

Millenium, 2(Edição Especial Nº17)



ENFERMEIRA DE REFERÊNCIA – ESTUDO DE CASO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

PRIMARY NURSE – STUDY CASE OF FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN AN INTEGRATED CONTINUED CARE UNIT

ENFERMERA DE REFERENCIA – ESTUDIO DE CASO DE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE ATENCIÓN CONTINUADA

Joana Pinho¹ <https://orcid.org/0000-0002-5294-3399>

Renato Gomes¹ <https://orcid.org/0009-0007-7854-017X>

Leonor Pinto² <https://orcid.org/0000-0003-1830-8612>

Maria Henriqueira Figueiredo^{3,4} <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751>

¹ Hospital de Lousada, Lousada, Portugal

² Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

⁴ CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

Joana Pinho – enf.joana.pinho@gmail.com | Renato Gomes - renato.gomes@scmlousada.pt | Leonor Pinto - leonor.pinto7@gmail.com |
Maria Henriqueira Figueiredo - henriqueta@esenf.pt



Autor Correspondente:

Joana Pinho

Rua de Santo António nº373
4620-631 - Lousada - Portugal
enf.joana.pinho@gmail.com

RECEBIDO: 25 de novembro de 2024

REVISTO: 05 de fevereiro de 2025

ACEITE: 28 de março de 2025

PUBLICADO: 15 de abril de 2025

RESUMO

Introdução: O conceito de Enfermagem de Referência baseia-se na atribuição de um enfermeiro responsável por um grupo de utentes, garantindo continuidade e centralidade dos cuidados. O projeto “Enfermeira de Referência” desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) a norte de Portugal tem como referencial o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) que dotado de um cariz dinâmico e flexível permite a mobilização dos seus componentes nos diversos níveis de atuação do enfermeiro.

Objetivo: Identificar diagnósticos e intervir no sentido da obtenção de ganhos em saúde familiar.

Métodos: Estudo de caso considerando uma família nuclear integrada no projeto "Enfermeira de Referência". A avaliação e intervenção familiar realizou-se através de entrevistas a todos os membros da família e a análise das narrativas através do conteúdo. Foram considerados os princípios éticos da investigação clínica.

Resultados: Identificou-se enquanto diagnóstico que requereu intervenção “Processo Familiar Disfuncional Relacionado com Coping Familiar Não Eficaz”, implementaram-se as intervenções “Promover Coping Familiar Efetivo” e “Apoiar processo de Coping Familiar”. O reenquadramento, conotação positiva e conferência de família foram mobilizados enquanto técnicas que concretizam as intervenções, obtendo-se ganhos em saúde.

Conclusão: Como resultado das intervenções, direcionadas aos elementos da família, verificou-se alteração no *coping* familiar que impactou a recuperação do utente e permitiu a manutenção dos papéis e crenças familiares. Os resultados demonstraram a pertinência de focar na saúde familiar com recurso ao MDAIF em contexto de UCCI.

Palavras-chave: modelos de enfermagem; enfermagem; saúde da família

ABSTRACT

Introduction: The concept of Reference Nursing is based on assigning a nurse responsible for a group of users, guaranteeing continuity and centrality of care. The ‘Reference Nurse’ project developed in an Integrated Continued Care Unit (UCCI) in the north of Portugal is based on the Dynamic Family Assessment and Intervention Model (MDAIF), which is dynamic and flexible, allowing its components to be mobilized at the various levels of the nurse's work.

Objective: To identify diagnoses and intervene in order to achieve gains in family health.

Methods: A case study of a nuclear family integrated into the ‘Reference Nurse’ project. Family assessment and intervention were carried out through interviews with all family members and the analysis of narratives through content. The ethical principles of clinical research were taken into account.

Results: The diagnosis that required intervention was ‘Dysfunctional Family Process Related to Non-Effective Family Coping,’ and the interventions ‘Promoting Effective Family Coping’ and ‘Supporting the Family Coping Process’ were implemented. Reframing, positive connotation, and family conferencing were mobilized as techniques to implement the interventions, resulting in health gains.

Conclusion: As a result of the interventions aimed at family members, there was a change in family coping that had an impact on the patient's recovery and allowed family roles and beliefs to be maintained. The results demonstrate the relevance of focussing on family health using the MDAIF in an ICU context.

Keywords: nursing models; nursing; family health

RESUMEN

Introducción: El concepto de Enfermería de Referencia se basa en la asignación de una enfermera responsable de un grupo de usuarios, garantizando la continuidad y centralidad de los cuidados. El proyecto «Enfermera de Referencia» desarrollado en una Unidad de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) del norte de Portugal se basa en el Modelo Dinámico de Valoración e Intervención Familiar (MDAIF), que es dinámico y flexible, permitiendo la movilización de sus componentes en los diversos niveles de actuación de la enfermera.

Objetivo: Identificar diagnósticos e intervenir para conseguir ganancias en la salud familiar.

Métodos: Estudio de caso de una familia nuclear integrada en el proyecto «Enfermera de Referencia». La evaluación e intervención familiar se llevó a cabo entrevistando a todos los miembros de la familia y analizando las narrativas mediante análisis de contenido. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación clínica.

Resultados: El diagnóstico que requirió intervención fue «Proceso familiar disfuncional relacionado con el afrontamiento familiar no eficaz», y se aplicaron las intervenciones «Promoción del afrontamiento familiar eficaz» y «Apoyo al proceso de afrontamiento familiar». Se movilizaron el reencuadre, la connotación positiva y la conferencia familiar como técnicas para implementar las intervenciones, lo que resultó en beneficios para la salud.

Conclusión: Como resultado de las intervenciones dirigidas a los familiares, se produjo un cambio en el afrontamiento familiar que repercutió en la recuperación del paciente y permitió mantener los roles y creencias familiares. Los resultados demuestran la relevancia de centrarse en la salud familiar utilizando el MDAIF en un contexto de UCI.

Palabras clave: modelos de enfermería; enfermería; salud familiar

INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é composta por unidades e equipas que prestam cuidados sequenciais de saúde e apoio social, promovendo a autonomia e reabilitação da pessoa em situação de dependência (Ministério da Saúde, 2006). De facto, a dependência no autocuidado prevalece como o principal motivo de admissão nas diversas unidades funcionais da RNCCI (Vieira, 2023), sendo que quando tem caráter transitório potencialmente recuperável, salienta-se a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) (Ministério da Saúde, 2006). O potencial de reabilitação torna esta tipologia da RNCCI muitas vezes a resposta intermediária entre os cuidados hospitalares e os cuidados na comunidade. Desde os primórdios da Enfermagem que o autocuidado é foco de atenção do enfermeiro, tendo mesmo impacto positivo na saúde dos clientes as suas decisões (Vieira, 2023).

Os modelos de prestação de cuidados de Enfermagem referem-se às abordagens organizacionais usadas para garantir cuidados eficientes, seguros e centrados no utente e família (Hong et al., 2019). Podem classificar-se em funcionais, de equipa, de cuidados individualizados e de Enfermagem primária/referência (Gonçalves et. al, 2023). No caso da Enfermagem de Referência, um enfermeiro é responsável por grupo de utentes, tornando-se referência para o utente e família por proporcionar cuidados personalizados, evitar fragmentação e favorecer continuidade de cuidados (Cocchieri, 2023). No contexto da UMDR esta abordagem pode ser particularmente interessante, já que a unidade de saúde, ao constituir-se ponte para o regresso à comunidade, deve garantir a prestação de cuidados mais planeados, sistematizados e contínuos direcionados aos utentes e famílias. Apesar das condicionantes, as famílias portuguesas continuam a decidir manter os seus membros dependentes em casa, o que se configura na necessidade de maior suporte pelos enfermeiros na preparação do regresso ao domicílio (Petronilho, 2016). De facto, assumir o papel de cuidador implica uma série de ajustes e reajustes da pessoa que cuida, da pessoa cuidada e do sistema que os dois constituem, sendo, por isso, o desenvolvimento de papel repleto de experiências únicas (Melo et al., 2021). Durante fases de desequilíbrio familiar decorrentes de novas necessidades no autocuidado do membro dependente da família, o enfermeiro é muitas vezes um recurso que favorece a aquisição de estratégias de confrontação. A intervenção direcionada e estruturada neste âmbito, favorece a percepção e conhecimento destas estratégias, designadas estratégias de *coping*, podendo facilitar todo o processo de transição (Melo et al., 2021). O *coping* familiar é moldado pelas crenças familiares que, por sua vez, são resultado das experiências vivenciadas ou transmitidas transgeracionalmente (Oliveski, 2021).

Dessa forma, o papel da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) destaca-se pela sua atuação abrangente e essencial. As suas competências incluem a construção de uma relação próxima com a família, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas. Para isso, realiza uma colheita criteriosa de dados, intervindo de forma direcionada para promover e recuperar o bem-estar familiar. Além disso, monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e doença, formalizando essa avaliação e articulando com equipas de saúde. Dessa forma, mobiliza os recursos necessários para a prestação de cuidados e assegura a gestão eficiente do sistema de cuidados de saúde da família.

Neste enquadramento, surge o projeto “Enfermeira de Referência” desenvolvido numa UMDR a norte de Portugal, implementado por uma EEECESF e visando facilitar a integração do utente e família, promover o envolvimento da família, capacitar o familiar cuidador e garantir a continuidade de cuidados. Dado o papel central da família na RNCCI, a implementação do projeto baseia-se no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), um referencial teórico flexível e dinâmico que permite estruturar o processo de Enfermagem com as famílias nos diversos níveis de atuação do enfermeiro (Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022). O presente estudo desenrolou-se no contexto deste projeto, tendo como objetivo identificar diagnósticos e intervir no sentido da obtenção de ganhos em saúde familiar.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na senda da promoção de um acompanhamento personalizado ao utente e família, surge o método de enfermeiro de referência, alicerçado num reforço da relação enfermeiro-doente, colaborando assim no planeamento estratégico organizacional do trabalho de Enfermagem, com vista à prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade garantida, baseando-se no proporcionar de cuidados de confiança, no estabelecimento de relações empáticas e no respeito (Rego & Coelho, 2016). Este método é considerado assim, um modelo personalizado de prestação de cuidados de Enfermagem, com dois focos fundamentais: na relação estabelecida e na garantia da continuidade de cuidados (Cocchieri et al., 2021). Estes dois focos são cruciais no âmbito da UMDR, já que parece existir um tempo útil para promover maior independência/autonomia após um evento gerador de dependência, o enfermeiro deve estar alinhado com os utentes e famílias tendo, para isso, em conta os conhecimentos, capacidades, necessidades e, claro, o contexto (Petronilho, 2016). A avaliação destes aspectos alicerçada numa relação mútua de reconhecimento entre enfermeiro e utente/família e seguida da intervenção personalizada pode potenciar o regresso a casa em segurança de toda a família.

O MDAIF é um referencial teórico que permite operacionalizar as intervenções do enfermeiro de referência, garantindo uma abordagem estruturada na avaliação e intervenção familiar. Este modelo tem como fonte teórica o Modelo Calgary de Avaliação da Familiar e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar, referencial epistemológico o Pensamento Sistémico e integra a Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da Comunicação Humana e Cibernética (Ferreira et al., 2020; Pinho et al., 2022). Enquanto referencial

teórico e operativo de Enfermagem de saúde familiar (Correia et al., 2021), assume a família como cliente e unidade de intervenção promovendo a EEECESF a sua capacitação (Figueiredo, 2022). Apresenta como conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012). Recorrer ao MDAIF implica debruçar sobre três grandes dimensões de avaliação familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A flexibilidade do MDAIF permite a adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada família, garantindo uma abordagem personalizada e centrada no ciclo vital familiar. Ademais, a estrutura operativa possibilita a interligação entre as etapas do processo de Enfermagem (Correia et al., 2021), na medida em que, após a identificação das áreas de atenção e avaliação das famílias nas transições ao longo do seu ciclo vital, são estabelecidos critérios de diagnóstico que procuram sustentar o diagnóstico e as intervenções de capacitação dos membros da família (Figueiredo, 2012). De facto, a matriz operativa deste referencial “pretende estabelecer uma estrutura organizativa para as ligações operacionais que conferem o elemento da testabilidade” (Figueiredo, 2012, p. 103). A evidência científica atual na população portuguesa destaca o MDAIF quanto referencial teórico e operativo (Correia et al., 2021; Ferreira et al., 2020; Pinho et al., 2022). A par deste facto, o MDAIF é reconhecido pelo International Family Nursing Association como um Modelo para a Prática Profissional de Enfermagem com as Famílias (International Family Nursing Association, 2023).

Por fim, enquanto técnicas que concretizam as intervenções, a EEECESF recorre a técnicas de intervenção familiar sistémica específicas, nomeadamente: conotação positiva, reenquadramento e conferência familiar. Quanto às conotações positivas, as mesmas permitem qualificar como positivos ou úteis para o funcionamento familiar sintomas considerados pelos membros da família negativos (Zordan et al., 2012). Enquanto orientadoras da ressignificação da situação possibilitam aos membros da família percecionar comportamentos, outrora disfuncionais, como necessários à manutenção do funcionamento familiar (Figueiredo, 2023). Por sua vez, o reenquadramento considera a capacidade de redefinir acontecimentos stressantes de forma mais otimista (Figueiredo et al., 2020). Esta técnica de mudança de segunda ordem é capaz de alterar as regras do funcionamento familiar, já que a nova moldura atribuída ao sintoma negativo promove a alteração das regras e crenças que, por sua vez, não acompanhavam a evolução da família por terem natureza rígida (Figueiredo, 2023). Por fim, a conferência familiar é uma reunião formal com o utente e família que objetiva apoiar a tomada de decisão, sendo considerados dois aspectos cruciais: comunicação eficaz e planeamento em equipa multiprofissional, para tal o enfermeiro tem um papel determinante na mediação de informação entre equipa, utente e família (Figueiredo, 2023).

2. MÉTODOS

Como metodologia, desenvolveu-se um estudo de caso descritivo e qualitativo, com intenção de compreender e detalhar a realidade de uma família nuclear integrada no projeto “Enfermeira de Referência” no contexto de UMDR. A abordagem qualitativa permitiu uma análise aprofundada das percepções, experiências e dinâmicas envolvidas, enquanto a natureza descritiva visou relatar e documentar os acontecimentos e características do caso de forma detalhada. Enquanto referencial teórico e operativo, utilizou-se o MDAIF.

Desenvolveu-se a colheita de dados através de análise documental dos registos do processo clínico do utente internado na UMDR, das entrevistas semiestruturadas realizadas à pessoa em situação de internamento e à sua esposa, entre 19 de junho e 13 de outubro de 2024, e à observação participante das interações entre a família e a equipa de Enfermagem. Para a interpretação dos dados, utilizou-se a análise narrativa, de maneira a compreender a estrutura, os significados e as experiências relatadas pelos membros da família. Este método permitiu explorar a construção das narrativas, identificando padrões, sentidos e contextos que emergiram ao longo dos relatos. Desta forma, foi possível captar não apenas os eventos descritos, mas também as percepções, emoções e significados atribuídos pelos participantes à sua própria experiência.

Todos os membros da família foram devidamente informados do intuito do estudo, tendo apresentado o consentimento informado para o mesmo, garantindo a sua participação voluntária. Dessa forma, a participação ocorreu de maneira ética e transparente, respeitando todas as diretrizes de proteção aos participantes, como a privacidade. Para isso, atribuiu-se aleatoriamente letras do alfabeto a cada membro da família, bem como a família como um todo (Família S). Em suma, foram considerados todos os princípios éticos, tendo o diretor técnico e administrador do hospital validado este aspeto, uma vez que não existe comissão de ética no contexto do estudo.

3. RESULTADOS

Composição familiar

A família S, do tipo casal, é constituída pelo J de 73 anos e pela sua esposa R de 70 anos. Portanto, uma família nuclear em fase do envelhecimento do ciclo vital familiar, segundo Duvall (Duvall & Kerckhoff, 1958). J esteve internado desde 19/06/2024 até 13/10/2024 na UMDR para reabilitação funcional e motora após Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico na artéria cerebral média esquerda, apresentava períodos de desorientação espaço temporal frequentes e dependência total em todos os domínios do autocuidado (Escala de Barthel de 10 pontos). R é autónoma e anseia o regresso ao domicílio do marido, tendo para esse efeito realizado adaptações estruturais na casa. Ao longo do internamento, não se verificou evolução na dependência e,

especificamente, no alimentar-se, J apresentou agravamento da disfagia e, por isso, considerou-se necessária a introdução de sonda nasogástrica.

Família extensa

Da conjugalidade têm dois filhos. C, do sexo feminino, com agregado constituído, profissionalmente ativa, reside fora do país (Luxemburgo) e A do sexo masculino, com agregado constituído, profissionalmente ativo, reside numa freguesia próxima dos pais. O contacto com C é realizado diariamente via telefone com os objetivos principais de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos. Com os meus objetivos, A visita diariamente os pais.

Classe social

J tem de escolaridade a quarta classe, exerceu atividade profissional enquanto operário em fábrica têxtil, estando, tal com R, reformado. Apresentam classe social média, segundo a Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001).

Áreas de atenção da Dimensão Estrutural

Quando questionada, R refere que a reforma é suficiente para cobrir as despesas do casal, negando ter dificuldades financeiras. Identifica-se, por isso, Rendimento Familiar Suficiente.

Relativamente ao edifício residencial, a família possui uma casa constituída pelo primeiro andar e rés do chão, verificando-se, através da visita domiciliar, boas condições de habitabilidade, higiene e conforto. Tal como mencionado anteriormente, foram realizadas readaptações, nomeadamente no quarto e casa de banho no rés do chão. No interior da habitação não existe barreiras arquitetónicas, verificando-se bons espaços para circular com o cadeirão. Elenca-se, por isso, enquanto força da família Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado.

Regressar a casa com diminuição significativa de mobilidade pode ser facilitado ou prejudicado pelas condições habitacionais. Além disso, aquando da necessidade de melhoria, por exemplo, os rendimentos familiares podem ser facilitadores ou inibidores. Assim, a avaliação da dimensão estrutural no contexto da UMDR tem particular interesse, já que permite identificar potencialidades e necessidades da família. Esta identificação, por sua vez, é salutar na preparação do regresso ao domicílio.

Áreas de Atenção da Dimensão de Desenvolvimento

Tendo em conta a habitual desorientação e pouca verbalização de J, apenas se colheram dados quanto à satisfação conjugal e papel parental junto de R e através da observação da interação dos membros do casal entre si e com cada filho. Assim, nomearam-se as hipóteses de diagnóstico Satisfação Conjugal Mantida e Papel Parental Adequado.

Áreas de Atenção da Dimensão Funcional

Sobre o papel de prestador de cuidados, R já assumia este papel familiar, uma vez que J teve o primeiro AVC em 2020 tornando-se dependente nos domínios do autocuidado: banho e vestir e despir. Verificou-se conhecimento, consenso e não saturação ou conflito do papel. Efetivamente, R era capaz de reconhecer as capacidades e dificuldades, tendo, por isso, inscrito J no Serviço de Apoio Domiciliário. Por estes motivos, nomeia-se a força Papel de Prestador de Cuidados Adequado.

Nas dimensões operativas da área de atenção processo familiar, nomeadamente comunicação familiar, interação de papéis e relação dinâmica, verificou-se não existir necessidade de cuidados e, por isso, áreas consideradas como forças da família. Salientou-se que J reconhecia a esposa como o membro com mais poder no casal, especialmente quando se abordou J sobre a necessidade de introdução de sonda nasogástrica, visto que o mesmo referiu:

“A minha mulher é que sabe (...) fico muito cansado, mas queria continuar a poder comer!”

“Ela (esposa) é que toma conta de mim (...) é muito boa para mim.”

Por sua vez, R verbalizou:

“Eu alimento-o devagar, comigo poucas vezes se engasga e quando acontece chamo por vocês (enfermeiros).”

“Comer juntos sempre foi muito importante para nós.”

“O meu pai depois de ter a sonda teve de ficar sempre amarrado porque arrancava, não quero o mesmo para ele, não aguento ver isso.”

“Ele ainda vai recuperar, da primeira vez, recuperou!”

Verificou-se que os membros da família não aceitavam a condição atual de saúde de J, não respondendo, por isso, eficazmente aos desafios despoletados, o que se verificava, em particular, pela manutenção da alimentação via oral. Não estava a acontecer a mobilização necessária de recursos e estratégias promotoras da manutenção do funcionamento familiar face um fator de stress extrafamiliar, já que os membros da família não o reconheciam como problema. Para isso, contribuía ainda a crença familiar relacionada com a intervenção dos profissionais de saúde, neste caso especificamente para introdução da sonda nasogástrica, facto que também prejudicava o processo de reabilitação do utente, colocando-o em risco.

Assim sendo, nomeou-se o diagnóstico: “Processo Familiar Disfuncional Relacionado com Coping Familiar Não Eficaz Manifestado pela Não Identificação dos Problemas”. Com o objetivo que a família adaptasse o momento de refeição, planearam-se e

implementaram-se as intervenções “Promover Coping Familiar Efetivo” e “Apoiar processo de Coping Familiar”. Para tal, enquanto técnicas que concretizam intervenções, a EEECESF mobilizou as técnicas de intervenção familiar sistémica específicas:

Reenquadramento:

“Introduzir a sonda nasogástrica não significa que o seu marido terá de ficar immobilizado. Quando os enfermeiros colocam o sonda e sempre que a usam para alimentar têm o cuidado de a colocar resguardada para não sair por acidente. E, caso seja removida intencionalmente, também têm outras estratégias além da contenção física que vão ser sempre a primeira escolha nesses casos.”

Reenquadramento/Conotação positiva:

“Disse-me que os momentos de refeição são muito importantes para vocês e que gostava de continuar a alimentar o seu marido porque gosta de cuidar dele, certo? Introduzir a sonda é o que permitirá manter estes momentos felizes já que garante a segurança.”

“Você percebe que se engasga mais e fica mais cansado, introduzir a sonda diminui esses aspectos.”

“Sei que desejam muito o regresso de J ao domicílio e sabem que a equipa da UMDR também tem o mesmo desejo, por isso, é importante garantir a segurança, o que, neste momento, implica a colocação de sonda nasogástrica.”

Conferência familiar:

Realizada com intuito de enfatizar os riscos da não introdução da sonda nasogástrica tendo em conta o grau de disfagia. Além disso, também se abordaram os efeitos cumulativos de dois eventos neurológicos num curto espaço temporal e as implicações no potencial de reabilitação.

Após a implementação das intervenções, J e R verbalizaram aceitar a introdução da sonda nasogástrica, que J reconheceu imediatamente como vantajosa, pois, como não se cansava tanto, já podia conversar com a esposa durante as refeições. Além disso, R tinha conhecimento e capacidade para administrar a alimentação por esta via, pelo que passou a ser mesma a fazê-lo. Desta forma, os membros do casal mantiveram o momento de refeição em conjunto, tendo R alterado a sua narrativa quanto à situação de dependência, já que passou a reconhecer a mesma como um problema permanente. Este reconhecimento permitiu à família reorganizar-se.

4. DISCUSSÃO

Na avaliação efetuada com a família, identificaram-se os seguintes diagnósticos que não requerendo intervenção, se constituem como forças Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado, Satisfação Conjugal Mantida, Papel Parental Adequado, Papel de Prestador de Cuidados Adequado, Comunicação Familiar Adequada, Interação de Papéis Adequada e relação Dinâmica Adequada. As áreas constituem-se como recursos para a manutenção do funcionamento familiar, conforme refere Gottlieb e Gottlieb (2017). Enquanto diagnóstico que requeria intervenção, identificou-se o *coping* familiar relacionado com a não identificação de problemas. A mudança dos padrões de interação familiar durante os processos de adaptação possibilitou a criação de novas rotinas, nomeadamente no momento de refeição. Desta forma, considerou-se essencial promover o *coping* familiar tendo como ferramentas técnicas que possibilitaram que os membros da família atribuíssem significado diferente à situação de dependência e, em específico, à introdução de sonda nasogástrica. De facto, foram o reenquadramento sobre as vantagens e conotação positiva sobre as consequências da introdução que permitiram a reorganização do momento de refeição, possibilitando a sua continuidade enquanto rotina em família e, simultaneamente, garantiram a manutenção do papel de prestador de cuidados, tal como ambos os membros da família pretendiam. Estas técnicas demonstram-se úteis na promoção de estratégias de *coping*, conforme referem Pinheiro-Carozzo e colaboradores (2020), Pinho e colaboradores (2022) e Figueiredo (2023). Por sua vez, a conferência de família foi salutar, já que clarificou os riscos da não introdução de sonda nasogástrica e evidenciou o caráter permanente da situação de dependência, influindo positivamente na reorganização familiar, manifestada pela identificação do grau elevado de dependência e aceitação da sonda nasogástrica pelos membros da família. Assim, esta técnica foi preponderante à identificação de problemas pelos membros da família, como mencionam Rosário e colaboradores (2019).

A adoção do modelo organizacional de *primary nursing*, conhecido como Enfermagem de Referência, permitiu à EEECESF melhorar o conhecimento sobre o utente e a sua família, o que facilitou o planeamento e estruturação dos cuidados a prestar e dos resultados sensíveis à prática de Enfermagem, desde a admissão até à alta, como relata Gonçalves e colaboradores (2023). Sobre as vantagens deste modelo, realça-se o estabelecimento de um vínculo terapêutico que possibilitou a avaliação aprofundada de cada área de atenção, sendo esta essencial para a qualidade de cuidados em consonância com Cocchieri (2023). Assim, considera-se que será um modelo adequado a um contexto em que é exigida a capacitação constante e frequente de familiares cuidadores, como é o caso das unidades da RNCCI.

A mediação da mobilização das forças internas da família no sentido de um novo equilíbrio realizada pela EEECESF foi essencial à reconstrução de uma nova narrativa de doença. No contexto do *coping familiar*, a adoção do modelo organizacional Enfermagem de Referência, assumiu um papel determinante. De facto, quando um utente enfrenta uma doença, a estrutura familiar pode sofrer alterações significativas, com repercussões emocionais, económicas e sociais. O enfermeiro, ao acompanhar a família de

forma contínua, contribui para que este sistema se reequilibre, identificando fragilidades, promovendo estratégias de adaptação e reforçando a resiliência familiar.

Salienta-se que como o presente estudo se concentra num único caso, as conclusões obtidas podem não ser aplicáveis a uma população mais ampla, já que uma das principais dificuldades do método selecionado é a limitação na generalização dos resultados. O que se observa numa situação específica pode não se repetir noutros contextos, tornando os resultados menos universais. Tal como a escolha do caso a ser estudado também pode ser guiada por fatores que não representam a totalidade do fenômeno, o que pode comprometer a imparcialidade dos resultados. Também a questão da replicabilidade, como cada caso é único e fortemente influenciado pelo seu contexto, repetir o mesmo estudo noutro cenário pode levar a resultados diferentes. Por isso, com o objetivo de compreender os fenômenos complexos aqui explorados em profundidade, sugere-se a replicação noutros contextos.

CONCLUSÃO

A utilização do MDAIF nesta família no âmbito do projeto Enfermeira de Referência permitiu orientar as práticas contribuindo para os ganhos em saúde. Neste caso em específico, os ganhos em saúde que ocorreram centraram-se no *coping* familiar e emergiram das intervenções desenvolvidas pela EEECESF, como é o caso: “Promover Coping Familiar Efetivo” e “Apoiar processo de Coping Familiar”. Inicialmente, verificou-se que a família não era capaz de se adaptar às mudanças decorrentes da doença de um dos seus membros e de se reorganizar para enfrentar os desafios que essa nova realidade impunha. Após a implementação, enquanto atividades que concretizam intervenção, das técnicas específicas de intervenção do EEECESF, nomeadamente o reenquadramento e a conferência de família, a família encontrou um novo ponto de equilíbrio familiar, mantendo a sua estrutura. A enfermeira de referência, ao desempenhar um papel de proximidade é um recurso facilitador para os utentes e famílias, por esta razão maximizou os resultados obtidos. De facto, esta metodologia ao prever o acompanhamento contínuo, a educação para a saúde e o suporte emocional, induz o enfermeiro a ajudar a família a reconhecer suas próprias forças, a distribuir responsabilidades de forma equilibrada e a evitar a sobrecarga do cuidador. É essa orientação que permite o fortalecimento da família, tornando-se mais confiante na gestão da situação.

A utilidade deste estudo para a prática de cuidados em contexto de cuidados continuados permite sugerir a utilização desta metodologia Enfermagem de Referência, com recurso ao MDAIF, na promoção da qualidade de vida e saúde da pessoa e da sua família. Sugere-se a replicação deste estudo noutros contextos de cuidados continuados, como estudos de multi casos ou de controle, de forma a identificar mais rigorosamente os resultados aqui elencados.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento ao Hospital de Lousada que não hesitou em abrir portas à realização do presente estudo. E, por fim, um agradecimento especial aos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados Média Duração e Reabilitação Lousada.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; tratamento de dados, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; análise formal, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; investigação, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; metodologia, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; administração do projeto, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; recursos, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; programas, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; supervisão, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; validação, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; visualização, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; redação – preparação do rascunho original, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.; redação - revisão e edição, J.P., R.G., L.G. e M.H.F.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escola de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Comba, R. (2021). *Capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade – Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43838>
- Cocchieri, A., Cesare, M., Anderson, G., Zega, M., Damiani, G., & D'Agostino, F. (2023). Effectiveness of the Primary Nursing Model on nursing documentation accuracy: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 1251–1261. <https://doi.org/10.1111/jocn.16282>
- Cocchieri, A., Magon, G., Cavalletti, M., Cristofori, E., & Zega, M. (2021) Exploring hospital compliance with the primary nursing care model: validating an inventory using the Delphi method. *BMC Nursing*, 20, 188. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00712-1>

Pinho, J., Gomes, R., Pinto, L., & Figueiredo, M. H. (2025).

Enfermeira de Referência – estudo de caso da avaliação e intervenção familiar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed. espec. nº17), e39139

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39139>

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar—Um estudo de caso. *Egitania Sciencia*, 1(28), Artigo 28. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28.93>

Duvall, E. M., & Kerckhoff, R. K. (1958). Implications for Education through the Family Life Cycle. Em *Source: Marriage and Family Living* (Vol. 20, Número 4). <https://doi.org/10.2307/348255>

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

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H., Gonçalves, E., Marques, E., Vitor, C., Murteiro, A., Lebreiro, M., & Rego, R. (2020). Estratégias de coping na família da pessoa portadora de esclerose múltipla. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 124–128. <https://encurtador.com.br/HEOVO>

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.a ed.). Lidel.

Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of family nursing*, 23(3), 319–340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>

Gonçalves, I., Mendes, D., Caldeira, S., Jesus, E., & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *J. Environ. Res. Public Health*, 20(3), 2391. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032391>

Hong, L., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job Satisfaction among Hospital Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>

International Family Nursing Association. (2023). *Practice Models for Nursing Practice with Families*.

<https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>

Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 61–73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>

Oliveski, C. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Cogo, S. B., Cordeiro, F. R., Martins, F. C., & Paz, P. P. (2021). EXPERIENCE OF FAMILIES FACING CANCER IN PALLIATIVE CARE. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, e20200669. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>

Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*. Centro de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (CIEnfUMinho). <https://hdl.handle.net/1822/42603>

Pinheiro-Carozzo, N., Silva, I., Murta, S., & Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. *Pensando famílias*, 24(1), 207-223. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. (2006). Diário da República, 1.ª série, n.º 109. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Rego, A., & Coelho, P. (2016) Organizar a prestação de cuidados por “Enfermeiro de Referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68 – 75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>

Rosário, M. S., Veloso, T. P. de F., Rodrigues, D. B., Freitas, K. M. de, Sampaio, T. L. de A., Gomes, D. P., Rodrigues, A. C. de A., Silva, M. de F. F. S., & Basílio, A. C. P. (2019). Aplicação de Ferramentas de Abordagem Familiar no âmbito Estratégia Saúde da Família: Um relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25, Artigo 25. <https://doi.org/10.25248/reas.e783.2019>

Vieira, C. (2021). O enfermeiro e a promoção do autocuidado na Rede Nacional de Cuidados Continuados: Uma scoping review. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/38132>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A Entrevista na Terapia Familiar Sistêmica: Pressupostos Teóricos, Modelos e Técnicas de Intervenção. *Erechim*, 36, 133–142. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf