo continuidade assistencial e eficiência (Oliveira, Sousa, & Rodrigues, 2021; Ministério da Saúde, 2021). A utilização de registos informáticos, como o SClínico, e de contactos não presenciais permitiu um acompanhamento mais rigoroso das famílias e a adaptação das intervenções.

Neste contexto, a prática foi sustentada na enfermagem baseada na evidência, integrando a melhor evidência científica com a experiência clínica e os valores das famílias (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019), e aliando tudo isso a uma abordagem centrada na família, que valoriza a comunicação, a colaboração e a capacitação (Wright & Leahey, 2013). A promoção da literacia em saúde assumiu-se como elemento central, sendo utilizadas estratégias comunicacionais adequadas para facilitar a compreensão e participação das famílias (Okan et al., 2023).

Neste sentido, foi desenvolvido, em colaboração com o enfermeiro orientador de estágio, um artigo de opinião sobre a plagiocefalia posicional: Sá, A., & Mesquita, R. (2026). *As intervenções do enfermeiro de família na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional em Portugal: uma perspetiva baseada na evidência* [Manuscrito submetido para publicação]. Revista Enfermagem em Foco. A necessidade deste trabalho surgiu a partir da observação, durante o estágio, de famílias com lactentes que apresentavam fatores de risco para plagiocefalia posicional, associada à falta de orientação adequada sobre posição de decúbito, mobilidade e estímulos motores precoces. Esta lacuna na educação parental e na prevenção precoce evidenciou a importância de sistematizar recomendações baseadas na evidência científica. Desta forma, a elaboração deste trabalho implicou uma análise crítica da literatura científica existente sobre a temática, nomeadamente no que se refere às estratégias de prevenção, deteção precoce e orientação parental nos primeiros meses de vida.

Esta atividade permitiu aprofundar conhecimentos científicos relevantes para a prática em enfermagem de saúde familiar, reforçando a importância da integração da evidência na tomada de decisão clínica e na promoção de práticas preventivas junto das famílias com lactentes. Simultaneamente, contribuiu para dar visibilidade ao papel do enfermeiro de família na prevenção de condições evitáveis, evidenciando a importância da educação parental e da intervenção precoce.

A liderança colaborativa e a articulação interdisciplinar constituíram igualmente pilares da prática desenvolvida, permitindo chegar a respostas integradas e centradas na família (Loureiro & Figueiredo, 2019). A participação em reuniões de equipa, a discussão de casos e o planeamento conjunto de cuidados promoveram uma abordagem partilhada e alinhada entre profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que respeita à gestão do sistema de cuidados da família, foram implementadas estratégias como consultas não presenciais e a monitorização de indicadores de saúde, assegurando continuidade assistencial, deteção precoce de alterações e adaptação das intervenções. Esta abordagem contribui para ganhos em saúde e para a eficiência dos serviços (Starfield, Shi & Macinko, 2005).

A prática desenvolvida integrou, também, uma forte componente de articulação com políticas de saúde e intervenção nos determinantes sociais. O enfermeiro de família assume um papel estratégico na promoção da saúde, na prevenção da doença e no fortalecimento do bem-estar familiar, atuando como elo entre cuidados clínicos e políticas sociais (Oliveira, Sousa, & Rodrigues, 2021). Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 reforça a importância de intervenções centradas na família, considerando o contexto social, económico e cultural e promovendo a equidade no acesso aos cuidados (Ministério da Saúde, 2021).

Neste âmbito, foram desenvolvidas intervenções em diferentes contextos, nomeadamente através de visitas domiciliárias a famílias com idosos dependentes, permitindo avaliar condições de vida, segurança e gestão terapêutica e capacitar cuidadores na prevenção de complicações. Em situações de vulnerabilidade social, foram identificados fatores de risco através de entrevistas e visitas domiciliárias, promovendo a articulação com serviços comunitários de apoio alimentar, habitacional, de higiene e conforto. Paralelamente, foram desenvolvidas estratégias de promoção da literacia em saúde e direitos sociais, recorrendo a uma linguagem acessível, a materiais visuais e à consulta familiar participativa, promovendo equidade, inclusão e autonomia, em consonância com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030.

A intervenção incluiu, ainda, a promoção da saúde mental familiar, com identificação de sinais de ansiedade e *stress*, e o encaminhamento para serviços especializados dos utentes, bem como a gestão de doenças crónicas, através da monitorização de parâmetros clínicos, educação para o autocuidado e reforço da adesão terapêutica.

Estas ações foram sustentadas por uma abordagem centrada na família e na comunidade, que reconhece a família como núcleo central na promoção da saúde (McGoldrick, Gerson, & Shellenberger, 2019). Adicionalmente, os cuidados de saúde primários de qualidade são determinantes na redução das desigualdades e na promoção da equidade (Stange, Miller, & Etz, 2023), reforçando o papel do enfermeiro como agente de transformação social.

Numa perspetiva crítica, reconhece-se que o desenvolvimento desta competência pode ser reforçado, particularmente ao nível da liderança estratégica e da intervenção em políticas de saúde. Apesar da participação na articulação interprofissional, a intervenção ao nível macro poderá ser mais estruturada, nomeadamente através da participação em processos de decisão e grupos de trabalho e do desenvolvimento de políticas ajustadas às necessidades das famílias.

Ao nível organizacional, destaca-se a necessidade de consolidar práticas de liderança, definir indicadores centrados na família e implementar processos de monitorização dos cuidados. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na mentoria, supervisão clínica e desenvolvimento das equipas.

Relativamente às tecnologias de informação e comunicação, reconhece-se o potencial de evolução na sua utilização para produção e disseminação de conhecimento científico, bem como para a promoção da literacia digital em saúde junto das famílias.

Assim, o desenvolvimento desta competência implica a evolução do papel do enfermeiro de família para uma atuação mais abrangente, integrando dimensões clínicas, organizacionais, científicas e políticas. Este percurso contribui para a consolidação da enfermagem de saúde familiar como área central na resposta às necessidades das populações, promovendo um sistema de saúde mais integrado, equitativo e centrado na família.

Considerando ainda a abordagem integrada dos cuidados nos diferentes níveis de prevenção – primordial, primária, secundária, terciária e quaternária –, torna-se evidente a importância de compreender de forma mais sistematizada quais são as intervenções de enfermagem que promovem efetivamente a saúde das famílias ao longo do ciclo de vida. Neste enquadramento sistémico, a prática clínica em contexto de consulta de enfermagem com famílias que integram crianças em idade escolar permitiu identificar manifestações concretas da interação dinâmica entre o sistema familiar e os sistemas com os quais este se relaciona, nomeadamente o sistema escolar e os serviços de saúde.

Observou-se que alterações no funcionamento da criança, como dificuldades de adaptação escolar, problemas de comportamento, alterações do sono ou episódios recorrentes de doença aguda, impactam o sistema familiar como um todo, desencadeando processos de reorganização ao nível das dinâmicas familiares, dos padrões comunicacionais e da distribuição de papéis parentais, em consonância com os princípios de interdependência e circularidade causal descritos na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy (1968) – perspetiva esta igualmente aplicada no âmbito da enfermagem de família por Friedman, Bowden e Jones (2003), que conceptualizam a família como um sistema dinâmico em interação constante com o meio.

Verificou-se, igualmente, que a entrada da criança no sistema escolar constitui uma transição desenvolvimental significativa, frequentemente acompanhada de necessidade de reajuste das práticas parentais, redefinição de regras e reforço da articulação entre família e escola. Estes processos traduzem-se em dinâmicas de adaptação contínua, que podem ser compreendidas como transições desenvolvimentais e situacionais simultâneas, tal como descrito por Meleis et al. (2000).

Neste contexto, foram também evidenciadas necessidades ao nível da literacia em saúde e das competências parentais, nomeadamente na gestão de comportamentos de saúde da criança, funcionando estas variáveis como elementos moduladores da capacidade de autorregulação do sistema familiar.

Adicionalmente, a consulta de enfermagem revelou variabilidade nas respostas das famílias perante situações semelhantes, sugerindo diferentes padrões de funcionamento familiar, crenças e significados atribuídos à saúde e à doença, em linha com a perspetiva de Wright e Leahey (2013), que enfatiza a importância dos padrões interacionais e das narrativas familiares na compreensão do processo de saúde. Estas observações permitiram reconhecer que as intervenções de enfermagem não incidem apenas sobre comportamentos isolados da criança, mas influenciam e são influenciadas pelo sistema familiar no seu todo, atuando sobre os seus processos de *feedback*, adaptação e reorganização estrutural.

Face à complexidade destes processos sistémicos e transicionais e à necessidade de clarificar e estruturar a evidência existente, torna-se pertinente proceder ao mapeamento sistemático das intervenções de enfermagem promotoras de saúde dirigidas a famílias com crianças em idade escolar. Deste modo, apresenta-se, de seguida, uma *scoping review* com o objetivo de identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras da saúde em famílias que integram crianças em idade escolar.

Parte II – Componente empírica de investigação

4. Enquadramento

A família pode ser compreendida como um sistema complexo, aberto e adaptativo, cuja organização estrutural e funcional resulta de processos contínuos de interação entre os seus membros, e entre estes e os sistemas envolventes (von Bertalanffy, 1968; Cox & Paley, 1997; Fine, 2019). Esta conceptualização encontra fundamento na Teoria Geral dos Sistemas, proposta por Ludwig von Bertalanffy, segundo a qual os sistemas vivos são totalidades organizadas caracterizadas por interdependência entre componentes, circularidade causal, retroação (*feedback*) e autorregulação, conceitos posteriormente desenvolvidos na cibernética e na Teoria dos Sistemas Sociais (von Bertalanffy, 1968; Boulding, 1956; Ashby, 1958). Esta perspetiva é igualmente utilizada no âmbito da enfermagem de família por Friedman, Bowden e Jones (2003), que a aplicam na compreensão da família como um sistema dinâmico em interação constante com o meio.

Enquanto sistema aberto, a família mantém trocas permanentes com o ambiente – escola, comunidade, serviços de saúde –, procurando preservar um equilíbrio dinâmico (homeostase), ao mesmo tempo que integra transformações necessárias ao seu desenvolvimento (Cox & Paley, 1997; Bámaca-Colbert, Umaña-Taylor, & Gayles, 2019). Assim, qualquer alteração num dos seus elementos repercute-se em todo o sistema, desencadeando processos de reorganização estrutural e relacional (Nichols & Schwartz, 2004). Esta perspetiva implica que o foco analítico não recaia apenas sobre comportamentos individuais, mas sobre padrões interacionais, crenças partilhadas e significados construídos no seio do sistema familiar (Fine, 2019).

A operacionalização clínica desta abordagem sistémica na enfermagem é amplamente desenvolvida por Wright e Leahey (2013), que conceptualizam a família como unidade de cuidados e defendem que a intervenção da enfermagem deve incidir sobre padrões de interação, narrativas familiares e processos de significação. Para estas autoras, os problemas de saúde são vivenciados no contexto relacional e, consequentemente, qualquer intervenção eficaz requer uma leitura sistémica que considere estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2013).

A noção de desenvolvimento familiar como processo estruturado de reorganização sistémica encontra expressão no modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall (1977), que descreve estádios sequenciais marcados por tarefas desenvolvimentais específicas. Cada transição exige redefinição de papéis, renegociação de fronteiras e ajustamento das interações com sistemas externos (Duvall, 1977;

Fine, 2019). O desenvolvimento familiar configura-se, assim, como um processo evolutivo que combina continuidade e mudança.

A fase da família com filhos em idade escolar (6-12 anos) representa um momento de elevada exigência adaptativa. As tarefas desenvolvimentais identificadas por Duvall – apoio ao sucesso escolar, desenvolvimento moral e social da criança, consolidação da autoridade parental e promoção da autonomia – implicam reequilíbrios na dinâmica relacional (Duvall, 1977; Bámaca-Colbert et al., 2019). A entrada da criança no sistema escolar traduz-se numa ampliação das fronteiras familiares e numa intensificação das trocas com sistemas externos, exigindo maior articulação entre subsistemas. Do ponto de vista sistémico, esta fase pode ser compreendida como um período de reorganização estrutural caracterizado por ajustamentos nos padrões comunicacionais, redefinição de expectativas e negociação de novas responsabilidades. A estabilidade familiar depende da capacidade de integrar estas mudanças sem comprometer a coesão e a identidade do sistema (Cox & Paley, 1997; Nichols & Schwartz, 2004).

A compreensão destas dinâmicas enquanto processos transicionais é aprofundada pela Teoria das Transições de Meleis (Meleis et al., 2000), que conceptualiza as transições como processos complexos que implicam transformações identitárias, relacionais e contextuais. As transições desenvolvimentais, como a vivenciada pela família com filhos em idade escolar, podem articular-se com transições situacionais ou relacionadas com saúde-doença, potenciando maior vulnerabilidade sistémica (Meleis et al., 2000; Wright & Leahey, 2013).

A articulação entre a teoria sistémica e a teoria das transições permite compreender que a adaptação familiar depende da qualidade dos mecanismos de retroação e dos recursos disponíveis para reorganização. Fatores como literacia em saúde, suporte social e competências parentais funcionam como moduladores do processo adaptativo, influenciando a trajetória evolutiva do sistema (Bámaca-Colbert et al., 2019; Fine, 2019).

É neste enquadramento que a intervenção do enfermeiro de família adquire consistência epistemológica. Segundo Wright e Leahey (2013), a prática clínica deve integrar três dimensões fundamentais: estrutura familiar, desenvolvimento familiar e funcionamento familiar. A avaliação e intervenção nestas dimensões permitem identificar padrões disfuncionais, reforçar competências e promover processos morfogenéticos saudáveis (Wright & Leahey, 2013).

No contexto dos cuidados de saúde primários e comunitários, o enfermeiro de família atua como facilitador de processos adaptativos sistémicos, intervindo, não apenas sobre sintomas ou

comportamentos isolados, mas sobre significados, crenças e interações que sustentam o funcionamento familiar. A promoção da literacia em saúde, o desenvolvimento de competências parentais e a prevenção de comportamentos de risco constituem intervenções que influenciam os circuitos relacionais do sistema, favorecendo equilíbrios mais ajustados (Wright & Leahey, 2013; Nichols & Schwartz, 2004). Assim, a enfermagem de família, sustentada numa epistemologia sistémica, assume-se como prática orientada para a facilitação de transições desenvolvimentais saudáveis, contribuindo para a manutenção da integridade e da funcionalidade do sistema familiar (Wright & Leahey, 2013; (Meleis et al., 2000).

Apesar da relevância teórica reconhecida do estádio da família com filhos em idade escolar e do contributo da enfermagem na facilitação de transições, observa-se dispersão conceptual e metodológica na literatura relativamente às intervenções promotoras de saúde especificamente desenvolvidas por enfermeiros de família junto deste grupo etário, assim como uma dificuldade em delinear intervenções de enfermagem estruturadas no âmbito da enfermagem de família em contexto de consulta de enfermagem. As *scoping reviews* revelam-se particularmente adequadas quando se pretende mapear áreas de conhecimento com diversidade conceptual, clarificar definições e identificar lacunas na evidência disponível (Arksey & O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

Face ao exposto, torna-se pertinente proceder ao mapeamento sistemático da evidência disponível sobre intervenções promotoras de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro de família junto de famílias que integram crianças em idade escolar (6-12anos), enquadrando-as nos processos desenvolvimentais descritos por Duvall (1977) e na perspetiva transicional de Meleis et al. (2000). A clarificação desta evidência poderá contribuir para o aprofundamento teórico da enfermagem de família e para o desenvolvimento de práticas clínicas mais estruturadas, fundamentadas e sensíveis às transições que caracterizam esta etapa do ciclo vital familiar.

Verificando-se esta dispersão conceptual na literatura relativamente às intervenções promotoras de saúde desenvolvidas especificamente por enfermeiros de família junto de famílias com crianças em idade escolar, a realização de uma *scoping review* justifica-se, então, pela necessidade de mapear a evidência disponível, clarificar conceitos e identificar lacunas, contribuindo, assim, para o aprofundamento teórico e para a consolidação da prática clínica baseada em pressupostos sistémicos.

5. Metodologia

A explicitação clara da metodologia constitui um requisito fundamental para garantir a robustez, a transparência e a replicabilidade do estudo, permitindo que outros investigadores avaliem a consistência do percurso seguido e a credibilidade das conclusões alcançadas (Tricco et al., 2018). Ao clarificar o caminho metodológico, estabelece-se a estrutura que orienta todo o desenvolvimento da investigação, desde a formulação da questão até à análise final da evidência (Levac et al., 2010).

A presente revisão segue a metodologia de *scoping review* (ScR), uma abordagem particularmente adequada quando se pretende mapear de forma abrangente um corpo de literatura heterogéneo, identificar conceitos nucleares e compreender a amplitude das intervenções existentes sobre um fenómeno específico. A escolha desta metodologia foi sustentada pela necessidade de identificar e caracterizar as intervenções promotoras de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro de família junto de famílias com crianças em idade escolar no contexto dos cuidados de saúde primários e comunitários. Esta abordagem possibilita uma compreensão panorâmica das práticas existentes, permitindo identificar padrões, variações e áreas insuficientemente exploradas na literatura. Tal opção alinha-se com contributos metodológicos amplamente aceites, que destacam a utilidade das ScR no mapeamento de temas emergentes ou com diversidade conceptual significativa (Daudt, van Mossel & Scott, 2013; Munn et al., 2018).

As ScR constituem uma metodologia sistematizada destinada a examinar a extensão, a diversidade e as características gerais da investigação existente em torno de um tema, permitindo obter um panorama global da evidência e identificar lacunas que possam orientar investigações futuras (Levac et al., 2010). Ao contrário das revisões sistemáticas tradicionais, que tendem a focar-se na avaliação da eficácia, as ScR permitem abordar questões amplas, explorar múltiplos tipos de estudo e captar dimensões conceptuais, práticas e contextuais de um fenómeno (Peters et al., 2020).

Nesta revisão de literatura, esta abordagem revelou-se particularmente adequada por permitir integrar estudos com diferentes metodologias, abrangendo intervenções comunitárias, educativas e preventivas desenvolvidas por enfermeiros de família, frequentemente dispersas na literatura.

Para esta revisão, foi seguido o modelo proposto por Arksey & O'Malley (2005), posteriormente aperfeiçoado pelas contribuições de Levac et al. (2010) e integrado nas orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). De acordo com este referencial, uma ScR desenvolve-se em várias etapas:

- definição dos objetivos e formulação das questões de revisão;
- delimitação dos critérios de inclusão alinhados com a questão;
- descrição do plano de pesquisa, seleção, extração e apresentação da evidência;
- identificação da evidência através da pesquisa bibliográfica;
- seleção dos estudos elegíveis;
- extração sistemática da informação;
- análise, categorização e síntese dos dados;
- apresentação organizada dos resultados;
- síntese final das conclusões e implicações.

A ScR seguiu igualmente a *checklist* PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), reconhecida internacionalmente como padrão para reporte de *scoping reviews*. Os critérios de elegibilidade foram definidos segundo o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), conforme recomendado pelo JBI.

Antes da execução da pesquisa, foi realizada uma busca preliminar nas plataformas Prospero, CINAHL, MEDLINE, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews e Open Science Framework, não tendo sido identificado qualquer protocolo ou revisão que abordasse especificamente as intervenções promotoras de saúde realizadas por enfermeiros de família em famílias com crianças entre os 6 e os 12 anos, no contexto dos cuidados de saúde primários e comunitários.

5.1. Questão de revisão

A questão orientadora desta *scoping review* foi definida nos seguintes termos: "Quais são as intervenções promotoras de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro de família dirigidas a famílias com crianças em idade escolar (6-12 anos) no contexto dos cuidados de saúde primários e comunitários?". Com base nesta formulação, foi elaborado um protocolo seguindo as orientações do PRISMA-ScR (Page et al., 2021) e registado previamente no Open Science Framework (OSF): https://osf.io/esakj/.

5.2. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com o modelo PCC (População, Conceito, Contexto):

- **População –** Famílias que integram crianças em idade escolar (6-12 anos). Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em adolescentes, em crianças com menos de 6 anos ou sem especificação da intervenção do enfermeiro de família.

- **Conceito –** Intervenções de promoção da saúde conduzidas por enfermeiros de família, abrangendo programas educativos, intervenções preventivas, capacitação parental, visitas domiciliárias, programas comunitários e ações relacionadas com estilos de vida saudáveis, saúde escolar, vacinação, saúde mental, nutrição, atividade física e prevenção de acidentes. Excluíram-se estudos sem descrição clara da intervenção ou sem envolvimento explícito da prática de enfermagem.
- **Contexto –** Cuidados de saúde primários e comunitários, incluindo articulação com o meio escolar quando integrada na prática dos cuidados primários. Foram excluídos estudos exclusivamente hospitalares ou sem ligação aos cuidados primários/comunitários.

5.3. Estratégia de pesquisa, seleção e extração da evidência

5.3.1. Plano de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenhada de forma a identificar, de modo abrangente e reproduzível, literatura científica e cinzenta relativa às intervenções promotoras de saúde desenvolvidas por enfermeiros de família em famílias com crianças em idade escolar, seguindo as recomendações do JBI e do PRISMA-ScR.

5.3.2. Construção da estratégia de pesquisa

A expressão de pesquisa foi construída com base nos elementos PCC, utilizando descritores MeSH e termos livres combinados com operadores booleanos AND/OR, assegurando um equilíbrio entre sensibilidade e especificidade:

- ((MH "Family Nursing" OR MH "Community Health Nursing" OR "family nurse" OR "family nursing" OR "Family Nurse Practitioner" OR "community nurse" OR "nurse-led" OR "nursing intervention" OR "nurse intervention")) AND ((MH "Health Promotion" OR MH "Health Education" OR "health promotion" OR "health education" OR "educational intervention*" OR "preventive intervention*" OR "health program*" OR intervention*)) AND ((MH "Family" OR MH "Family Relations" OR family OR families)) AND ((MH "Child" OR MH "School Health Services" OR MH "School Nursing" OR "school-age child*" OR "school-aged child*" OR "school children" OR "school health")).

5.3.3. Identificação da evidência

A pesquisa sistemática foi realizada em janeiro de 2025 nas seguintes bases de dados:

- CINAHL Complete;
- MEDLINE Complete;
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;
- MedicLatina.

Estas bases foram selecionadas pela sua relevância para a investigação em enfermagem, cuidados primários e prática comunitária. Bases de dados como Scopus e Cochrane foram analisadas na fase exploratória, mas excluídas da pesquisa principal por não centrarem especificamente a produção em enfermagem de família ou por apresentarem sobreposição com as bases selecionadas. Para a literatura cinzenta, foram consultados o ProQuest e o RCAAP. Adicionalmente, procedeu-se à verificação das listas de referências dos estudos incluídos. A pesquisa abrangeu os últimos dez anos e incluiu estudos em português, espanhol e inglês.

5.3.4. Seleção dos estudos

Após a recolha dos resultados, foram eliminados duplicados com o sistema automático da EBSCO. A seleção dos estudos decorreu em duas fases:

- triagem de títulos e resumos, realizada por dois revisores independentes;
- avaliação em texto completo, com aplicação rigorosa dos critérios PCC, novamente por revisores independentes.

As divergências foram resolvidas por consenso ou, quando necessário, por um terceiro revisor. O processo será apresentado no diagrama PRISMA-ScR. Os tipos de estudo incluíram ensaios e quasi-ensaios, estudos observacionais (coorte, transversal, caso-controlo), investigação qualitativa, descrições de intervenções, estudos de implementação e literatura cinzenta relevante.

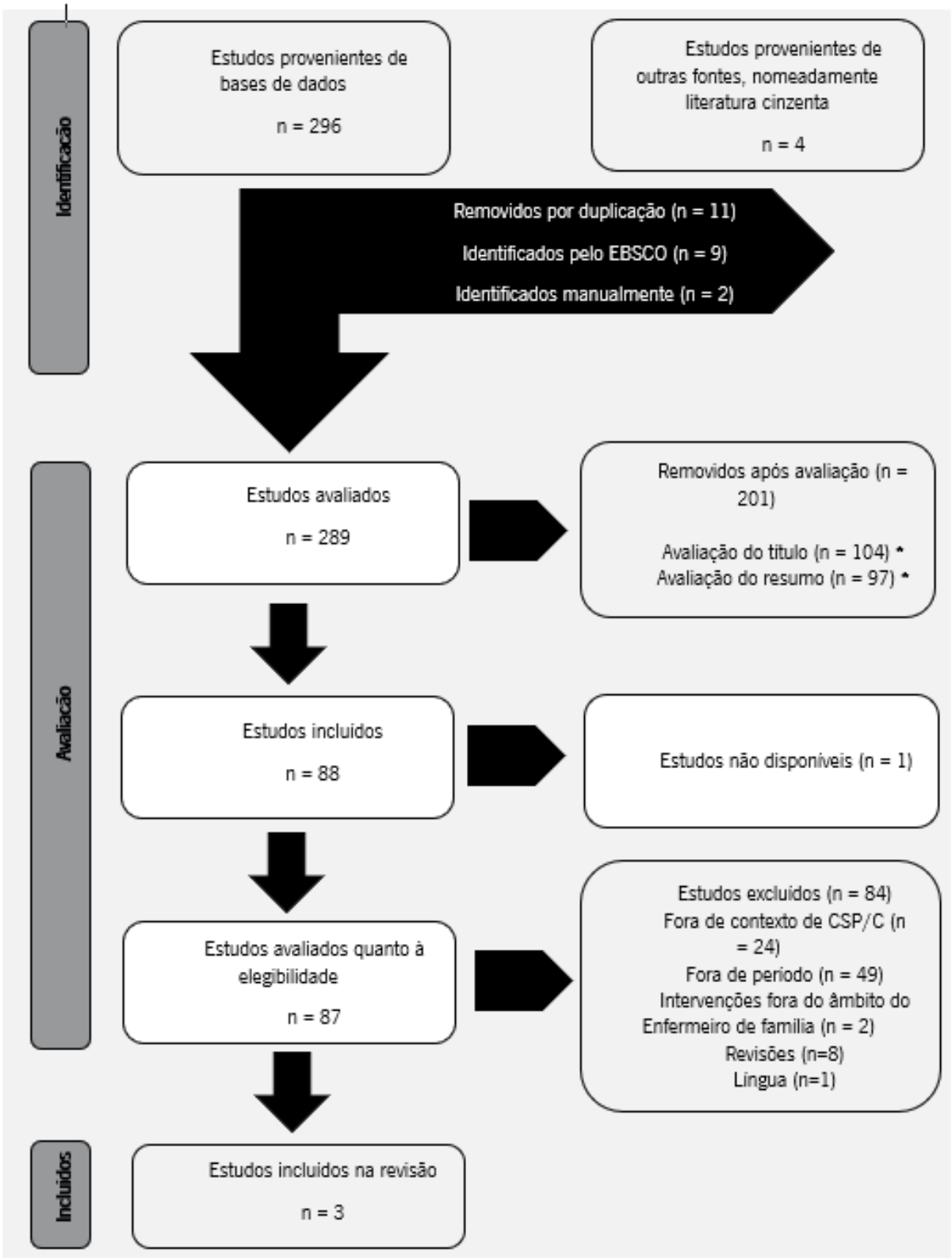
6. Resultados

A pesquisa inicial realizada nas várias bases de dados permitiu identificar um total de 300 registos, incluindo quatro documentos de literatura cinzenta provenientes das bases ProQuest e RCAAP. Após a eliminação dos duplicados, ficou-se com uma primeira amostra composta por 289 artigos, que foram então submetidos à triagem pelo título e pelo resumo.

Desta etapa, resultou a seleção de 88 artigos para leitura integral, embora um deles tenha sido excluído desde logo por não ser possível aceder ao texto completo. Assim foram avaliados quanto à sua elegibilidade 87 artigos, sendo que destes 84 estudos foram excluídos pelos seguintes motivos: 24 por não se enquadrarem no contexto dos cuidados de saúde primários (CSP); 49 por não cumprirem o critério temporal definido; dois por apresentarem intervenções fora do âmbito da enfermagem de família; oito por se tratar de revisões; e um por não atender ao critério de língua estabelecido. Deste modo, procedeu-se à avaliação integral de 87 artigos, a partir dos quais apenas três reuniram os critérios necessários para serem incluídos na revisão.

Para garantir transparência e rastreabilidade do processo de seleção, utilizou-se o fluxograma PRISMA-ScR, que adapta o modelo PRISMA original à natureza exploratória das *scoping reviews* e permite integrar estudos de diferentes metodologias e literatura cinzenta (Tricco et al., 2018).

A figura 2 apresenta o fluxograma PRISMA-ScR completo do processo de seleção:



Nota: Fluxograma PRISMA-ScR completo do processo de seleção.

6.1. Análise e síntese narrativa dos dados

A presente *scoping review* integrou três estudos que evidenciam abordagens distintas, mas complementares, de intervenção em enfermagem no contexto dos cuidados de saúde primários e comunitários. Apesar da heterogeneidade metodológica e contextual, os estudos convergem na valorização do enfermeiro como promotor de saúde, facilitador de redes de apoio e agente de equidade, com foco em crianças e famílias.

A análise permitiu mapear tipologias de intervenção, compreender os seus mecanismos de ação e identificar dimensões estruturantes da prática de enfermagem familiar e comunitária.

Os três artigos apresentam desenhos de investigação marcadamente distintos, refletindo a diversidade de abordagens necessária para explorar a complexidade da intervenção em enfermagem comunitária.

- Estudo 1 (Jones et al., 2019): Adota uma abordagem descritiva e teórico-conceptual. Para além de descrever a conceção e implementação da estratégia *Primary Healthcare Registered Nurse: Schools-Based* (PHCRN:SB) na Austrália rural, o artigo fundamenta-a nos princípios da Atenção Primária de Saúde da OMS e em teorias como o Cuidado Centrado na Família e o Cuidado Informado pelo Trauma. Trata-se de um relato rico em detalhes processuais, que articula a prática com a evidência teórica e com a participação comunitária no desenho da intervenção.
- Estudo 2 (Glavin et al., 2019): Utiliza uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa) sequencial exploratória. Inicialmente, recorre a um questionário para avaliar a familiaridade e a utilização da *Public Health Intervention Wheel* (PHIW) por enfermeiros de saúde pública noruegueses. Numa fase posterior, recorre a grupos focais para aprofundar qualitativamente a compreensão e a aplicabilidade de cada intervenção da ferramenta na prática real. Este desenho permitiu, não apenas quantificar o uso, mas também captar as *nuances* e os significados atribuídos pelos profissionais.
- Estudo 3 (Sullivan-Bolyai et al., 2016): Enquadra-se num estudo de viabilidade (*feasibility study*) com desenho de ensaio controlado randomizado. O seu objetivo primordial não era testar a eficácia, mas avaliar a aceitabilidade, a logística de recrutamento, a adesão e a adequação das medidas de *outcome* da intervenção PREP-T1 (*Preparation, Readiness, Education and Planning for Type 1 Diabetes*), que corresponde a uma intervenção avaliada através de um estudo de viabilidade (*feasibility study*) com desenho de ensaio controlado randomizado. Trata-se de uma intervenção direcionada a famílias/cuidadores de crianças com diagnóstico recente de diabetes

tipo 1, com foco na preparação para a gestão da doença, na promoção de competências educativas, no apoio à adaptação familiar e no planeamento para a autogestão. Este tipo de estudo é crucial como etapa preliminar antes de um ensaio clínico randomizado de larga escala, permitindo refinar a intervenção, a metodologia, identificar barreiras práticas e melhorar instrumentos de avaliação.

6.2. Distribuição temporal e relevância contemporânea

Os artigos foram publicados entre 2016 e 2019, inserindo-se num período de crescente reconhecimento da importância dos determinantes sociais da saúde e da necessidade de modelos de cuidados inovadores, integrados e proativos. Esta contemporaneidade é particularmente relevante, pois reflete as atuais tendências na saúde pública e na enfermagem comunitária, como a ênfase na colaboração intersetorial, na saúde escolar, no envolvimento dos utentes e famílias, e na adaptação contextual das intervenções. Os estudos captam, assim, respostas atuais a desafios persistentes nas áreas da equidade em saúde rural, da visibilidade da prática de enfermagem e da gestão de doenças crónicas em idade pediátrica.

6.3. Contexto geográfico e cultural dos estudos

A análise provém de contextos internacionais diversos e desenvolvidos, o que enriquece a compreensão sobre como os princípios universais da enfermagem de saúde familiar e comunitária se adaptam a diferentes realidades sociopolíticas e sistemas de saúde.

- Austrália (estudo 1): Foca-se no contexto desafiador das comunidades rurais e remotas, caracterizadas por isolamento geográfico e disparidade no acesso a serviços. A estratégia descrita é uma resposta direta a estas iniquidades, destacando a importância de uma abordagem territorial e comunitária.
- Noruega (estudo 2): Decorreu num sistema de saúde pública robusto e universalista, onde os enfermeiros de saúde pública têm um papel bem-estabelecido na prestação de cuidados preventivos a crianças e famílias. O estudo testa a transposição de um modelo norte-americano *Public Health Intervention Wheel* (PHIW) para este contexto, explorando a transferibilidade de ferramentas conceptuais.
- Estados Unidos (estudo 3): Realizado no contexto de um sistema de saúde fragmentado, o estudo foca-se na gestão de uma condição crónica complexa (diabetes tipo 1). A intervenção propõe-se a fortalecer a capacidade de autogestão dentro da unidade familiar, num período crítico (pré-adolescência) que antecede a transição para a adolescência.

6.4. Composição das populações em estudo

As populações-alvo dos estudos refletem o carácter multinível da intervenção em enfermagem comunitária, envolvendo desde profissionais até utentes e famílias.

- Estudo 1: A amostra é constituída pelos atores envolvidos na conceção e governação da estratégia, incluindo enfermeiros, gestores de um distrito de saúde local, diretores escolares, académicos de um departamento universitário de saúde rural e, implicitamente, as comunidades escolares consultadas. Trata-se de um estudo centrado no processo e na colaboração interinstitucional.
- Estudo 2: A população são 31 enfermeiros de saúde pública noruegueses em exercício, especificamente enfermeiros de família (que acompanham a saúde infantil) e enfermeiros escolares. A amostra permite aceder à perspetiva do profissional sobre a sua própria prática e sobre a utilidade de uma ferramenta de estruturação conceptual.
- Estudo 3: Foca-se nas "díades" ou unidades relacionais mãe/pré-adolescente (n = 22). A inclusão específica das mães (apesar de os pais terem sido convidados) reflete padrões frequentemente observados na participação em cuidados de saúde pediátricos. O foco na díade salienta a importância da dinâmica familiar na gestão da doença crónica.

6.5. Objetivos específicos de cada investigação

Cada estudo persegue um objetivo claro e delimitado, contribuindo para diferentes vertentes do conhecimento em enfermagem.

- Estudo 1: Descrever o desenho, a fundamentação e os estágios iniciais de implementação da estratégia *Public Health Care Research Network: School-Based* – PHCRN: SB. O objetivo é documentar uma inovação prática, detalhando o modo como os princípios da atenção primária de saúde, o envolvimento comunitário e a colaboração intersetorial foram operacionalizados para criar um modelo de atendimento em escolas rurais.
- Estudo 2: Explorar a experiência e a perceção dos enfermeiros noruegueses relativamente à utilização das intervenções que compõem a *Public Health Intervention Wheel*. O objetivo é testar a aplicabilidade e a utilidade desta ferramenta classificativa num contexto cultural e organizacional diferente daquele onde foi originalmente desenvolvida.
- Estudo 3: Avaliar a viabilidade e a aceitabilidade da intervenção PREP-T1. Para além de testar procedimentos logísticos, o estudo explora de forma preliminar os impactos da intervenção

em *outcomes* psicossociais-chave, como o conhecimento, a resolução de problemas e a autoeficácia, tanto nos pré-adolescentes como nos seus pais.

6.6. Principais resultados reportados

Os estudos reportam resultados que vão desde ganhos processuais e organizacionais até melhorias psicossociais mensuráveis.

- Estudo 1: Reporta resultados de processo e estrutura. A criação bem-sucedida de cinco postos de trabalho de enfermagem em escolas, a constituição de um comité de governança intersetorial e o desenvolvimento de um modelo de cuidados conceptual são ganhos estratégicos fundamentais. O estudo realça ainda o estabelecimento de relações de confiança entre setores e uma maior capacidade de resposta contextual.
- Estudo 2: Identifica resultados relacionados com a prática profissional e a sua conceptualização. A *Public Health Intervention Wheel* (PHIW) revelou-se uma ferramenta válida e útil, proporcionando uma "linguagem comum" que conferiu maior visibilidade e clareza ao trabalho dos enfermeiros. Os resultados mostram que, após discussão, os enfermeiros reconheceram realizar todas as 17 intervenções da Roda, ainda que com frequências variadas.
- Estudo 3: Apresenta resultados preliminares de *outcome* psicossocial e de viabilidade. Observou-se uma melhoria nas pontuações de resolução de problemas relacionadas com a hipoglicemia nos pré-adolescentes do grupo de intervenção e um aumento significativo na autoeficácia das mães. A intervenção demonstrou ser altamente aceite pelas famílias, com taxas de recrutamento e retenção de 100%, confirmando a sua viabilidade para um estudo de maior escala.

A tabela 1 apresenta uma síntese comparativa dos três estudos analisados, revelando tanto a diversidade quanto os pontos comuns nas suas abordagens. Os resultados evidenciam o seguinte:

- **Estudo 1 (Jones et al., 2019) – contexto australiano rural**

Este estudo demonstra a implementação bem-sucedida de uma estratégia inovadora de enfermagem de saúde primária em escolas rurais. Os principais resultados incluem a criação de 5 novos postos de enfermeiros especializados colocados diretamente em ambientes escolares, que atuam desde o ensino primário até ao secundário. Foi estabelecido um modelo de governança colaborativa envolvendo o distrito de saúde local, o departamento de educação e uma universidade, o que permitiu uma abordagem intersetorial coordenada. Os enfermeiros implementaram um modelo de cuidados contextualizado que enfatiza a promoção da saúde, a identificação precoce de necessidades e a

coordenação de serviços para crianças com condições crónicas complexas. A estratégia resultou no fortalecimento de relações entre setores e na redistribuição de recursos para áreas rurais carenciadas.

- **Estudo 2 (Glavin et al., 2019) – contexto norueguês de saúde pública**

Este estudo revela que a *Public Health Intervention Wheel* (PHIW) é aplicável e útil no contexto norueguês, proporcionando uma linguagem comum que aumenta a visibilidade do trabalho dos enfermeiros de saúde pública. Inicialmente, 47% dos enfermeiros relatavam não estar familiarizados com a ferramenta, mas, após discussão em grupos focais, todos reconheceram realizar as 17 intervenções da PHIW na sua prática. As intervenções mais frequentemente utilizadas foram a consulta e o aconselhamento (cunha azul), enquanto as intervenções de políticas públicas e advocacia (cunha amarela) eram menos reconhecidas. O estudo conclui que a ferramenta oferece uma estrutura conceptual valiosa para descrever, organizar e comunicar o âmbito completo da prática de enfermagem em saúde pública.

- **Estudo 3 (Sullivan-Bolyai et al., 2016) – contexto americano da diabetes pediátrica**

Este estudo de viabilidade demonstrou que a intervenção PREP-T1 é bem aceite e viável para implementação, com taxas de recrutamento e retenção de 100%. Os resultados preliminares mostraram melhorias significativas na resolução de problemas relacionados com hipoglicemia pelos pré-adolescentes e um aumento da autoeficácia parental na gestão da diabetes. A intervenção, que combinava reeducação através de simulador de paciente humano com mentoria entre pares (tanto para pré-adolescentes como para pais), foi considerada particularmente valiosa para promover colaboração familiar e preparar a transição para a autogestão na adolescência. O estudo identificou a necessidade de desenvolver métodos de recolha de dados mais adequados para pré-adolescentes, como sistemas de voz ativados por computador.

Tabela 1 – Síntese dos estudos incluídos

Número	Autores e ano	País/Contexto	Objetivo do estudo	População/Amostra	Desenho do estudo	Principais resultados
1	Jones et al. (2019)	Austrália (zona rural)	Descrever e implementar uma estratégia de enfermagem de saúde primária em escolas rurais, com envolvimento comunitário	Parceria entre distrito de saúde, escolas e universidade 5 enfermeiros colocados em escolas	Descritivo/Teórico	Estratégia implementada com ganhos relacionais, de recursos e de força de trabalho Modelo de cuidado contextualizado desenvolvido
2	Glavin et al. (2019)	Noruega (saúde pública)	Explorar a utilização da *Public Health Intervention Wheel* por enfermeiros de saúde pública noruegueses	31 enfermeiros de saúde pública (escolares e familiares)	Estudo misto (questionário e grupos focais)	A PHIW é aplicável na Noruega Fornece linguagem comum e visibilidade às intervenções de enfermagem em saúde pública
3	Sullivan-Bolyai et al. (2016)	EUA (cuidados da diabetes)	Testar a viabilidade da intervenção PREP-T1 para pré-adolescentes com diabetes tipo 1 e seus pais	22 díades (pré-adolescente e mãe)	Ensaio de viabilidade (controlado randomizado)	Melhoria na resolução de problemas (pré-adolescentes) e autoeficácia (pais) Intervenção bem aceite e viável

De seguida, são sistematizadas cinco dimensões intervenção identificadas transversalmente nos estudos, cada uma com a sua fundamentação empírica, presente no quadro 2:

Integração da enfermagem em contextos escolares como estratégia de equidade

Esta categoria emergiu principalmente do estudo australiano, que demonstrou como a colocação de enfermeiros de saúde primária diretamente nas escolas rurais aumenta o acesso a cuidados de saúde para populações vulneráveis. A estratégia permite a identificação precoce de necessidades, a promoção da saúde no ambiente onde as crianças passam a maior parte do tempo e a coordenação de serviços entre saúde e educação. A continuidade de cuidados desde o ensino primário até ao secundário assegura relações terapêuticas consistentes e suporte contínuo durante transições críticas do desenvolvimento.

Utilização de modelos conceituais para estruturar e dar visibilidade à prática

Baseando-se no estudo norueguês, esta categoria destaca o modo como ferramentas conceptuais como a PHIW podem transformar a prática invisível em prática documentada e valorizada. A aplicação deste modelo permitiu aos enfermeiros reconhecerem a complexidade e abrangência do seu trabalho, particularmente em intervenções de nível comunitário e sistémico que frequentemente não são documentadas. A ferramenta serve como linguagem comum para comunicação com outros profissionais, gestores e decisores políticos sobre o valor da enfermagem em saúde pública.

Intervenções familiares complexas para gestão de condições crónicas

Derivada do estudo americano, esta categoria enfatiza a necessidade de abordagens multicomponentes para apoiar famílias na gestão de condições crónicas pediátricas. A combinação de educação baseada em simulação, mentoria entre pares e desenvolvimento de competências colaborativas mostrou-se mais eficaz do que abordagens educativas tradicionais. Estas intervenções reconhecem que a gestão de doenças crónicas envolve, não apenas conhecimentos técnicos, mas também competências emocionais, relacionais e de resolução de problemas partilhadas pela família.

Governação colaborativa e parcerias intersetoriais

Evidenciada tanto no estudo australiano como no norueguês, esta categoria sublinha a importância de estruturas formais de colaboração para o sucesso de intervenções comunitárias. A criação de comités de governança que incluam representação comunitária, indígena e de múltiplos setores assegura que as intervenções sejam culturalmente seguras, contextualmente relevantes e sustentáveis. Estas parcerias

permitem partilha de recursos, conhecimento e responsabilidades, superando as limitações de abordagens setoriais isoladas.

Envolvimento comunitário e abordagens centradas na família/pessoa

Baseando-se nos estudos australiano e americano, esta categoria demonstra que intervenções eficazes requerem processos genuínos de consulta e cocriação com as comunidades e famílias. No estudo australiano, extensas consultas comunitárias informaram o desenho da estratégia; no estudo americano, o modelo de gestão familiar (FMSF) guiou uma abordagem centrada nas necessidades e perspetivas das famílias. Estas abordagens asseguram que as intervenções sejam culturalmente apropriadas, relevantes e alinhadas com as experiências e expectativas das pessoas que servem.

Padrão Transversal

Uma análise integrada das cinco categorias revela um padrão comum de complexidade e contextualização. As intervenções eficazes identificadas nos estudos não são simples ou padronizadas; são adaptativas, multicomponentes e profundamente enraizadas nos contextos específicos onde são implementadas. Todas as categorias enfatizam a importância de relações colaborativas – seja entre profissionais de diferentes setores, entre profissionais e comunidades, ou dentro das famílias. Este padrão sugere que, em enfermagem familiar e comunitária, o processo de intervenção é tão importante quanto o conteúdo técnico específico.

Quadro 2 – Dimensões de intervenção identificadas nos estudos

Categoria de intervenção	Descrição/Foco	Evidência nos estudos
1 – Estratégias de enfermagem em contexto escolar rural	Enfermeiros integrados em escolas para promoção da saúde, acesso a cuidados e coordenação de serviços	Jones et al. (2019) – PHCRN:SB Strategy
2 – Aplicação de modelos de intervenção em saúde pública	Utilização de ferramentas como a PHIW para organizar, descrever e avaliar intervenções de enfermagem	Glavin et al. (2019) – Public Health Intervention Wheel
3 – Intervenções educativas e de apoio entre pares em doença crónica	Reeducação, mentoria e simulação para melhorar a autogestão, a colaboração familiar e a autoeficácia	Sullivan-Bolyai et al. (2016) – PREP-T1 Intervention
4 – Colaboração intersetorial e governação	Parcerias entre saúde, educação e universidades para desenho e implementação de estratégias contextuais	Jones et al. (2019); Glavin et al. (2019)
5 – Envolvimento comunitário e abordagens centradas na família	Consulta às comunidades, cuidados centrados na família e práticas informadas pelo trauma	Jones et al. (2019); Sullivan-Bolyai et al. (2016)

7. Discussão

Os três estudos incluídos na presente *scoping review*, embora desenvolvidos em contextos geográficos e culturais distintos – Austrália rural (Jones et al., 2019), Noruega (Glavin et al., 2019) e Estados Unidos da América (Sullivan-Bolyai et al., 2016) –, convergem numa perspetiva comum: o enfermeiro de família e de saúde pública constitui um ator determinante na promoção da saúde de crianças em idade escolar e das suas famílias, no âmbito dos cuidados de saúde primários e comunitários. A análise integrada destes estudos permite mapear tipologias de intervenção, clarificar mecanismos de ação e discutir a sua aplicabilidade ao contexto português à luz do enquadramento teórico que sustenta este trabalho.

7.1. Diversidade e complementaridade das intervenções

A heterogeneidade metodológica identificada nos estudos analisados reflete, em simultâneo, a complexidade e a riqueza das práticas de enfermagem familiar e comunitária. Jones et al. (2019) descrevem uma estratégia de governança colaborativa intersetorial – a PHCRN:SB –, articulando saúde, educação, universidade e comunidade indígena, orientada pelos princípios dos Cuidados de Saúde Primários da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2008) e pelo modelo de Cuidado Centrado na Família. Esta abordagem sistémica é congruente com a Teoria Geral dos Sistemas (von Bertalanffy, 1968), que conceptualiza a família como um sistema aberto em permanente interação com o seu ambiente, e com o Modelo de Calgary, que valoriza a família como unidade primária de cuidado (Wright & Leahey, 2013). A colocação de enfermeiros de saúde primária nas escolas criou pontes entre o sistema de saúde e o sistema educativo, materializando o princípio de promoção da saúde enunciado na Carta de Otava (WHO, 1986), segundo o qual os contextos de aprendizagem constituem ambientes privilegiados para a ação em saúde, em particular junto de populações historicamente desfavorecidas.

Glavin et al. (2019) contribuíram com uma perspetiva diferente, mas igualmente relevante: a operacionalização da *Public Health Intervention Wheel* (PHIW) como instrumento de estruturação e de demonstração da prática dos enfermeiros de saúde pública noruegueses. O reconhecimento, pelos próprios profissionais, de que realizavam as 17 intervenções do modelo – ainda que sem as denominar enquanto tal – remete para o conceito de prática invisível amplamente descrito na literatura de saúde comunitária (Stanhope & Lancaster, 2016). A função de advocacia e de influência sobre políticas públicas, identificada como a menos reconhecida pelos participantes, é, porém, fundamental no perfil do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, cujo regulamento de competências específicas

sublinha o papel de liderança na gestão de programas de saúde e na participação ativa em processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A PHIW oferece, assim, uma linguagem comum que potencia a comunicação entre enfermeiros, gestores e decisores políticos, contribuindo para a legitimação e para a visibilidade da profissão.

Sullivan-Bolyai et al. (2016) apresentaram uma intervenção de carácter inovador e multicomponente – PREP-T1 –, que combina simulação de Alta-fidelidade com mentoria entre pares, dirigida a díades mãe/pré-adolescente com diabetes mellitus tipo 1. A taxa de recrutamento e retenção de 100%, bem como a melhoria significativa na resolução de problemas de hipoglicemia e na autoeficácia parental, evidenciam a viabilidade e a relevância deste modelo relacional. Esta intervenção articula-se, de forma particularmente evidente, com a Teoria das Transições de Meleis (Meleis et al., 2000), que identifica a transição para a autogestão na adolescência como um momento crítico de vulnerabilidade, exigindo suporte especializado e contínuo por parte dos enfermeiros. O reconhecimento da fase do ciclo de vida familiar correspondente aos filhos em idade escolar, conceptualizada por Duvall (1977), reforça a pertinência de intervenções que contemplem simultaneamente a criança e a díade parental neste período de desenvolvimento, antecipando a transição para a adolescência.

7.2. Convergências e implicações para a prática clínica

Transversalmente aos três estudos, emergem dimensões estruturantes que merecem destaque. A primeira é a parceria com a família como eixo central da intervenção: seja na escola rural australiana, na consulta de saúde escolar norueguesa ou na intervenção de diabetes norte-americana, o enfermeiro atua, não sobre a criança isolada, mas sobre o sistema familiar na sua globalidade, em consonância com o Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2013). A segunda dimensão é a equidade em saúde: Jones et al. (2019) explicitam a atenção a populações em situação de vulnerabilidade em contextos rurais e a comunidades indígenas, ao passo que Glavin et al. (2019) e Sullivan-Bolyai et al. (2016) evidenciam a necessidade de instrumentos específicos para responder a populações com necessidades complexas. A promoção da equidade está consagrada nos princípios fundadores dos Cuidados de Saúde Primários (WHO, 2008) e configura uma responsabilidade deontológica e profissional do enfermeiro. A terceira dimensão é a clareza conceptual da intervenção: a utilização de modelos e quadros concetuais validados – PHIW, PREP-T1, princípios dos Cuidados de Saúde Primários – facilita a replicabilidade, a comunicação interprofissional e o desenvolvimento de investigação futura.

7.3. Aplicabilidade ao contexto português

Relativamente ao estudo 1, a eficácia das intervenções depende da sua adaptação ao contexto e da colaboração entre os diferentes atores. A evidência internacional (Jones et al., 2019) demonstra que estratégias eficazes de redução de iniquidades em saúde resultam de processos de cocriação com a comunidade, de governança intersetorial estruturada e de adequação às necessidades socioculturais locais, assegurando sustentabilidade e pertinência das respostas. Em Portugal, a intervenção da enfermagem familiar é desenvolvida sobretudo no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, através das Unidades de Saúde Familiar, sendo que a filosofia destas Unidades já contempla a proximidade territorial, o trabalho em equipa multiprofissional e a intervenção comunitária. Contudo, persistem desafios, tais como a colaboração intersetorial ainda pouco sistematizada, as limitações de tempo e de recursos humanos e a estrutura hierárquica menos flexível do que em modelos comunitários participativos, podendo, assim, levar a que haja um condicionamento da transferência direta deste modelo para a realidade portuguesa. Uma menor tradição de governação comunitária formal e a dependência de orientações centralizadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) são também fatores limitadores desta possível transposição.

No estudo 2, a clareza conceptual é essencial para a visibilidade e valorização da prática em enfermagem de saúde pública. Evidência internacional (Glavin et al., 2019) demonstra que a utilização de modelos conceptuais estruturados permite traduzir e tornar explícito o impacto das intervenções complexas e multiníveis dos enfermeiros, facilitando a sua comunicação, o seu reconhecimento profissional e o apoio ao planeamento e à decisão em saúde. Relativamente à realidade portuguesa, observam-se um registo clínico centrado predominantemente em indicadores biomédicos, dificuldades em evidenciar o impacto populacional das intervenções familiares e o predomínio de métricas quantitativas sobre processos relacionais. Daí que uma adoção de modelos conceptuais internacionais requereria uma adaptação à terminologia normativa portuguesa e a integração nos sistemas de informação do SNS, implicando, assim, um investimento formativo e uma reorganização documental com a padronização da linguagem técnica e o investimento em indicadores sensíveis à enfermagem de saúde familiar.

No último estudo, intervenções familiares inovadoras, de natureza multicomponente e relacional, demonstraram viabilidade e potencial na promoção da autogestão de condições crónicas. Evidência internacional (Sullivan-Bolyai et al., 2016) indica que abordagens que combinam estratégias educativas com tecnologia simulada e apoio entre pares podem melhorar competências, como a resolução de

problemas e a autoeficácia, reforçando a importância de intervenções integradas nos domínios cognitivo, emocional e relacional. No contexto português, a intervenção em jovens com condições crónicas, por exemplo diabetes tipo 1, ocorre principalmente através de consulta de enfermagem especializada, educação terapêutica estruturada e programas hospitalares ou ambulatórios. Todavia, o uso de simulação de alta fidelidade é ainda limitado na prática assistencial e a mentoria entre pares não está formalmente integrada na maioria dos serviços. A replicação integral do modelo pode ser limitada por recursos tecnológicos, financiamento e carga assistencial, porém os princípios subjacentes – intervenção relacional, apoio entre pares e reforço da autoeficácia – são plenamente transferíveis e alinhados com o modelo português de cuidados centrados na família.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, em Portugal, desenvolve-se maioritariamente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, através das Unidades de Saúde Familiar, sendo que estes dispositivos organizacionais favorecem uma prática centrada na família, orientada para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a intervenção ao longo do ciclo vital. Neste enquadramento, os resultados da revisão assumem particular relevância, sobretudo quando articulados com referenciais normativos nacionais, como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), que estabelece orientações técnicas para a vigilância de saúde de crianças e jovens, constituindo um suporte estruturante para a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar nas Unidades de Saúde Familiar e nas Unidades de Cuidados na Comunidade.

Os resultados da revisão reforçaram dimensões já consagradas no perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, nomeadamente a centralidade da abordagem sistémica e relacional à família, a capacitação e o reforço da literacia em saúde, a articulação intersetorial – particularmente com o contexto escolar e comunitário – e a atuação do enfermeiro como agente promotor de equidade em saúde. Neste sentido, as intervenções identificadas nos estudos analisados, como a governança intersetorial, a estruturação por modelos de intervenção comunitária e as abordagens multicomponentes de âmbito familiar, revelam potencial de transferibilidade para o contexto nacional. Contudo, a sua aplicabilidade exige uma adaptação cuidada à especificidade organizacional e cultural do sistema de saúde português. A evidência aponta que a eficácia das intervenções familiares depende da contextualização, da participação ativa da comunidade e da integração nas práticas já consolidadas. Simultaneamente, destaca-se a necessidade de uma maior clareza conceptual, visibilidade de resultados

e desenvolvimento de intervenções inovadoras que atuem de forma integrada nos domínios cognitivo, emocional e relacional.

Apesar do alinhamento com a matriz dos cuidados de saúde primários, persistem constrangimentos estruturais, nomeadamente a centralização organizacional do Serviço Nacional de Saúde, as limitações de recursos humanos e tecnológicos, uma cultura institucional ainda pouco orientada para a cocriação comunitária formal e valorização de *outcomes* familiares e comunitários. Acresce que a articulação entre os cuidados de saúde primários, o sistema educativo e as famílias permanecem insuficientemente formalizadas, configurando uma área prioritária de desenvolvimento para a prática clínica avançada em enfermagem comunitária.

Deste modo, mais do que a replicação linear de modelos internacionais, os contributos identificados devem ser entendidos como referenciais orientadores e adaptáveis. A evidência sustenta a necessidade de cocriação de intervenções contextualizadas, desenvolvidas em parceria com as famílias, as escolas e as comunidades locais, salvaguardando os diferentes contextos de intervenção, as dinâmicas profissionais e as especificidades culturais dos territórios. A adequação às realidades locais emerge, deste modo, como condição essencial para garantir a sustentabilidade, pertinência e impacto das intervenções em saúde familiar no contexto português.

8. Limitações

A presente revisão apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, a inclusão de apenas três estudos primários, resultante da aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade, limita a amplitude das conclusões e impede generalizações. Em segundo lugar, a heterogeneidade dos contextos geográficos, culturais e metodológicos dos estudos incluídos dificulta a comparação direta das intervenções e dos seus resultados. Em terceiro lugar, a ausência de estudos realizados em Portugal, ou em países com sistemas de saúde comparáveis ao Serviço Nacional de Saúde, limita a aplicabilidade direta das conclusões ao contexto nacional. Finalmente, a metodologia de *scoping review* não permite avaliar a eficácia das intervenções, mas tão-somente mapear a sua existência, características e abrangência, pelo que os resultados devem ser interpretados nesse horizonte epistemológico (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020).

Conclusão

A realização deste estágio e da *scoping review* permitiu-me desenvolver uma visão mais crítica e integrada da enfermagem de saúde familiar, reconhecendo, não só o seu potencial transformador, mas também as limitações reais da prática em contexto dos cuidados de saúde primários. Ao longo deste percurso, houve uma evolução significativa na minha forma de compreender a família nos cuidados de enfermagem, passando de uma perspetiva mais centrada no utente para uma abordagem mais sistémica, onde a família é reconhecida como unidade de cuidados.

O estágio realizado constituiu uma oportunidade formativa determinante para consolidar a compreensão da família como sistema aberto, dinâmico e interdependente, reforçando a necessidade de intervenções ajustadas às transições do ciclo vital, às condições socioeconómicas e às necessidades individuais de cada membro. Contudo, a prática da enfermagem de família em Portugal apresenta desafios estruturais e organizacionais que condicionam o desenvolvimento pleno desta área de especialidade, nomeadamente a predominância de uma abordagem centrada no utente e em programas de saúde específicos, em detrimento de uma intervenção sistémica dirigida à família como unidade de cuidados. Esta realidade permitiu-me compreender, enquanto estudante, a dificuldade de operacionalizar uma abordagem verdadeiramente centrada na família na prática diária, bem como a necessidade de gestão de tempo e de prioridades na prestação de cuidados.

Simultaneamente, a sobrecarga assistencial e as limitações temporais restringem a realização de avaliações familiares abrangentes, visitas domiciliárias regulares e acompanhamento longitudinal, essenciais para a promoção da autonomia, do autocuidado e da capacitação familiar. Esta experiência contribuiu para reforçar a minha consciência das limitações reais do sistema de saúde, nomeadamente ao nível da organização dos cuidados e dos sistemas de informação, o que influencia diretamente a prática clínica e a visibilidade das intervenções de enfermagem de família.

Ao nível dos sistemas de informação, verifica-se ainda uma lacuna significativa, uma vez que plataformas como o SClínico apresentam campos e indicadores insuficientemente direcionados para a documentação da intervenção familiar, dificultando a monitorização das dinâmicas familiares e a avaliação do impacto das intervenções no bem-estar, na prevenção de complicações e na promoção da saúde global da família. Assim, foi sentida dificuldade sobretudo na ausência de registos estruturados que permitissem acompanhar a evolução familiar de forma contínua, o que limitou a perceção do impacto real das intervenções realizadas.

Face a estas limitações, torna-se imperativo reforçar a valorização institucional da enfermagem de saúde familiar, com a criação de modelos organizacionais e sistemas de informação que permitam documentar e avaliar de forma sistemática a intervenção familiar, apoiando a continuidade dos cuidados e a integração interdisciplinar. Considero que seria importante a introdução de campos específicos no SClínico orientados para a avaliação familiar estruturada, bem como a utilização de instrumentos validados de avaliação familiar. Como estratégia, sugere-se, ainda, a formação dirigida aos profissionais para uniformização do registo e maior valorização dos indicadores de saúde familiar, facilitando a análise de resultados e a continuidade de cuidados.

Em articulação com esta experiência, a *scoping review* realizada permitiu mapear e analisar intervenções de enfermagem de saúde familiar e comunitária dirigidas à população jovem, respondendo à questão de investigação proposta e contribuindo para a clarificação do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Os três estudos incluídos, provenientes da Austrália, da Noruega e dos Estados Unidos da América, evidenciaram que as intervenções com maior impacto junto da população jovem e das suas famílias partilham características comuns: assentam em abordagens relacionais e sistémicas centradas na família, integram modelos conceptuais reconhecidos que conferem rigor e visibilidade à prática clínica e privilegiam a parceria ativa com os destinatários dos cuidados como condição de eficácia e sustentabilidade.

A análise dos resultados permitiu identificar três contributos centrais para a prática avançada de enfermagem: (1) a necessidade de contextualização e cocriação das intervenções em colaboração com as famílias e as comunidades, rejeitando modelos uniformes e descontextualizados; (2) a importância da adoção de linguagem e de modelos conceptuais partilhados como instrumentos de visibilidade profissional e de advocacia junto de decisores políticos e de equipas multiprofissionais; e (3) o potencial das intervenções multicomponentes que integram simultaneamente as dimensões cognitiva, emocional e relacional na promoção da autogestão e da autoeficácia em jovens com condições de saúde complexas.

Estes contributos articulam-se de forma direta com a prática desenvolvida em estágio, nomeadamente na valorização da abordagem sistémica, na capacitação parental, na promoção da equidade e na articulação intersetorial, reforçando a pertinência da intervenção centrada na família enquanto unidade de cuidados. Esta articulação foi particularmente visível em situações como o acompanhamento de famílias com crianças com necessidades de vigilância em saúde infantil, a intervenção em casos de gestão de doença crónica, como a diabetes e a hipertensão arterial, e o apoio

a famílias em contextos de vulnerabilidade social, onde foi possível observar o impacto da intervenção de enfermagem na reorganização dos papéis familiares e na adesão aos cuidados de saúde.

Enquanto futura enfermeira especialista, este percurso contribuiu para reforçar a importância de uma abordagem centrada na família, sustentada na evidência e adaptada à realidade dos contextos, mas também para compreender os desafios organizacionais que condicionam a sua implementação. Este processo teve igualmente impacto na construção da minha identidade profissional, promovendo maior segurança, responsabilidade e consciência do papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde familiar, bem como no desenvolvimento de competências de análise crítica da evidência, intervenção centrada na família, comunicação terapêutica e reflexão sobre a prática.

Desta forma, este percurso contribuiu para definir o meu posicionamento futuro enquanto enfermeira especialista, no sentido de procurar uma prática mais fundamentada na evidência, centrada na família e orientada para resultados em saúde, promovendo a melhoria contínua dos cuidados e defendendo a valorização da enfermagem de saúde familiar nos diferentes contextos de atuação.

No contexto português, estes resultados são igualmente relevantes e alinham-se com as competências definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018), assim como com os princípios orientadores dos cuidados de saúde primários, sendo as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados na Comunidade contextos privilegiados para a sua implementação. Reconhecem-se, contudo, limitações inerentes à *scoping review*, nomeadamente a heterogeneidade dos estudos incluídos, a diversidade de contextos geográficos e culturais e o reduzido número de artigos elegíveis, o que limita a generalização dos resultados.

Ainda assim, os achados constituem um contributo relevante para o desenvolvimento de investigações futuras, designadamente estudos de adaptação e implementação dos modelos identificados à realidade portuguesa, bem como investigação que permita medir o impacto das intervenções de enfermagem familiar em resultados na saúde dos jovens e das suas famílias. Face ao exposto, torna-se imperativo reforçar a valorização institucional da enfermagem de saúde familiar, através da criação de modelos organizacionais e de sistemas de informação que permitam documentar e avaliar a intervenção de forma sistemática, promovendo a continuidade dos cuidados, a visibilidade do enfermeiro de família e a integração interdisciplinar.

Em síntese, quer a experiência de estágio quer os resultados da *scoping review* convergem na evidência de que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desempenha um papel

insubstituível na promoção da saúde, na redução de iniquidades e na capacitação das famílias. A sua prática deve assentar num equilíbrio entre rigor científico, sensibilidade cultural e compromisso ético com a equidade, sendo fundamental alinhar a evolução da enfermagem de saúde familiar em Portugal com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030, em particular no que respeita à saúde e ao bem-estar (ODS 3), à redução das desigualdades (ODS 10) e à promoção de comunidades sustentáveis e resilientes (ODS 11) (Nações Unidas, 2015).

Referências bibliográficas

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Ashby, W. R. (1958). General systems theory as a new discipline. In *General systems yearbook* (Vol. 3, pp. 1–20). Society for the Advancement of General Systems Theory.

Bámaca-Colbert, M. Y., Umaña-Taylor, A. J., & Gayles, J. G. (2019). Cultural orientation gaps within a family systems perspective. *Frontiers in Psychology, 10*, 1114. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01114

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Boulding, K. E. (1956). General systems theory—The skeleton of science. In *General systems yearbook* (Vol. 1, pp. 1–28). Society for the Advancement of General Systems Theory.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Camarneiro, A. P. F. (2021). *Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção*. Revista de Enfermagem Referência, e20145. https://doi.org/10.12707/RV20145

Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Pearson.

Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology, 48*, 243–267. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.243

Daudt, H. M. L., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology, 13*, 48. https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. DGS.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Lippincott.

Fine, M. A. (2019). *The family: A systems perspective*. Routledge.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Lusociência.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Prentice Hall.

Glavin, K., Schaffer, M. A., & Kvarme, L. G. (2019). The Public Health Intervention Wheel in Norway. *Public Health Nursing, 36*(6), 819–828. https://doi.org/10.1111/phn.12657

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN.

International Council of Nurses. (2021). *Position statement: Nursing research*. https://www.icn.ch

Jones, D., Ballard, J., Dyson, R., Macbeth, P., Lyle, D., Sunny, P., Thomas, A., & Sharma, I. (2019). A community engaged primary healthcare strategy to address rural school student inequities: A descriptive paper. *Primary Health Care Research & Development, 20*, e26. https://doi.org/10.1017/S1463423618000907

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). *Redeveloping the JBI model of evidence-based healthcare*. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 16(4), 227–241. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000137

Kamppila, H., Czabanowska, K., Kämäräinen, P., Younas, A., & Kvist, T. (2026). Leadership of nurses' interprofessional collaboration: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jan.70543

Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*, 69. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

Loureiro, F., & Figueiredo, M. (2019). *Enfermagem de família: Contributos para a prática em cuidados de saúde primários*. Lidel.

Loureiro, L., & Figueiredo, M. (2019). Enfermagem de saúde familiar e intervenção comunitária. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(23), 9–18. https://doi.org/10.12707/RIV19030

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661–1669. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (2019). *The genogram journey: Reconnecting with your family*. Norton.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. Governo de Portugal.

Moura Ramos, J., Silva, P., & Fernandes, R. (2025). *Enfermagem de família em contexto comunitário: Estratégias e práticas baseadas em evidência*. Almedina.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology, 18*, 143. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

Nações Unidas. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://sdgs.un.org/2030agenda

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2004). *Family therapy: Concepts and methods* (6th ed.). Pearson.

Oliveira, M., Sousa, P., & Rodrigues, A. (2021). *Enfermagem de família: Práticas e intervenções baseadas na comunidade*. Almedina.

Orchard, C. A., Sonibare, O., Morse, A., & Collins, J. (2017). Collaborative leadership: The nurse leader's role within interprofessional teams. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 30*(2), 57–63. https://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25258

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 2.ª série(124), 29 de junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 — Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 — Competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Relatório anual sobre a prática da enfermagem de família em Portugal*. Ordem dos Enfermeiros.

Okan, O., Messer, M., Levin-Zamir, D., Dadaczynski, K., Paakkari, L., Schaeffer, D., & Sørensen, K. (2023). *Health literacy and communication: Strengthening the evidence for interventions and implementation*. Health Literacy and Communication Open, 1(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/28355245.2023.2224471

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., et al. (2020). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 18*(3), 211–226. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000251

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.

Relvas, A. P. (2000). O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. Guilford Press.

Sequeira, C. (2017). *Saúde mental e psiquiatria: Enfermagem e cuidados de saúde*. Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários: Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários (CSP) – USF*. Ministério da Saúde. https://bicsp.min-saude.pt (acedido a 3 de abril de 2026)

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2022). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (11th ed.). Elsevier.

Stange, K. C., Miller, W. L., & Etz, R. S. (2023). The role of primary care in improving population health. *The Milbank Quarterly, 101*(S1), 795–840. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12460

Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Leung, K., Trudeau, A., Lee, M. M., & Gruppuso, P. A. (2016). Preparation, Readiness, Education and Planning for Type 1 Diabetes (PREP-T1): A feasibility randomized controlled trial. *Journal of Family Nursing, 22*(2), 166–198. https://doi.org/10.1177/1074840716628690

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. WHO.

World Health Organization. (2008). *Primary health care: now more than ever: The world health report 2008*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Quality health services: a planning guide*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632

Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly, 74*(4), 511–544. https://doi.org/10.2307/3350391

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.

Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice, 27*(6), e12938. https://doi.org/10.1111/ijn.12938

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649–655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

ANEXO I Certificados de Frequência de Formação

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RAFAELA MARTINS MESQUITA

membro nº **63165** desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Enfermagem de Saúde Escolar na região Norte: como estamos e para onde queremos ir?"**, realizado **no dia 25 de Setembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 25 de Setembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Digitalizada com CamScanner

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



CERTIFICADO

Certifica-se que

Rafaela Martins Mesquita

participou no **VI Congreso Ibérico de Terapia Familiar** e **44º Congreso Nacional de Terapia Familiar**, *"A riqueza da terapia familiar sistémica: diversidade e criatividade nos nossos diferentes contextos de intervenção"*, realizado no Porto entre os dias 16 e 18 de outubro de 2025, organizado pela **Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar** e pela **Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar**, com uma duração de 25 horas.

PRESIDENTE DA FEATF

PRESIDENTE DA SPTF

Digitalizada com CamScanner

EVOLUI : COM

Cação e Melo - Consultores de Gestão, Lda.
Figueira da Foz
NIF: 506.336.042

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Rafaela Martins Mesquita** natural de Santo Tirso, nascido(a) em 28 de julho de 1982 com o número de Cartão de Cidadão 12109041 8 ZX7 válido até 23 de julho de 2031, concluiu com aproveitamento o curso de Intervenção na Perda e no Luto em 11 de novembro de 2025 com a duração total de 27 horas, tendo obtido a classificação final de muito bom.

Unidades de Formação/Módulos/ Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..5
Intervenção na Perda e no Luto	27:00	muito bom (5)
Nota Final		**muito bom (5)**

Figueira da Foz, 21 de novembro de 2025

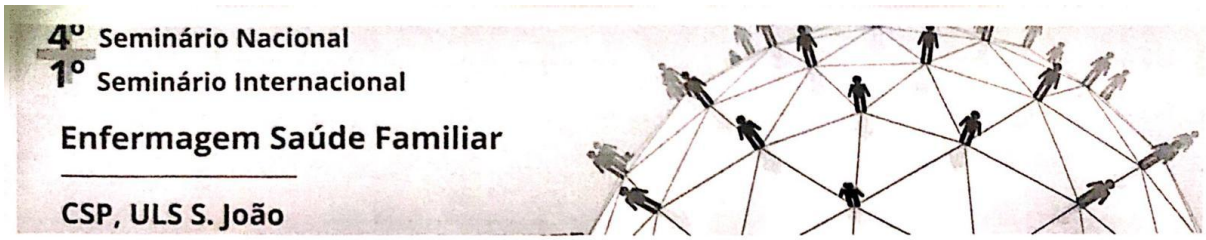
O responsável pela Entidade Formadora,

EVOLUI®COM

Certificado nº5967/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria 474/2010
Certificado emitido no SIGO
SIGO:3297837-C86357-ID134437-L4425-B4872

DGERT ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

CS Digitalizada com CamScanner



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Rafaela Martins Mesquita**

participou no 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João - "O Debate", que decorreu nos dias 25 e 26 de setembro de 2025, online, com a duração de 14 horas.

Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pel'A Comissão Organizadora

Digitalizada com CamScanner

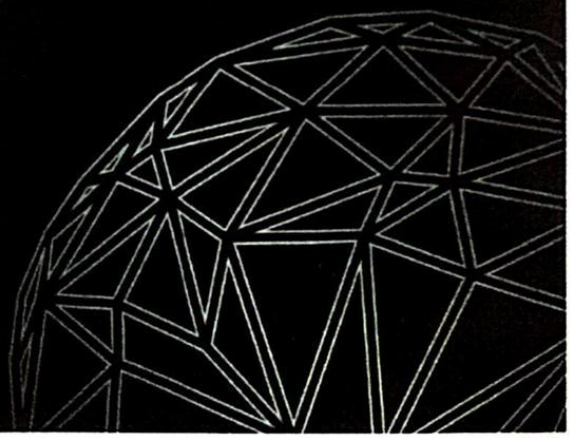
REPÚBLICA PORTUGUESA | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOÃO | CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Academia
Qualificação & Inovação

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Rafaela Mesquita concluiu a formação Digital Learning – SClínico Cuidados de Saúde Primários – Perfil Enfermagem, com a duração de estimada de 2 horas, promovido pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..

Lisboa, 18 de novembro de 2025



SPMS
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Digitalizado com CamScanner

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
Av.ª da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal
www.spms.min-saude.pt

D2025.385493

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RAFAELA MARTINS MESQUITA

membro nº **63165** desta Ordem, participou no(a) **"V Encontro Científico - Investigação em Enfermagem: Interdisciplinaridade e Inovação"**, realizado **no dia 26 de Novembro de 2025**, com duração total de **5 horas**, no(a) **Auditório do Instituto Português de Oncologia do Porto.**

Porto, 26 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,50 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Digitalizada com CamScanner

ANEXO II Artigo de Opinião "*As intervenções do enfermeiro de família na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional em Portugal: uma perspetiva baseada na evidência*"

Tipo de artigo: Artigo de Opinião

Título:

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO E GESTÃO DA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EM PORTUGAL: UMA PERSPECTIVA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Resumo (Português)

A plagiocefalia posicional é uma assimetria craniana adquirida que se pode ser frequentemente prevenida através de intervenção precoce. O Enfermeiro de Família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, desempenha papel estratégico na capacitação parental, monitorização e encaminhamento. Este artigo reflete sobre as intervenções que devem ser implementadas nas consultas de saúde infantil em Portugal, considerando evidências nacionais e internacionais. Destaca-se a importância da capacitação parental precoce, inspeção sistemática da cabeça, avaliação da mobilidade cervical e encaminhamento oportuno. O texto discute limitações operacionais, desafios estruturais e recomendações para padronização das práticas de enfermagem na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional.

Palavras-chave: Cuidados de saúde primários; Enfermagem de família; Plagiocefalia posicional; Prevenção; Saúde infantil;

Abstract (English)

Positional plagiocephaly is an acquired cranial asymmetry that can often be prevented through early intervention. Within primary health care, the Family Nurse plays a key role in parental empowerment, monitoring and referral. This article reflects on interventions to be implemented during child health consultations in Portugal, based on national and international evidence. Emphasis is given to early parental education, systematic head inspection, cervical mobility assessment, and timely referral. Operational limitations, structural challenges, and recommendations for standardization of nursing practices are discussed.

Keywords: Primary Health Care; Family Nursing; Positional Plagiocephaly; Prevention; Child Health;

Resumen Español)

La plagiocefalia posicional es una asimetría craneal adquirida que a menudo se puede prevenir mediante una intervención temprana. El enfermero de familia, en el contexto de la atención primaria, desempeña un papel clave en lo empoderamento de los padres, monitoreo, detección y derivación. Este artículo reflexiona sobre las intervenciones que deben implementarse en las consultas de salud infantil en Portugal, basadas en la evidencia nacional e internacional. Se destaca la importancia de la capacitación parental temprana, la inspección sistemática de la cabeza, la evaluación de la movilidad cervical y la derivación oportuna al médico de familia. Se discuten limitaciones operativas, desafíos estructurales y recomendaciones para la estandarización de las prácticas de enfermería.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Enfermería Familiar; Plagiocefalia Posicional; Prevención; Salud Infantil;

Introdução

A plagiocefalia posicional é uma assimetria craniana adquirida, resultante da aplicação de forças externas sobre o crânio maleável do lactente, frequentemente associada à preferência de cabeça para um lado ou ao decúbito dorsal prolongado.(3) Um aumento da prevalência desta condição tem sido observado, e para tal parecem ser fatores determinantes a rotação limitada da cabeça, baixos níveis de atividade motora e a posição de supina ao dormir.(4)Além da estética, a plagiocefalia pode estar associada a atrasos no desenvolvimento motor e de linguagem.

O Enfermeiro de Família, no contexto dos cuidados de saúde primários, possui a oportunidade privilegiada de atuação precoce, através de visitas domiciliárias e consultas de saúde infantil, promovendo capacitação parental, monitorização e encaminhamento adequado. O objetivo deste artigo é refletir sobre as intervenções do Enfermeiro de Família em Portugal para a prevenção e gestão da plagiocefalia posicional, fundamentadas na evidência científica atual.

Desenvolvimento

Fatores de risco e janela de intervenção

A preferência de cabeça para um lado, sexo masculino e decúbito dorsal prolongado são fatores de risco relevantes.(3-5) A capacitação parental precoce, idealmente antes das oito semanas de vida, é decisiva para prevenir a instalação da assimetria.

Intervenções promotoras da saúde e capacitação parental

Programas estruturados de capacitação parental demonstram eficácia na prevenção da plagiocefalia, reduzindo a incidência e a severidade da condição. (2) O Enfermeiro de Família deve utilizar as consultas e as visitas domiciliárias para orientar práticas seguras de posicionamento, incentivar o "tummy time" supervisionado, a alternância postural e reduzir tempo em dispositivos de apoio à cabeça, utilizando materiais educativos e demonstração prática.

Diagnóstico, monitorização e encaminhamento

O reconhecimento precoce da preferência de cabeça, torcicolos e assimetrias faciais é essencial. O enfermeiro deve incluir inspeção visual da cabeça, avaliação da mobilidade cervical, identificação da lateralidade preferencial e registar no processo de enfermagem a sua atuação.(4) Casos persistentes deverão ser encaminhados o mais precocemente possível para avaliação médica.

Prática integrada em Portugal

À luz das orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2022) e da evidência científica atual, as intervenções do Enfermeiro de Família na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional podem incluir:

1. **Capacitação parental inicial (0 aos 2 meses de idade da criança):**
   Capacitar aos pais/cuidadores sobre plagiocefalia posicional, fatores de risco e importância da variação postural. Distribuição de material educativo validado pela Direção Geral da Saúde.
2. **Avaliação (2 aos 6 meses da criança):**
   Inspeção craniana, avaliação da mobilidade cervical e identificação de sinais de risco.
3. **Capacitação parental com aconselhamento e demonstração:**
   Orientar práticas seguras de posicionamento, incentivar o "tummy time" supervisionado e reduzir o tempo em dispositivos de apoio à cabeça.

4. **Encaminhamento precoce:**
   Sinais persistentes na criança devem motivar encaminhamento o mais precocemente possível para avaliação médica.
5. **Monitorização e registo:**
   Acompanhamento contínuo e registo das intervenções no processo de enfermagem.
6. **Formação profissional:**
   As Unidade Locais de Saúde e em particular as unidades de saúde familiar devem investir na formação contínua sobre plagiocefalia e desenvolvimento motor precoce.
7. **Formação contínua:** Manter-se atualizado com recurso a guidelines, evidência científica atualizada e técnicas de capacitação parental nesta área.

Reflexão crítica, limitações e desafios

A análise da evidência disponível, bem como a observação das práticas no contexto português, revela um conjunto de desafios estruturais e operacionais que condicionam a intervenção do Enfermeiro de Família na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional. Embora exista consenso sobre a importância da capacitação parental precoce e da vigilância sistemática do desenvolvimento motor e craniano, persiste uma discrepância significativa entre as recomendações teóricas e a sua efetiva implementação nos cuidados de saúde primários.

Uma das limitações reside na **organização dos cuidados em contexto de Unidade de Saúde Familiar, pois o** tempo disponibilizado para as consultas de enfermagem de saúde infantil, nem sempre permite ao enfermeiro de família realizar uma avaliação detalhada da simetria craniana, da mobilidade cervical ou dos padrões preferenciais de posicionamento. A disponibilidade de instrumentos de medição (craniómetro) e de materiais educativos adaptados, bem como a articulação direita com a fisioterapia infantil e consulta de desenvolvimento precoce também dificulta as intervenções de enfermagem neste contexto.

Outro ponto crucial diz respeito à dimensão comunicacional, nomeadamente à ausência de padronização nas linhas orientadoras, fazendo com que os pais/cuidadores das crianças possam vivenciar sentimentos de confusão, insegurança e culpa dificultando a adesão dos pais às orientações fornecidas. A gestão das expectativas parentais é crucial, particularmente no que diz respeito a intervenções como capacetes ou almofadas, cuja evidência de eficácia é limitada.

Outro desafio relevante relaciona-se com o pouco investimento na formação nesta área, o que pode comprometer a prevenção e a coerência das orientações fornecidas às famílias. Assim, torna-se imperativo desenvolver formação contínua estruturada e acreditada, garantindo a padronização de competências baseadas na evidência

Do ponto de vista epidemiológico e organizacional, a ausência de **indicadores específicos de processo e resultado, tais como diagnósticos e intervenções de monitorização e registo no processo de Enfermagem no SClínico®,** limita a capacidade de quantificar a prevalência desta condição e de avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem. A integração de indicadores, diagnósticos e intervenções de avaliação craniana e de mobilidade cervical nos registos de enfermagem permitiria gerar dados consistentes, apoiar a investigação nacional e sustentar a tomada de decisão em saúde.

Por fim, importa sublinhar que a plagiocefalia posicional deverá ser entendida como um **potencial indicador de padrões de posicionamento, oportunidades motoras e contexto de cuidados.** Por conseguinte, a intervenção do Enfermeiro de Família integra-se numa visão mais ampla de promoção da saúde, intervindo com práticas baseadas na evidência, articulando saberes interdisciplinares e assegurando que as políticas e estruturas de cuidados refletem a relevância clínica e preventiva desta condição.

Contribuições para a prática

O fortalecimento da capacitação parental precoce, a padronização de inspeção e monitorização, a formação contínua dos Enfermeiros de Família e a implementação de registos específicos de plagiocefalia nos processos clínicos de enfermagem constituem estratégias essenciais para reduzir a prevalência e melhorar a administração desta condição.

Considerações finais

O Enfermeiro de Família desempenha papel central na prevenção e gestão da plagiocefalia posicional, atuando como agente promotor de saúde na capacitação parental, monitorização e encaminhamento precoce. A adoção de práticas baseadas em evidência e a padronização das intervenções são essenciais para otimizar os cuidados em saúde infantil nos cuidados de saúde primários em Portugal.

Referências

1. Blanco-Díaz M, Marcos-Álvarez M, Escobio-Prieto I, De la Fuente-Costa M, Pérez-Domínguez B, Piñero-Pinto E. Effectiveness of conservative treatments in positional plagiocephaly in infants: a systematic review. Children (Basel). 2023;10(7):1184.
2. Chekmeyan M, Joo A, Saini S, Li D, Playter K, Nguyen L, Vining M, Lalikos JF. Parental education for the prevention of plagiocephaly. J Pediatr Health Care. 2023. doi:10.1097/SAP.0000000000003851
3. de Graaf J, et al. Risk factors for positional plagiocephaly and appropriate time frames for prevention messaging. Early Hum Dev. 2014;90(8):459-65.
4. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. Pediatrics. 2004;114(4):970-80. doi:10.1542/peds.2003-0668-F.
5. Lopes A, Águeda S, Ferreira S, Almeida AF, Silva H, Pinto F. Prevalência de deformações cranianas posturais: avaliação de uma população de lactentes saudáveis. Acta Pediatr Port. 2013;44(5):215-7.